

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

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

X

COIMBRA

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

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

2020

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 17

NOTA:

Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

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

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

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

Ano de edição: 2020

ISBN: 978-989-54537-1-9

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

2



CEIS20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

07-08

O RETRATO DA LOUCURA E DA SAÚDE MENTAL NA OBRA MÉDICA E FILOSÓFICA DE ISAAC CARDOSO, ANTIGO PHYSICO-MOR DA CORTE MADRILENA E MÉDICO NO GHETTO VENEZIANO

Luciana C. F. Braga

09-17

TO TAKE A NEW ACQUAINTANCE OF THY MIND – DESCRIPTIVE PSYCHOPATHOLOGY IN SHAKESPEARE’S FOUR GREAT TRAGEDIES

Pedro de Sousa Martins

19-24

DARWIN E A PSIQUIATRIA: A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPETIVA EVOLUCIONÁRIA

Cátia Martins; Filipa Caetano; Serafim Carvalho

25-31

ARTE E SAÚDE MENTAL. DIVULGAÇÃO E EXPANSÃO DO FUNCHAL NO SÉCULO XIX

Alfredo Rasteiro

33-38

ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO: LOUCURA, ARTE E PATRIMÔNIO CULTURAL

Viviane Trindade Borges

39-44

120 ANOS DA PROMULGAÇÃO DA LEI DE 17 DE AGOSTO DE 1899: UM MARCO INCONTESTÁVEL NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE EM PORTUGAL

Inês Pinto da Cruz

45-50

REHABILITACION LABORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. LA HISTORIA DE LAR

Miguel A. Miguelez Silva; Ana Rita dos Santos Rocha; Raimundo Mateos Alvarez;

Tiburcio Angosto Saura

51-62

INTERNAMENTO E FUGA DE ALBERTO DA CUNHA DIAS: NOVOS DADOS SOBRE UMA VELHA POLÉMICA

Adrián Gramary

63-70

O ARQUIVO DE MEMÓRIAS DE UM ABRIGO DE ALIENADOS: FONTES E PROBLEMATIZAÇÕES

Mariana Zabot Pasqualotto; Andrea Vieira Zanella

71-78

STORIES Y “RETRATOS” CLÍNICO-ASISTENCIALES DE LA
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN OURENSE-GALICIA-ESPAÑA
(del Siglo XIX al XXI)
Belén Zapata Quintela; David Simón Lorda; Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez
Ramos; Ignacio Gómez-Reino Rodríguez
79-90

APONTAMENTOS HISTORIOGRÁFICOS E PROSOPOGRÁFICOS SOBRE A
PERSONAGEM DO CIENTISTA LOUCO
Sérgio P. J. Rodrigues
91-96

PSYCHIATRY IN THE THIRD REICH: IMPLICATIONS FOR OUR PRESENT
David Teixeira; Sandra Borges
97-101

PSICOPATOLOGIA E RECURSOS POÉTICOS EM “OS PASSOS EM VOLTA”, DE
HERBERTO HÉLDER – UMA VISÃO DE UM PSIQUIATRA
David Teixeira; Sandra Borges
103-109

CAMILO PESSANHA E O ÓPIO – DROGA OU SONHO E POESIA?
Diana Amorim Pires; Margarida Passos; Paulo Horta
111-116

SOBRE NARCOANÁLISIS Y LA “AMITAL INTERVIEW”: ALGUNOS ASPECTOS
HISTÓRICOS Y ACTUALES
Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Pérez Triveño; Rosana Ortiz Soriano;
Sandra Rodríguez Ramos
117-124

PSICADÉLICOS E PSIQUIATRIA: PASSADO E FUTURO
Fábio Monteiro da Silva
125-131

METAMORFOSES FANTÁSTICAS COMO METÁFORA DE PATOLOGIA
MENTAL: OLHARES SOBRE O TEATRO DE EUGÈNE IONESCO
Rosário Neto Mariano
133-140

SÍNDROME DE CAPGRAS – UMA ANÁLISE DE TRÊS FILMES DA HISTÓRIA
CINEMATOGRAFICA
Gustavo França; Diana Pires
141-147

PERSONALIDADE BORDERLINE: NA FRONTEIRA DA LOUCURA?
Carolina Machado
149-156

MODELO DE PERSONALIDADE DE BARAHONA FERNANDES
Bruna Daniela de Melo Guedes; Ana Lúcia Costa João Brás Rui Sousa; Elsa Monteiro
157-162

(DES)DRAMATIZAR A DOENÇA MENTAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO
PSICODRAMA
Rita Leite; Tiago Santos
163-169

CRIATIVIDADE E A DOENÇA MENTAL: O CASO DE VINCENT VAN GOGH
Pedro Mota
171-177

TRAUMA E MODOS DE SUBJECTIVAÇÃO
Cátia Guerra
179-184

MASS SCHOOL SHOOTING: UMA FORMA DE AMOK?
Pedro Macedo; Vítor Pimenta
185-190

PARALISIA GERAL DOS ALIENADOS
Patrícia Jorge
191-195

A TUBERCULOSE COMO DOENÇA PSICOSSOMÁTICA NO SÉCULO XIX
Nuno Borja Santos; Filipa Ferreira; Carlota Tomé; Luís Afonso Cunha
197-202

O MANUAL “ENFERMAGEM DE ALIENADOS” (1932) NO CONTEXTO DA
ÉPOCA
Lucília Nunes
203-216

EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA PSICOPATIA: DE MANIE SANS DELIRE
À PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL
Antónia Fornelos; Ilda Vaz; Dulce Maia; Marta Roque
217-223

A EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA ALUCINAÇÃO – ORIGENS E PERCURSOS
Bianca Jesus; Diana Cruz e Sousa; João Martins Correia; Susana Nunes; Sofia Caetano
225-231

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO MELANCOLIA
Sandra Torres; Andreia Lopes
233-239

ESQUIZOFRENIA – A EVOLUÇÃO DE CONCEITO(S)
Sofia Domingues; Regina Massano
241-246

“BEM-VINDO À NEUROPOLIS”: O APELO À REMODELAÇÃO
NEUROQUÍMICA DO EU NAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS NORTE-
AMERICANAS AOS NEUROFÁRMACOS

Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol
247-254

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, AS CONSEQUÊNCIAS NA MENTE HUMANA

Ana Paula Araújo; Anabela da Costa Martins
255-260

A ARTE & INCLUSÃO NA DOENÇA MENTAL – PROJETO INCLUIR

Carla Ferreira; Ana Mendes Castelo; Ricardo São João;
Teresa Coelho; Nuno Fernandes; Teresa Massano
261-268

A PSIQUIATRIA DE SNEZHNEVSKY COMO FORMA DE ABUSO POLÍTICO

João Martins Correia; Bianca Jesus
267-271

HISTÓRIA DA HIDROTERAPIA NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA

Janaína Maurício
273-280

CULTURE BOUND SYNDROMES (CBS)

Ana Almeida; Diana Monteiro; João Magalhães
281-284

TRÊS HISTÓRIAS, TRÊS MEMÓRIAS: CASOS CLÍNICOS DO HOSPITAL DE
ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA NO FINAL DO SÉCULO XIX

Analisa Candeias; Luís Sá; Alexandra Esteves
285-291

A MANIA DE LUTHER BELL

Lígia Castanheira, Catarina Cordeiro, Elsa Fernandes,
Ana Beatriz Medeiros, João Pedro Lourenço
293-298

MENTAL HEALTH DISORDERS THAT HAVE CHANGED HISTORY

Bogdan Horia Chicoş
299-306

LOUCURA E ESCRAVATURA

Romero Bandeira; Ana Mafalda Reis; Isa João Silva; Sara Gandra; Rui Ponce Leão
307-324

X CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL / II SIMPOSIUM INTERNACIONAL
MULHERES E LOUCURA

325-336

INTRODUÇÃO

Esta obra contém textos admitidos a publicação depois de avaliados. Na sua base estão comunicações apresentadas no *X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / IX International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizado em Coimbra entre os dias 6 a 8 de maio de 2019, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Esta reunião científica, de três dias, de periodicidade anual, realiza-se sempre na Primavera. Em 2019, à semelhança dos anos anteriores deu-se continuidade ao seu perfil internacional e interdisciplinar. O Congresso contou com a presença de investigadores de múltiplas áreas, desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal e de outros países como Espanha, Roménia e Brasil.

Tal como foi referido para as edições anteriores, reafirmamos a importância da regularidade anual desta reunião científica. Esta periodicidade integra-se na dinâmica científica da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS e na programação do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — CEIS20.

Desde a sua institucionalização em 1998, o Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20, através do Grupo referido, tem mantido uma significativa atividade científica neste domínio científico. Salientem-se projetos avaliados e aprovados, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, bem como sessões de divulgação, exposições e várias publicações sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, ainda, artigos de divulgação em diverso tipo de imprensa, quer de natureza divulgativa, quer socioprofissional.

O *X Congresso* foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS e teve como parceiro científico organizativo o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20.

A SHIS é uma instituição fundada em 2011 que tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica. Desde a sua fundação que as temáticas da História da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental constituem alguns dos seus focos relevantes.

O *X Congresso* teve o propósito de dar continuidade às temáticas anteriores. Em 2019, o *X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centrou-se nos seguintes tópicos:

- 1.A Loucura na História da Arte
- 2.A Loucura na História da Literatura
- 3.A Loucura na História da Filosofia
- 4.A Loucura na História do Cinema
- 5.Fontes para a História da Loucura
- 6.História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade.
7. Psiquiatria, neurologia, psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX.
- 8.Ciências farmacêuticas e saúde mental
- 9.Geografia e Demografia da saúde mental
- 10.Direito Biomédico e saúde mental
- 11.Psicologia, Ciências da Educação e saúde mental

À semelhança de 2018, o *Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* realizado em 2019 teve um Simpósio temático intitulado “Mulheres e Loucura” cuja publicação é feita em volume autónomo.

No II Simpósio Internacional Mulheres e Loucura as temáticas foram:

- 1.Representações literárias e artísticas da Loucura em Figuras femininas
- 2.Estudos histórico-culturais da Loucura em Figuras Femininas
- 3.Estudos histórico-clínicos da Loucura em Figuras Femininas

Uma palavra de agradecimento e de reconhecimento para todos os que colaboram nesta obra. Todos eles são os investigadores-autores deste livro e sem os quais este livro não seria possível.

Aquando da edição deste livro tivemos conhecimento através do Dr. Miguel Miguelez Silva e também através de outros colegas de Espanha do falecimento a 5 de fevereiro de 2020 do nosso amigo, dedicado colaborador dos nossos congressos e entusiasta da história da psiquiatria, o **Doutor Tibúrcio Angosto Saura**, prestigiado médico psiquiatra em Vigo, Espanha. Conhecedor profundo da história da psiquiatria e em particular da história da psiquiatria espanhola, o Doutor Tibúrcio, como de todos da organização era conhecido, difundia a sua simplicidade, simpatia e conhecimentos por todos com quem ele privava. Há muitos anos que era frequentador das nossas realizações científicas que difundia no país vizinho. Com ele têm vindo de Espanha outros colegas psiquiatras mais novos para quem a história da loucura, psiquiatria e saúde mental é também uma importante área de estudo. A nossa homenagem e dedicatória nesta obra, aguardando ocasião mais propícia para lembrarmos melhor a sua vida e obra.

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

O RETRATO DA LOUCURA E DA SAÚDE MENTAL NA OBRA MÉDICA E FILOSÓFICA DE ISAAC CARDOSO, ANTIGO *PHYSICO-MOR* DA CORTE MADRILENA E MÉDICO NO *GHETTO* VENEZIANO

Luciana Braga

Instituto de Letras e Ciências Humanas da Universidade do Minho
Aluna de Doutoramento em Ciências da Cultura – Cultura Clássica
Investigadora/Colaboradora do CECH-FLUC e do CLEPUL-FLUL
Email:lucianab210@gmail.com

Resumo

Os assuntos da doença mental e da alma são subtilmente descritos e estudados no Livro V, «Sobre a Alma e os Seres Vivos», e no Livro VI, «Sobre o Homem», da *Philosophia Libera* (1673), de Isaac Cardoso. Neste tratado da medicina e da filosofia, a abordagem é a de um médico e filósofo judeu do início da modernidade, que recorre às principais doutrinas da medicina hipocrático-galénica e dos pensadores antigos, para explicar as mais diversas patologias do corpo e da mente humana. Contudo, no momento em que a razão e a experiência parecem ser insuficientes para compreender os fenómenos mais misteriosos, Cardoso fundamenta as suas conceções através dos argumentos e testemunhos sagrados do Antigo Testamento. Esta comunicação pretende revelar de que forma são tratadas as várias questões da saúde mental e da loucura por este famoso *physico-mor* da Corte madrilena e do *ghetto* veneziano, na sua principal obra médica.

Palavras-chave: História da Medicina, Isaac Cardoso, *Philosophia Libera* (1673), Loucura, Paixões da Alma

Abstract

The subjects of mental illness and soul are subtly described and studied in Book V, «About the Soul and the Living Beings», and in Book VI, «About Mankind», in *Philosophia Libera* (1673), by Isaac Cardoso. In this treatise on Medicine and Philosophy, the approach is that of a Jewish physician and philosopher from the beginning of Modernity, who uses the main doctrines of Hippocratic-Galenic medicine and ancient thinkers to explain the most diverse pathologies of the human body and mind. However, when logic and experience seem to be insufficient to understand the most mysterious occurrences, Cardoso bases his conceptions on the sacred testimonies of the Old Testament. This presentation aims to reveal how the various issues of mental health and madness are dealt with by this famous *physico-mor* of the Court of Madrid and of the Venetian *ghetto*, in his main medical work.

Introdução

Através de um breve levantamento da terminologia médico-filosófica utilizada por Isaac Cardoso para dilucidar sobre os assuntos da doença mental, das enfermidades, e das paixões da alma, e por meio da tradução do latim de pertinentes momentos do Livro V, «*De Anima et Viventibus*», e do Livro VI, «*De Homine*», da sua *Philosophia Libera*, far-se-á um retrato da Saúde Mental e da Loucura sob a perspetiva deste médico sefardita do século XVII. Para efeito, proceder-se-á à exposição das teses que Cardoso coligiu com indicações relativamente às principais características, causas, sintomatologias e curas das diversas paixões da alma. Explorar-se-á, em simultâneo, as conceções que reúnem fundamentação nas causas naturais,

e aquelas que se baseiam nos fenómenos sobrenaturais, para o estudo da multidão de patologias que ocupava a mente dos doentes.

A Doença Mental e a Loucura na *Philosophia Libera* (1673): As paixões da alma

Seguramente, a experiência e prática médicas, bem como o seu entendimento filosófico e o estudo prolixo dos autores da Antiguidade Clássica, levaram Isaac Cardoso, à semelhança de outros pensadores modernos, a dilatar algum do seu tempo à indagação desta matéria tão complexa e difusa que às doenças, ou paixões da alma diz respeito. De facto, o estudo das paixões da alma é muito antigo. Estira-se desde a filosofia grega, prolonga-se até ao umbroso pensamento filosófico medieval, é recuperado nas indagações mais ousadas dos médicos e filósofos modernos, e amiúde reativado pela filosofia contemporânea.¹ Não deixemos que passe despercebido o contributo do prestigiado médico Isaac Cardoso para as reflexões estruturadoras de uma ciência da alma.

O Livro Quinto da *Philosophia Libera* desenvolve-se em 45 questões, onde são discutidos todos os assuntos da complexa alma. Nas 108 questões do Livro Sexto, o autor volta a sua especial atenção para as particularidades do corpo, mas também recupera nelas, ainda, alguns temas de disquisição da alma.² Os dois capítulos estão, tanto quanto se queira, articulados, uma vez que confluem no sentido daquele que é o centro do pensamento filosófico cardosiano: o homem. A possibilidade de conhecimento do ser humano está na compreensão da própria alma e do corpo. O livro “Sobre a Alma e os Seres Vivos” antecipa o compêndio “Sobre o Homem”, revelando-se, deste modo, a excelência que é dada à questão da alma pelo autor, na medida em que para conhecer o corpo, é preciso entender, primeiro, a alma, que lhe dá, e também tira, a vida. Conquanto, para compreender as operações da primeira é, também, seguramente necessário conhecer o funcionamento do segundo, razão pela qual, no livro que dedica ao estudo do corpo são recuperadas amiúde as singularidades daquela substância que o governa. Isaac Cardoso sinaliza, assim, a estreita relação entre as duas substâncias, corpo e alma, donde observa que a alma doente embarga a saúde somática, e vice-versa. Portanto, a alma enferma desvelaria as manifestações mais violentas das suas paixões que, em concomitância, lesariam com grande ímpeto o corpo.

1.As Paixões da alma

Ao longo dos dois livros, que então dedica às especificidades da alma e do homem, Cardoso reserva um conjunto de questões à perscrutação das paixões, comumente designadas, na filosofia antiga, mas também nos seus prolongamentos medievais e repetições modernas, doenças da alma,³ observando os efeitos patológicos subjacentes, e que afetavam tanto o ânimo como o corpo.

Para o antigo médico do *ghetto* veneziano, estas *passiones* (tais como o amor, o ódio, o medo, a tristeza, a ira e a ansiedade) atuavam no corpo e na mente humanas tão violentamente que levavam, muitas vezes, à morte.⁴ Por isso, entende ser importante e útil o estudo desta matéria. Mas insta, antes de tudo, esclarecer o que são as paixões da alma.

¹ Para uma contextualização do estudo das paixões da alma e das principais questões colocadas pelos filósofos do século XVII, convida-se à leitura de TUNHAS, Paulo – “Paixões”. Revista da Faculdade de Letras – Série de Filosofia. 27-28 (2010-2011), 169-236.

² Vide as Questões LXXVI (p. 598) LXXVII (p. 603) e LXXVIII (p. 616), da *Philosophia Libera* (1673).

³ Na sua *Dissertação sobre as Paixões da Alma* (1753), Ribeiro Sanches afirma que “uma paixão da alma não é mais do que uma doença dela; não é mais do que uma fraqueza, e o seu ser mais limitado e oprimido”.

⁴ “Por este imperscrutável vínculo sabemos que um homem pacato e na melhor saúde sendo afrontado com uma palavra injuriosa que todo o seu corpo se altera. Sai logo o ânimo daquela tranquilidade, mostra-se pela cara vermelha, carrancuda, os olhos em fogo, por todos os membros em ações desordenadas, treme, espuma, o coração palpita, o pulso é trémulo e desordenado, o estômago não digere os alimentos, todas as secreções se

Para Cardoso, “a paixão da alma é o objeto do movimento, do apetite, da sensibilidade e da cognição, que altera o corpo de diversas maneiras”. Por exemplo, “no coração, o temor e a tristeza contraem-se em esperança e dilatam-se em alegria”.¹ O filósofo estoico Crísipo, influenciado por Galeno, Hipócrates e Platão, define assim a perturbação da alma, ou *pathos*, como chamavam os gregos: “é o movimento da alma racional que rejeita o poder soberano”, de tal maneira que os estoicos diziam que as paixões da alma não atingiam a sabedoria. Aristóteles, com os peripatéticos, afirmou, por outro lado, que “elas incidem na sabedoria”. Outros asseguraram, ainda, que as paixões consistiam num movimento de dentro para fora, o que é questionado por Cardoso.

São enumeradas, posteriormente, os dois tipos de paixões, i) as concupiscíveis, que compreendem o amor e o ódio, o desejo e a aversão, o prazer e a tristeza (em que a primeira paixão de cada par é “boa” e a segunda “má”); ii) as irascíveis, como a esperança, o desespero, a coragem, o temor e a ira.

Descreve-se, em seguida, a natureza das paixões mais veementes, aquelas que “surgem, sobretudo, pelas coisas más, ou, então, separadas das coisas boas, [e que] não advêm do espírito”. “Estas paixões causam doenças, dor crocitante, angústia esmagadora, tristeza com lágrimas, lamentações em pranto, sofrimento com dor, aflição pelo mal-estar do corpo, inquietação pelo pensamento, mágoa constante, desespero”.² De acordo com Cardoso, Avicena declarava que estas paixões da alma alteravam as seguintes disposições do corpo: o sono e a vigília, a saúde e a doença.

Inventariados os efeitos mais nocivos do geral destas afeições, o médico e filósofo do início da Modernidade apressa-se a examinar, ainda que brevemente e com parca incisão, as particularidades de cada um destes *espinhos* que dilaceram a alma, e também o corpo.

1.1. Amor

O amor “é a força ou o apego àquilo que se reconhece como conveniente”, e “os olhos são os seus guias”,³ tal como decantam as Sagradas Escrituras: “«A morte subiu pelas nossas janelas”.⁴

Apesar de todos os seus efeitos salutíferos no ânimo, o amor também pode levar a um estado mais contencioso e enevoado, toldando, muitas vezes, os sentidos e a razão. Enfim: “No amor mostram-se milhares de disposições e paixões, sobretudo no caso em que um amor não é correspondido, ou é impossível, provocando no indivíduo choro, dor e cólera, a tal ponto de nem o sono, nem a comida serem capazes de conter”. Então, aquele que está *perdido de amores* “é afetado por várias perturbações da alma”. É, por isso, verdade que “o amor leva à loucura e à morte”.⁵ A este propósito, Cardoso cita Plauto, na sua célebre comédia *O Mercador*, registando o momento em que Carino cataloga os males desta paixão anímica: “Mas ao amor juntam-se também outros inconvenientes de que não falei: insónia, sofrimento, desorientação, terror e fuga, tolice e estupidez, e até temeridade, irreflexão desmiolada, excessos, insolência e luxúrias, inveja”. E a estas nocividades, juntam-se outros infortúnios, como prossegue o mesmo personagem de Plauto: “Traz também consigo avidez, indolência, injúria, penúria, ultraje e esbanjamento, falar de mais, falar de menos. Isto acontece porque o apaixonado diz muitas vezes coisas que não vêm ao caso, inúteis e inoportunas”.⁶

perturbam e este estado é o que se chama doença. Aqui vemos que o ânimo tem sumo poder no corpo para alterá-lo até fazê-lo enfermo e às vezes até perder a vida”, *idem*.

¹ *Philosophia Libera* (1673), *Liber V, Quaestio XXX, «De Animi passionibus»*, p. 324a.

² *Idem*, p. 328a.

³ *Idem*, p. 326b.

⁴ Jr. 9:20.

⁵ *Idem*, p. 326a.

⁶ Cf. Plauto - *O Mercador*. Tradução do Latim, Introdução e Comentário de Aires Pereira do Couto. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017, p. 59.

1.2. Tristeza

A tristeza (*tristitia*) manifesta-se através das suas espécies, como i) a compaixão, ii) a inveja, iii) a ansiedade e vi) a apatia.

i) Compaixão

“É a tristeza que resulta do mal alheio”, em verdade, como referiu Virgílio, aponta Cardoso, “não se pode ignorar que pelas coisas más surge a infelicidade”.

ii) Inveja

A inveja (*invidia*) é, em contrário, a tristeza que resulta do bem do outro. E tanto a compaixão como a inveja precipitam vulnerabilidade na mente e no corpo dos indivíduos.

iii) Ansiedade

De entre todas as paixões, elucida o nosso médico e filósofo, “a ansiedade (*anxietas*) é a tristeza que com mais força aflige o ânimo, de tal modo que em nenhum lugar se está tranquilamente”. “Donde se deve considerar”, alegoriza, “o seguinte axioma pitagórico, «Não andes com o anel apertado», o que significa, não vivas com ansiedade, nem os cuidados e inquietações te sobrecarreguem”.¹

iv) Apatia

A apatia (*acedia*), por seu lado, “é a tristeza que impede e oprime a função dos músculos, e que os leva ao entorpecimento”.²

1.3. Temor

O temor, ou temeridade é “a coragem sem fundamento”, que resulta da consciência depravada e do pecado. Daqui resulta a agonia. “Nada aumenta mais o medo do que a consciência depravada e o cometimento de pecados”, donde é citado o poeta romano, Juvenal, que asseverou que “«a própria consciência condenará»” e “mesmo que pelo juiz desonesto se livre impune, a consciência sempre traz o castigo ante os olhos”. Com efeito, a veemência desta paixão pode tirar a vida, já que “por temor também morre uma criança, quando é aterrorizada por alguma coisa vil”. Rasis confirma a letalidade desta paixão, por exemplo, “nas jovens raparigas observa-se o medo da desonra”, com que pelo receio da injúria muitas perecem. Também Aristóteles referiu que certos indivíduos “quando estão com medo libertam urina e outras excreções, involuntariamente”.³

1.4. Ira e Loucura

Acautelando, novamente, sobre a propensão fatífera das paixões que afetam a alma do homem e os seus efeitos mais perversos no corpo, o médico português adverte para a necessidade de uma reflexão especial sobre a ira, que juntamente com a tristeza e a ansiedade, como atestou Galeno, são muito prejudiciais, a tal ponto de “enfraquecer os homens através de insónias constantes”.⁴

À semelhança de muitos autores, Cardoso remete a discussão da ira para a sua analogia com a loucura coletando, para isso, um conjunto numeroso de opiniões que demonstram as semelhanças sintomatológicas entre esta afeição e aquela enfermidade. Assim, segundo o dramaturgo latino, Énio, “no começo, pelos seus movimentos desordenados, a ira é insânia”. De acordo com o poeta Horácio, a ira “é um furor breve” (*furor brevis*). Para Catão, “entre o colérico (*irratu*) e o louco (*insano*) não haveria quaisquer diferenças”. Também Cícero

¹ *Idem*, p. 325b.

² *Idem*.

³ *Idem*, p.326a.

⁴ *Phil. Lib.*, Livro V, Q. 30 *De Animi passionibus*, p. 327b.

reputou estas similitudes, tendo escrito que os mesmos sinais e as mesmas perturbações seriam, de facto, observados nos coléricos e nos insanos, como sejam: “a visão suja ou deturpada, as faces horrendas, a cara triste, o tremor nos olhos, a agitação nos lábios, os cabelos eriçados, os gritos e gemidos constantes, a linguagem e voz pouco claras, o andar apressado, a inquietação das mãos, os pés que não param”, donde o antigo cônsul conclui, “enfim, todo o corpo está irritado, todos são loucos”. E delonga-se o catálogo de autoridades que observaram esta paridade. Por exemplo, Crisipo de Solos, notou, ainda, que “a ira é cega, já que, muitas vezes, não permite ver de forma clara e obscurece a razão”, tal como a loucura. Galeno, um dos mais notáveis esculápios, também provou que “o primeiro impulso da ira não era distinto do da insânia ou do furor, seguramente eram semelhantes na deformidade do rosto, no aspeto delirante, e nas ações depravadas”, como pode observar-se no testemunho dado pelo próprio: “um certo homem tomado pela ira arremessara a pena com que escrevia ao olho de um escravo”, donde Cardoso delata que “o mesmo terá acontecido com o imperador Adriano”.

Apesar do longo inventário de autoridades da filosofia e da medicina para fundamentar a sua indagação, o médico de Sefarad consulta o excelso testemunho do Antigo Testamento, validando, desta maneira, o que se acabou de dizer. Pode ler-se no Salmo 30: “«definham em ira os meus olhos, a minha alma e o meu ventre»”, de tal modo que “isto”, repete o nosso médico, “só pode ser verdade”. E conclui: “de facto, a ira e a loucura apoderam-se de todo o corpo, da alma e dos sentidos, debilitando os homens e inibindo a sua lucidez”.¹

1.5.O Riso e a Loucura

A alegria excessiva, acusada pelo riso também desmesurado, pode denunciar o estado de loucura. Relativamente a esta evidência, mencionado pelo autor da *Philosophia Libera*, Séneca disse que “«o riso deve ser sem gargalhadas, [e] a voz sem gritos»”, para que não denote insânia. Também para o filósofo grego Epicteto, “«o riso não deve ser excessivo, nem desadequado, ou sequer efusivo»”.² “Poucos são aqueles que não riem de vez em quando, e, se porventura não riem eles como *Agelasto*,³ certamente sorriem”. E prossegue, “é indecoroso e indigno para um homem sábio a propagação do riso, pois a dilatação da boca é indecente, e o tremor do espírito, e a agitação de todo o corpo, a dedução das bochechas, e a exposição dos dentes, da língua e do palato, além de um pescoço quebrado, e da voz ruidosa, que se manifestam tal como a quebra do espírito, a loucura e a alienação da mente (*mentis alienationem*)”.⁴

Em constante diálogo com os Livros Sapienciais, para alicerçar o seu pensamento, Cardoso esclarece, por fim, a relação do riso com a loucura, anotando as seguintes passagens do Eclesiastes: “«o louco exalta a sua voz no riso, por outro lado, o homem sábio apenas rirá em silêncio»”,⁵ já que “«no coração de um sábio mora a tristeza, no coração de um louco a alegria»”,⁶ e prossegue, constatando a partir da observação de Catão que “«pelo riso podes conhecer um tolo»”.

1.6.Sonhos e Loucura

“Os sonhos surgem do mesmo modo que durante a vigília surgem os pensamentos (...), que aparecem através dos espíritos agitados e perturbados dentro do cérebro, em que são guardadas coisas de várias formas, ou também através dos humores agitados, como pelo humor melancólico surgem sonhos tristes, e pela mistura das espécies [de humor] entre si

¹ *Idem*, p. 327b e 328a.

² *Idem*, Livro VI, Q. 87, *De risu*, p. 652b.

³ Aquele que nunca ri.

⁴ *Phil. Lib.*, Livro VI, Q. 87 *De Risu*, p. 655b.

⁵ Ecl. 21.

⁶ Ecl. 7:4.

aparecem pensamentos e sonhos diversos. E também porque os espíritos animais sobrevivem em diferentes partes dos órgãos”, sendo, por isso, “provocados desvarios semelhantes aos loucos e aos frenéticos”.¹ Além disso, denota Cardoso que Hipócrates averbou, nos seus aforismos, que o excesso de sono ou de vigília pode precipitar, entre outras coisas, insanidade, já que, explica, “as vigílias excessivas esgotam o espírito, provocam indigestões, enfraquecem os homens, debilitam os sentidos, e juntamente com uma extrema sequidão, levam à loucura e à morte”.²

2. Algumas paixões da alma matam de súbito, outras tiram a vida mais lentamente

“O temor, o pudor, a dor e a alegria matam mais rapidamente. A tristeza e outras paixões fazem perecer de modo paulatino”.³ Isaac Cardoso procura explicar concisamente os processos fisiológicos que determinam a célere ou lenta fatalidade provocada pelas paixões.

i) Temor

“Pelo temor a morte é rápida, porque o sangue e o espírito confluem ao coração, que repente sucumbe pelo sufoco”.

ii) Alegria

“Na alegria e no prazer, o espírito expande-se, em massa, até às partes exteriores, e o coração, exausto, sem demora, desliga e de súbito sufoca.”⁴

iii) Timidez

“Quanto à timidez, são produzidos os mesmos efeitos, a dor intensa e intolerável excede todas as forças, e o espírito enfraquece, e a morte surge”,⁵ por isso, “Galeno chamava aos homens tímidos «sem coração», pela sua fragilidade, e aos corajosos «de grande coração», por denotarem uma força maior. Também Aristóteles dizia que “entre as espécies mais fortes estão aquelas com maior coração”.⁶

iv) Tristeza

“A tristeza devora o corpo lenta e paulatinamente, daí que nos Livros Sapienciais pode ler-se: «O espírito triste seca os ossos»,⁷ e «Um coração alegre torna feliz o semblante, a tristeza do coração abate o espírito»⁸”.⁹

Conforme Isaac Cardoso, atestam isto, por exemplo, Marcellus Donatus, no seu tratado *De medica historia mirabili*, de 1588, que contou que “alguns filhos e amigos pereceram de tristeza sobre o túmulo de um pai”. Também o historiador romano, Aurélio Victor, atestou a severidade de algumas paixões, com que nos dia que “de ira foi igualmente morto o imperador Nerva”. Conquanto, para não se demorar na lista de testemunhos da fatalidade das paixões anímicas, o médico sefardita convida o ávido leitor à leitura das obras do humanista do século XVI, Conrad Lycosthenes: “e muitas histórias daqueles que foram mortos por causa de tristeza no ânimo, de ira e de indignação são referidas por Conrad Lycosthenes, no livro 14”.

¹ *Idem*, Livro V, Q. 37 De Insomnijs, p. 356b.

² *Idem*, Q. 36 De Somno, et vigilia, p. 355b.

³ *Idem*, Q. 30 De Animi passionibus, p. 327a.

⁴ *Idem*.

⁵ *Idem*.

⁶ *Idem*, p. 327b.

⁷ Pr. 17.

⁸ Pr. 15:13.

⁹ *Idem*, p. 328a.

3.As causas das paixões da alma

As causas das enfermidades ou afeções da alma podem ser diversas, considerando as distintas opiniões dos autores que precederam Cardoso e que este examina. A saber,

a) *Pela providência divina*

A tristeza, por exemplo, “sob a forma de ansiedade e de apatia surgiria pela maldade, nomeadamente pelo pecado”. Com efeito, explica, “a transgressão de alguns preceitos ou leis divinas levaria, muitas vezes, ao entorpecimento dos músculos, potenciando, desta forma, o surgimento da apatia”. Assim, a desobediência a Deus e à sua vontade teria repercussões várias na alma dos homens, despertando nela sofrimento por meio da tristeza, do medo, da angústia e do desespero. “A verdade”, retoma o nosso médico, “é que a tristeza surge pela maldade, e não há outro mal senão o pecado. Apenas ele priva do bem mais importante, de maneira que nada se deve à tristeza propriamente, mas ao pecado. A tristeza é consequência do pecado”.¹

Algumas representações bíblicas da doença mental sugerem, precisamente, que a loucura é uma forma de punição divina, em que a doença mental seria consequência do pecado e, por isso, um castigo de Deus. Veja-se por exemplo o caso do rei Saul, cujas aflições dever-se-iam a um espírito mau, enviado pelo Senhor, como consequência do seu comportamento desobediente.²

Por outro lado, deve saber-se que “a raiva e a graça são atribuídos por Deus, sem perturbação”, e os estoicos não admitem as paixões da alma nos sábios, mas a tranquilidade, uma vez que as perturbações da alma são atribuídas por Deus aos coléricos e aos complacentes; a contrário, os sensatos são protegidos com a tranquilidade, sem perturbação”.

b) *Pela intervenção demoníaca*

Por outro lado, os platónicos, que chamavam às paixões da alma perturbações (*perturbationes*), não seriam coniventes com as asserções que estabeleciam a providência divina como propulsora do sofrimento do homem. Na verdade, para os sectários de Platão, a ação dos demónios seria a principal causa sobrenatural das doenças anímicas, uma vez que, criados dentro dos homens, estes lançar-lhes-iam terríveis tentações, oprimindo as suas volições, devorando-os e apoderando-se dos seus movimentos, a ponto dessa influência se manifestar através de fenómenos, ou efeitos, admiráveis e, para muitos, inexplicáveis. As paixões, ou perturbações, seriam, portanto, aquilo a que os platónicos chamavam demónios, “criados dentro de nós, que nos tentam, oprimem, devoram e movem efeitos assombrosos”, já que, segundo estes, os demónios “não só afligem muitos de nós de forma perturbadora e enfraquecem a natureza, como também arrancam de súbito a vida”.³

Embora discorde desta perspetiva da escola platónica, o nosso autor não é indiferente à truculência destas afeções, asseverando que as paixões da alma são, de facto, dilacerantes, provocando elas mesmas outras enfermidades anímicas e corpóreas, ou mesmo, levando ao enfraquecimento e à morte do corpo.

c) *Pelas beberagens mágicas*

Admite Cardoso que, “embora os filtros amorosos, ou beberagens mágicas para provocar o amor e o fascínio pela juventude, pela beleza e pela graça sejam verdadeiros, algumas poções estão associadas à morte e à loucura”. Com que relata os seguintes casos conhecidos: “Considere-se o exemplo de Lúculo, distinto imperador, que tendo bebido a poção mágica, caiu em furor, e por fim pereceu desgraçadamente”. “Testemunha isto mesmo Plutarco”, salvaguarda. E o notável poeta, Lucrécio, “tendo tomado o filtro pela sua esposa Lucília,

¹ *Idem*, Q. 30 *De Animi passionibus* p. 325b

² Cf. 1 Sam. 16:14, 19:9.

³ *Idem*, Livro V, Q. 30 *De Animi passionibus*, p. 325b.

tirou a sua própria vida, lançado em furor”. Não há dúvida de que “aquelas bebidas são letais, [e que] podem levar os homens à loucura e à morte”.

Pela exposição das consequências nocivas destas panaceias, o autor pretende demonstrar, ainda, a sua ineficiência no tratamento das demais paixões ou enfermidades, com que justifica que “os fármacos apenas atuam no corpo, e não na alma”.¹ Por fim, em tom jocoso, Cardoso, reavive uma fórmula capaz de aliviar algumas carências do corpo e de potenciar, por seu lado, certos estados da alma: “Quanto ao mais, os mais velhos prescreviam aos homens saudáveis três ou quatro copos [de vinho]: o primeiro para a sede, o segundo para a vontade, o terceiro para a alegria, o quarto para a loucura. Outros beberiam tantos copos de vinho, quantas letras tivesse o nome (...): «*Naevia* seis copos, sete bebia *Iustina*, cinco *Lycas*, *Syda* quatro, *Ida* três»”.²

4.As paixões da alma como causa e cura de outras afeções

Finalmente, “as paixões da alma também podem tratar doenças e aliviar outras paixões”. Esta afirmação é de Hipócrates, com que Cardoso reforça: “Hipócrates demonstrou, deste modo, que várias paixões podem tratar doenças. Elas permitem tratar a ira, afastar a causa das dores, e a profusão dos humores, através, por exemplo, da alegria e do temor”. Para o médico de Cós, e para o médico de Trancoso, as propriedades frias da alegria e do temor, por exemplo, atenuariam as manifestações da ira (que é uma disposição quente), donde Cardoso encerra: “convém, sem dúvida, excitar ira nas enfermidades frias, induzir alegria nos melancólicos, afastar o medo nas febres constantes, assim como na loucura, porque nelas o medo contrai a mente e recupera a sabedoria”.

Revela-nos esta abordagem de Cardoso, influída nas observações hipocráticas, que assim como algumas paixões, pela sua veemência, poderiam provocar certas doenças, também seriam úteis no seu tratamento: “se as paixões provocam enfermidades, as enfermidades também podem ser aliviadas por elas, as quais contribuem para remover doenças, e também para recuperar a sanidade”.³

Considerações finais

Isaac Cardoso não foi um médico da alma e da mente humanas, nem este tratado médico-filosófico, a *Philosophia Libera* (1673), foi organizado no sentido de descrever e de estudar de forma profusa, exclusiva e inovadora as doenças mentais, ou enfermidades, ou afeções, ou perturbações, enfim, as paixões da alma. Contudo, nos dois livros que serviram de base a esta breve interpretação da abordagem cardosiana à doença mental e à loucura, encontramos várias referências aos assuntos da alma, especialmente aos fenómenos admiráveis que subjazem às suas enfermidades, também às causas e às formas de tratamento possíveis, com base nas teorias das principais autoridades da medicina e da filosofia antigas e, especialmente, do testemunho dos Livros Sagrados. É assaz aceite a tese humoral e as observações fisiológicas para explicar as manifestações mais surpreendentes das paixões da alma. Para a justificação da tristeza, admite-se a prudência e o castigo divinos. Por outro lado, são rejeitadas todas as concepções que pressupõem a influência demoníaca e dos astros. Considera-se o prejuízo que resulta do uso de filtros ou beberagens mágicas. Assevera-se a severidade de certas paixões e a sua letalidade. Propõe-se, ainda, o tratamento de algumas enfermidades por meio das intempéries específicas de cada paixão.

Assume-se, assim, inevitável concluir que entre o exercício da função hipocrática na Corte madrilena, e as suas visitas frequentes aos doentes das comunidades sefarditas de Veneza e de Verona, este médico do corpo permitiu que a sua curiosidade de filósofo da natureza reparasse e refletisse sobre as várias questões da Saúde Mental, da Loucura, enfim, das

¹ *Idem*, Q. 30 *De Animi passionibus*, p. 326b.

² *Idem*, Q. 33 *De siti*, p. 339a.

³ *Idem*, Q. 30 *De Animi passionibus*, p. 327a.

doenças da alma, legando, através de um vasto compêndio de teorias médico-filosóficas, mas também teológicas, de várias épocas, o seu especial contributo para a História da Medicina, da Filosofia, e, daquela que é certamente o encontro mais íntimo destas duas ciências: a Psiquiatria.

Bibliografia final

CARDOSO, Isaac - *Philosophia Libera in septem libros distributa...* Venetiis: Bertanorum Sumptibus, 1673.

PLAUTO - *O Mercador*. Tradução do Latim, Introdução e Comentário de Aires Pereira do Couto. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017

SANCHES, A. Ribeiro - *Dissertação sobre as Paixões da Alma*. Introdução, organização do texto e notas de Faustino Cordeiro. Penamacor, 1999.

THE
TRAGEDY
OF
HAMLET
Prince of Denmark.

As it is now Acted at his Highness the
Duke of York's Theatre.

BY
WILLIAM SHAKESPEARE.



L O N D O N.

Printed by *Andr. Clark*, for *J. Martyn*, and *H. Herringman*,
at the Bell in *St. Paul's Church-Yard*, and
at the Blue Anchor in the lower Walk of
the *New Exchange*, 1676.

9

To Take a New Acquaintance of Thy Mind
Psicopatologia Descritiva Nas Quatro Grandes Tragédias de Shakespeare

Pedro de Sousa Martins

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Médico

Email:pedro.martins@arsnorte.min-saude.pt

Resumo

Escritos entre 1600 e 1606, possivelmente a apoteose da sua produção criativa, *Hamlet*, *Othello*, *King Lear* e *Macbeth* contêm descrições precisas de alterações da senso-percepção, pensamento e sintomas afectivos tais que se assemelham a vinhetas clínicas modernas. Entendimento dos conceitos actuais de psicopatologia pode permitir uma leitura diferente dos textos das Quatro Grandes Tragédias.

Palavras-chave: literatura, tragédia, psiquiatria, psicopatologia, Shakespeare

Abstract

Written between 1600 and 1606, arguably the apotheosis of his creative output, *Hamlet*, *Othello*, *King Lear* and *Macbeth* contain precise accounts of sense-perception abnormalities, thought form disorder and affective symptoms that resemble modern day clinical case vignettes. A keen understanding of current psychopathology concepts may shed a different light on the Four Great Tragedies' text.

Introdução

As descrições precisas efectuadas por William Shakespeare acerca de fenómenos da vida mental encheram as suas personagens com qualidades que as tornaram intemporais. Essas personagens continuam a intrigar leitores, historiadores de literatura e, não menos importante, clínicos de psiquiatria dos tempos modernos. Após uma breve contextualização histórica, apresenta-se uma análise descritiva de algumas das personagens shakespearianas lidas à luz do entendimento actual da psicopatologia como estudo dos fenómenos mentais anormais, concluindo-se de seguida de que modo a leitura das grandes tragédias pode ser uma mais-valia para um clínico de psiquiatria.

Discussão

I. Nascido em Stratford-upon-Avon, Inglaterra, em 1564, William Shakespeare teve uma educação relativamente trivial, exceptuando o facto de—graças ao seu pai ter ocupado um cargo de oficial de justiça—ter tido a oportunidade de frequentar uma escola de gramática (*grammar school*) onde recebeu formação em oratório e retórica clássica. O classicismo auto-consciente que pautava os seus trabalhos precoces como *Titus Andronicus* e *A Violação de Lucrecia*, e ainda mesmo algumas das peças mais tardias (são exemplos *Péricles* e *A Tempestade*) revela como o treino clássico modulou o seu estilo literário ao longo de toda a carreira. Shakespeare importou frequentemente latinismos para a língua inglesa, cunhando palavras como *abstemious* (abstémio; *abstemius*), *adjunct* (adjunto; *adjunctus*), *tranquility* (tranquilidade; *tranquillitas*) e mesmo *addiction* (adição; *addictus*). É curioso notar que esta última tinha um significado bastante diferente daquele que lhe é atribuído hoje em dia. Ora vejamos:

ARCHBISHOP OF CANTERBURY

*Which is a wonder how his Grace should glean it,
Since his addiction was to courses vain,
His companies unlettered, rude, and shallow,
His hours filled up with riots, banquets, sports,
And never noted in him any study,
(Henry V, act I, sc. i, l. 55-59)*

Em Henrique V, quando o Arcebispo de Cantuária diz da juventude do Rei “his addiction was to courses vain”, não há nenhuma sugestão de que o seu comportamento é involuntário—apenas que se dedicou a prazeres ociosos; a ideia de adição envolvendo dependência psicológica surge bem mais tarde na evolução da língua. Não obstante, nota-se desde cedo uma paixão pelos clássicos e pela moldagem da língua na obra do bardo.

À medida que a sua experiência cresce, os seus versos e prosa vão-se tornando mais propensos a acomodar os ritmos do discurso do dia-a-dia. O efeito é o de um crescente realismo psicológico que atinge o apogeu em *Hamlet*, *Othello*, *Rei Lear*, *Macbeth* e *António e Cleópatra*. Gradualmente, Shakespeare foi descobrindo maneiras de adaptar o pentâmetro iâmbico e torná-lo num instrumento hiper-flexível para sincronizar as emoções com o pensamento, e o retrato do sofrimento psicológico experienciado pelas diversas personagens das grandes tragédias acaba muitas vezes por se assemelhar a vinhetas clínicas psiquiátricas modernas.

Recorde-se que o próprio termo *psiquiatria* seria cunhado apenas cerca de duzentos anos após Shakespeare ter escrito a sua última obra e que, durante o seu tempo de vida, a esmagadora maioria dos pacientes psiquiátricos habitava junto das famílias sem qualquer auxílio terapêutico fundamentado, no melhor dos casos vivendo como *o louco da aldeia*, mas tipicamente fechados em estábulo ou jaula, negligenciados e sujeitos a tratamentos cruéis; a doença psiquiátrica ficava amalgamada com indigência, prostituição e insanidade, o que obscureceu a sua verdadeira natureza durante séculos.

A psicopatologia como estudo sistemático das experiências psicológicas, cognitivas e comportamentais anormais ainda mais tarde foi desenvolvida, o centenário do seu texto primordial *Psicopatologia Geral* tendo sido celebrado recentemente. À psicopatologia *descritiva* interessa uma descrição precisa, categorização e definição de experiências anormais, não especular quanto a argumentos de causa, explicações baseadas em constructos teóricos ou mesmo agrupamento dos sintomas em grandes síndromes.

Descrições minuciosas, detalhadas, que espelham uma indagação empática, aguçada e profundamente curiosa quanto àquilo que atormenta a vida psicológica dos Homens permeiam a obra de William Shakespeare—e, por isso, se torna tão relevante para um clínico de psiquiatria dos tempos modernos regressar aos seus escritos.

II. Apresentam-se nesta secção diferentes trechos das quatro grandes tragédias— *Hamlet*, *Othello*, *Rei Lear*, *Macbeth*—, nos quais as descrições do sofrimento psicológico das personagens podem corresponder a sintomas psicopatológicos robustamente caracterizados hoje em dia.

II.i

Macbeth

Em *Macbeth*, o bravo cavaleiro que dá nome à tragédia é impelido pela cômputo a cometer regicídio após um encontro com três bruxas que profeticamente o informaram que se tornaria Rei da Escócia.

LADY MACBETH

*Stop up the access and passage to remorse,
That no compunctious visitings of nature
Shake my fell purpose, nor keep peace between
The effect and it! Come to my woman's breasts,
And take my milk for gall, you murd'ring ministers,
(Macbeth, act I, sc. v, l. 31-35)*

Lady Macbeth é uma mulher ambiciosa, calculista, e não aversa à ideia de abdicar de princípios de moralidade de modo a obter os seus objectivos. Numa das cenas mais famosas da peça, é explicado a Macbeth que a sua mulher se levantou da cama num estado misto de sono e vigília compatível com sonambulismo, uma forma de parassónia.

GENTLEWOMAN

*Since his majesty went into the field I have seen her rise from her bed, throw her nightgown upon her, unlock her closet, take forth paper, fold it, write upon it, read it, afterwards seal it, and again return to bed; yet all this while in a most fast sleep.
(Macbeth, act V, sc. i)*

Contrariamente à mulher, Macbeth não foge ao remorso tão facilmente e acaba por sucumbir à culpa gerada pelo seu acto infame. O seu tom ao longo da tragédia torna-se progressivamente mais negro, espelhando um humor deprimido que provavelmente (sublinhe-se) está contido num síndrome depressivo major clinicamente manifesto. Durante o segundo acto, num momento de tensão dramática, Macbeth vê um punhal ensanguentado, uma falsa percepção commumente descrita como alucinação. Porém, o cavaleiro apresenta *insight* quanto a essa falsa percepção, questiona-a, sabe que se trata de uma percepção sem objecto. Esta perturbação da senso-percepção é, na verdade, uma pseudo-alucinação, algo mais congruente com o estado psiquiátrico de Macbeth do que uma verdadeira alucinação visual seria.

[MACBETH]

*Is this a dagger which I see before me,
The handle toward my hand? Come, let me clutch thee.
I have thee not, and yet I see thee still.
Art thou not, fatal vision, sensible
To feeling as to sight? Or art thou but
A dagger of the mind, a false creation,
Proceeding from the heat-oppresèd brain?
(Macbeth, act II, sc. i, l. 33-9)*

Após a morte da mulher e antes de ser degolado em combate, Macbeth acaba por descender a um niilismo marcado e produz um solilóquio onde nega significado na vida e sublinha a sua natureza fugaz e absurda.

MACBETH

*She should have died hereafter
There would have been a time for such a word.
Tomorrow, and tomorrow, and tomorrow, creeps in this petty pace from day to day
to the last syllable of recorded time,*

*and all our yesterdays have lighted fools the way to dusty death.
Out, out, brief candle.
Life's but a walking shadow,
a poor player that struts and frets his hour upon the stage and then is heard no more.
It is a tale told by an idiot, full of sound and fury, signifying nothing.
(Macbeth, act V, sc. v, l. 17-28)*

II.ii

King Lear

É coloquialmente referido que Rei Lear *enlouquece* após se sentir traído por uma das suas três filhas, embora tal relação causa-efeito possa obscurecer a verdadeira natureza da doença que aflige a personagem trágica. Trata-se, possivelmente, de um síndrome demencial que já estaria a desenvolver-se previamente ao início da trama, visto que o próprio acto de legar as suas terras apenas após ter sido bajulado e obsequiado pelas filhas parece um comportamento não congruente com a personalidade prévia do Rei. Durante o primeiro acto, o Rei apresenta breves períodos de lucidez, embora o seu processo demencial avance ao longo da peça, sendo descrito com sintomas tipicamente encontrados na prática clínica como verdadeiras alucinações visuais, desorientação temporal e amnésia retrógrada.

LEAR

Am I in France?

KENT

In your own kingdom, sir.

LEAR

Do not abuse me.

(King Lear, act IV, sc. vii, l. 75-7)

*

CORDELLA

Sir, do you know me?

LEAR

You are a spirit, I know. Where did you die?

CORDELLA

(aside to DOCTOR) Still, still far wide!

(King Lear, act IV, sc. vii, l. 43-8)

II.iii

Othello

O capitão mouro entrou no mundo da psiquiatria como epónimo de um síndrome caracterizado por ciúme patológico, um subtipo de perturbação delirante. No entanto, pode argumentar-se que tal associação acaba por ser pouco bem conseguida, tendo em conta a definição de delírio como uma crença inabalável, incompreensível e incorrigível por experiência e argumentação lógica e com conteúdo de plausibilidade impossível.

Othello apresenta um fundo ansioso e traços de personalidade neuróticos e, envenenado pelas palavras do seu falso amigo Iago, desenvolve um ciúme descrito como um monstro de olhos verdes (a expressão *green-eyed jealousy* acabaria por ficar entranhada na língua inglesa) que corrompe o seu romance com Desdemona. No entanto, a crença de que Desdemona traiu o seu amor não é descabida e incompreensível; afinal, Iago foi plantando tal ideia de forma astuta e sorrateira de modo a corromper a intelecto do capitão. A crença de Othello é egodistónica e não egossintónica; a sua obsessão não tem intensidade psicótica e, portanto, o seu ciúme não pode ser caracterizado como delirante.

OTHELLO

*Villain, be sure thou prove my love a whore,
Be sure of it. Give me the ocular proof
by the worth of mine eternal soul
Thou hadst been better have been born a dog
Than answer my waked wrath!*
(*Othello*, act III, sc. iii, l. 369-73)

II.iv

Hamlet

Diversas teorias explicativas, nomeadamente da linha psicanalítica, foram desenvolvidas ao longo do último século no sentido de tentar descodificar o comportamento do príncipe dinamarquês. Hamlet é, provavelmente, a personagem mais enigmática da obra de Shakespeare, e a tragédia à qual dá nome é por muitos considerada a sua *Magnum opus*. Descritivamente, Hamlet ilude o leitor com o seu *modus operandi* errático, fingidor, misterioso; torna-se complicado destrinçar aquilo que é produto da manha da personagem—relembrando que se trata de um jovem bom-vivo de tenra idade—e aquilo que constitui verdadeira psicopatologia. O príncipe quer vingar a morte do pai, levada a cabo pelo tio que quis apoderar-se do trono e casar com a sua mãe. Durante o seu percurso vingativo, no entanto, Hamlet parece por vezes não ter controlo completo sobre as suas acções e acaba por ver-se envolvido na morte de outras personagens, incluindo a da sua companheira Ophelia.

No mesmo acto, Hamlet salta de um estado de taquipsiquia e prolixidade (alterações do curso do pensamento e do discurso, respectivamente),

HAMLET

*Why, right, you are in the right.
And so, without more circumstance at all,
I hold it fit that we shake hands and part.
You, as your business and desire shall point you—
For every man has business and desire,
Such as it is—and for my own poor part,
Look you, I'll go pray.*

HORATIO

*These are but wild and whirling words, my lord.
(*Macbeth*, act I, sc. v, l. 129-36)*

para um de alterações hipotímicas do humor e ideação suicida.

HAMLET

*"Seems," madam? Nay, it is. I know not "seems."
'Tis not alone my inky cloak, good mother,
Nor customary suits of solemn black,
Nor windy suspiration of forced breath,
No, nor the fruitful river in the eye,
Nor the dejected 'havior of the visage,
Together with all forms, moods, shapes of grief,
That can denote me truly. These indeed "seem,"
For they are actions that a man might play.*

*But I have that within which passeth show,
These but the trappings and the suits of woe.
(Hamlet, act I, sc. ii, l. 76-86)*

*

HAMLET

*Oh, that this too, too sullied flesh would melt,
Thaw, and resolve itself into a dew,
Or that the Everlasting had not fixed
His canon 'gainst self-slaughter! O God, God!
How weary, stale, flat, and unprofitable
Seem to me all the uses of this world!
Fie on 't, ah fie! 'Tis an unweeded garden
That grows to seed. Things rank and gross in nature
(Hamlet, act I, sc. ii, l. 129-36)*

O próprio príncipe revela a Horatio no primeiro acto que procederá a fingir loucura, para que se desculpem alguns dos seus comportamento mais estranhos, mas ainda assim torna-se complicado perceber se, de facto, a flutuação emocional de Hamlet ultrapassa o fingido e terá um substracto neurobiológico doente. Quanto a Ophelia, o estado psiquiátrico precário que apresenta é muitas vezes descrito como a loucura de Ophelia, uma caracterização algo estigmatizante e imprópria para o que a levou ao suicídio—uma (provável) depressão com características psicóticas.

Conclusões

As pseudo-alucinações de Macbeth, o comportamento demencial de Rei Lear e as flutuações afectivas de Macbeth são alguns dos exemplos que revelam a capacidade que William Shakespeare possuía de penetrar a mente do Homem.

Um interesse em literatura providencia o psiquiatria com uma criatividade importante na sua prática do dia-a-dia e, por outro lado, conhecimento científico psiquiátrico permite ao leitor secular interpretar o texto de uma forma diferente.

As obras intemporais de Shakespeare são um exemplo rico da relação entrelaçada entre literatura e psiquiatria.

Notas

O autor viu-se obrigado a manter os excertos citados na língua original, optando por não os traduzir para Português de modo a manter-se o mais fidedigno possível ao intuito do bardo aquando da escrita das tragédias.

Fontes e Bibliografia

COLMAN EA. Squibb academic lecture: Shakespeare and DSM-III. Aust NZJ Psychiatry. 20:1(1986)30-36.

SHAKESPEARE, William - *The Tragedy of Othello, the Moor of Venice*. New York: Penguin Books, 2001.

SHAKESPEARE, William - *The Tragedy of Macbeth*. Harmondsworth. Eng: Penguin Books, 1968.

SHAKESPEARE, William - *King Lear*. New York, N.Y.: Penguin Books, 1999;

SHAKESPEARE, William - *Hamlet*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

DARWIN E A PSIQUIATRIA: A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPETIVA EVOLUCIONÁRIA

Cátia Martins¹; Filipa Caetano¹; Serafim Carvalho²

Hospital de Magalhães Lemos

¹Médicas Internas de Formação Específica em Psiquiatria

²Médico Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria

Emails:catiapriscila@hotmail.com;filipacaetano.md@gmail.com;

smicarval@gmail.com

Resumo

Apesar de a doença mental acompanhar a História da Humanidade, nem sempre as suas manifestações foram reconhecidas como doença e, mesmo depois de ficar sob a alçada da Medicina, as dúvidas quanto à sua definição, etiologia e patofisiologia mantiveram-se, ilustradas pelas diversas edições de manuais de classificação de doenças mentais. Os mistérios da esquizofrenia, uma das doenças mentais mais proeminentes da História da Psiquiatria, têm vindo a ser progressivamente deslindados à luz dos avanços tecnológicos, sobretudo das Neurociências, com perspetivas enriquecedoras, mas deixando ainda muitas questões por resolver, mantendo-se a necessidade de teorias explicativas multidisciplinares.

Os autores propõem apresentar o modelo da Psiquiatria Evolucionária para a esquizofrenia, refletindo, numa ótica darwinista, sobre as vantagens adaptativas para a sobrevivência da espécie e os fundamentos que parecem justificar a sua manutenção ao longo do processo de seleção natural, antes mesmo da era da Psiquiatria e dos antipsicóticos.

Palavras-chave: Darwin; psiquiatria evolucionária; esquizofrenia; saúde mental

Abstract

Although mental illness goes along the History of Mankind, its manifestations were not always recognized as a disease and, even after being under the purview of Medicine, doubts remain about its definition, aetiology and pathophysiology, which may be illustrated by the various editions of mental illness classification manuals. The mysteries of schizophrenia, one of the most prominent mental illnesses in the History of Psychiatry, have been progressively unraveled through technological advances, especially in Neurosciences, with enriching perspectives. Yet, many issues remain to be resolved, maintaining the need for multidisciplinary explanatory theories.

The authors present a model of Evolutionary Psychiatry for schizophrenia, reflecting, in a Darwinian perspective, on the adaptive advantages for the survival of the species and the basis that seem to justify its maintenance throughout natural selection, even before the era of Psychiatry and antipsychotics.

Keywords: Darwin; Evolutionary Psychiatry; Schizophrenia; Mental Health; Evolution

Introdução

O termo esquizofrenia foi criado por Bleuler, significando “cisão da mente”¹. É uma doença psiquiátrica crónica que afeta uma em cada 100 pessoas e compromete gravemente a funcionalidade, cursando com delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento, alogia, avolição e embotamento afetivo²⁻⁴. Apesar dos avanços da Medicina, prevalecem os mistérios à volta desta doença, com muitas questões por responder quanto à

sua etiologia e patofisiologia. Face às limitações que a doença condiciona, numa ótica darwinista, levantam-se também questões quanto a vantagens adaptativas que a doença pode ter conferido na História da Evolução das Espécies, para que tenha prevalecido ao longo de gerações, antes mesmo da era da Psiquiatria e dos antipsicóticos. Os autores propõem refletir sobre este tópico e apresentar o modelo atual da Psiquiatria/Psicologia Evolucionária para a esquizofrenia.

Breve Perspetiva Clínica

A esquizofrenia é uma doença crónica e heterogénea, que cursa com alterações ao nível do pensamento, perceção, afeto e comportamento, implicando uma perda de contacto com a realidade e repercussões no funcionamento social e ocupacional⁴.

Descrevendo a clínica da esquizofrenia de um modo simples, pode dizer-se que os sintomas se dividem em dois grupos – sintomas positivos e sintomas negativos. Os primeiros dizem respeito a um excesso ou distorção de funções mentais normais e os últimos a uma perda ou diminuição destas. A figura 1 descreve os processos mentais normais e respetivas alterações na esquizofrenia². Não existe cura para esta doença, porém, os tratamentos atualmente disponíveis possibilitam uma melhoria considerável do seu prognóstico. A medicação antipsicótica constitui o grande pilar terapêutico na esquizofrenia, permitindo tratar os sintomas, de um modo geral com uma resposta mais favorável ao nível da redução de sintomas positivos e uma resposta reduzida ao nível dos sintomas negativos².

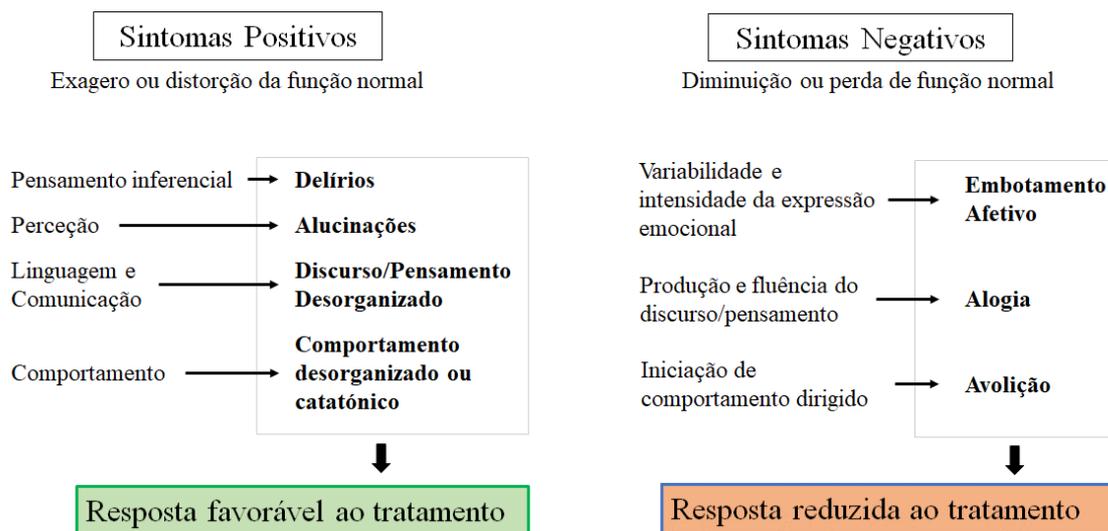


Figura 1: Funções mentais e os seus equivalentes patológicos na esquizofrenia

Etiologia da Esquizofrenia:

Apesar de estar por definir uma relação clara de causalidade, a evidência atual aponta para uma etiologia multifatorial na esquizofrenia, combinando fatores de ordem genética com fatores ambientais²⁻⁴.

A componente genética parece ter um peso importante no aparecimento da doença. O risco de esquizofrenia é superior em familiares de pessoas com a doença, sendo de 3 a 5% para parentes de segundo grau, 10% quando há irmãos ou um dos pais com a doença e 37 a 45% quando ambos os pais têm a doença². Os estudos com gémeos apontam para uma concordância de 15 a 17% em gémeos dizigóticos e 45 a 50% em monozigóticos. Um estudo com crianças adotadas revelou que 17% dos filhos de mães com esquizofrenia adotados por famílias sem a doença vieram a apresentar este diagnóstico². Estes dados reforçam a

relevância do papel da genética no aparecimento da esquizofrenia, mas também sugerem a existência de outros fatores envolvidos. O modelo etiológico atual define a existência de uma vulnerabilidade genética basal importante, sobre a qual atuam outros fatores ditos ambientais, de ordem epigenética, biológica, psicológica e social, cujos contributos estão ainda por definir^{2,3}.

No que respeita à vulnerabilidade genética, vários genes têm vindo a ser apontados, mas nenhum deles com um papel exclusivo no aparecimento da doença, parecendo que esta vulnerabilidade resulta mais do contributo de múltiplos genes que de um gene isolado. Gottesman e Shields apresentaram em 1982 um modelo explicativo que designaram de Modelo do Limiar Poligénico Multifatorial, segundo o qual na população geral existirão genes de predisposição extensamente dispersos em grau variável, sendo que a vulnerabilidade à doença apenas se tornará manifesta para aqueles que ultrapassem um determinado limiar de carga genética².

Sobre esta vulnerabilidade genética atuarão depois outros fatores condicionantes do aparecimento de esquizofrenia. Conhecem-se alguns fatores ambientais envolvidos, estando por definir a natureza da sua associação com a doença e se há de facto um papel etiológico, parecendo, no entanto, existir uma contribuição importante para a precipitação dos sintomas iniciais e/ou descompensações. Entre esses fatores estão anomalias do desenvolvimento a nível gestacional ou durante o parto e primeiros anos de vida e o consumo de determinadas substâncias, sobretudo de canabinóides. Alguns fatores sociais e psicológicos também têm sido apontados como relevantes para a história da doença, constatando-se que a sua precipitação tende a surgir em períodos de elevado stress e que a taxa de descompensações parece ser maior em doentes com elevados níveis de emoção expressa na família^{2,4}.

A Teoria Evolucionária da Esquizofrenia

No estado atual da Psiquiatria, entende-se facilmente que a esquizofrenia prevaleça, tendo em conta que os tratamentos disponíveis garantem controlo sintomático e melhoram a funcionalidade, mas não erradicam a doença. Contudo, é mais difícil entender a sua prevalência ao longo das gerações antes da era dos antipsicóticos, com relatos históricos altamente sugestivos da sua existência, antes mesmo de ser reconhecida no âmbito da Medicina. Perante todas as limitações e o sofrimento que condiciona, o que poderá explicar este fenómeno? Por que razão não foi eliminada pela seleção natural? Que vantagens terá tido, do ponto de vista da evolução das espécies?

Os modelos evolucionários sugerem que “a esquizofrenia é o preço que alguns humanos pagam para que a Humanidade possua um valioso legado de adaptação”². Numa perspetiva evolucionária, a existência de uma característica aparentemente desfavorável num determinado contexto, poderá ser favorável noutra(s) e possivelmente altamente adaptativa numa dada altura da História e/ou num dado lugar. Parece ser o caso da anemia de células falciformes e da diabetes^{2,5}. Na anemia de células falciformes, a hemoglobina apresenta uma anomalia numa das suas subunidades, que leva à sua polimerização dentro dos glóbulos vermelhos, conferindo-lhes uma forma anómala. Esses glóbulos vermelhos acabam por causar obstrução de vasos sanguíneos e, conseqüentemente, falência orgânica e múltiplas complicações. A doença surge na presença de homozigotia para o gene que codifica a subunidade anormal da hemoglobina, isto é, na presença de duas cópias iguais para esse gene. Contudo, a presença do gene em heterozigotia (apenas uma das cópias do gene corresponde à subunidade anormal) confere resistência à malária, verificando-se que, em áreas endémicas para esta doença, existe uma maior prevalência deste gene, explicada pela vantagem adaptativa conferida pela sua heterozigotia. O preço a pagar por essa vantagem é que, quando em homozigotia, surge doença⁵. Algo semelhante sucede com a diabetes, cuja etiologia envolve múltiplos genes. Nos indivíduos com diabetes há uma alteração do metabolismo dos hidratos de carbono que leva a complicações agudas e crónicas sérias. O que no mundo

desenvolvido e rico em recursos alimentares poderá conferir doença incapacitante, em ambientes de escassez alimentar, poderá ter proporcionado vantagem evolutiva, ao manter os níveis de glicemia elevados por mais tempo, numa lógica semelhante à da anemia de células falciformes². É em linha com estes raciocínios que surge a teoria evolucionária para a esquizofrenia, que defende a existência de diferentes níveis de hereditariedade associados a um *continuum* entre o normal e o patológico. Segundo esta teoria, existem múltiplos genes envolvidos no aparecimento de esquizofrenia, sendo variável a quantidade desses genes que é transmitida entre gerações e, conforme a carga genética transmitida seja maior ou menor, surgirão determinadas características, conferindo um grau variável de adaptação/desadaptação. Poderia assim, falar-se de um espectro ou *continuum* em que, hipoteticamente, num dos extremos estaria a total ausência de características ditas esquizofreniformes/esquizotípicas e no outro a forma mais severa de esquizofrenia, extremos virtualmente correspondentes à ausência de genes e fenótipos de esquizofrenia *vs* a totalidade desses genes e fenótipos, respetivamente² (Erro! A origem da referência não foi encontrada.). Daqui em diante, designaremos este espectro por “espectro esquizotípico”.

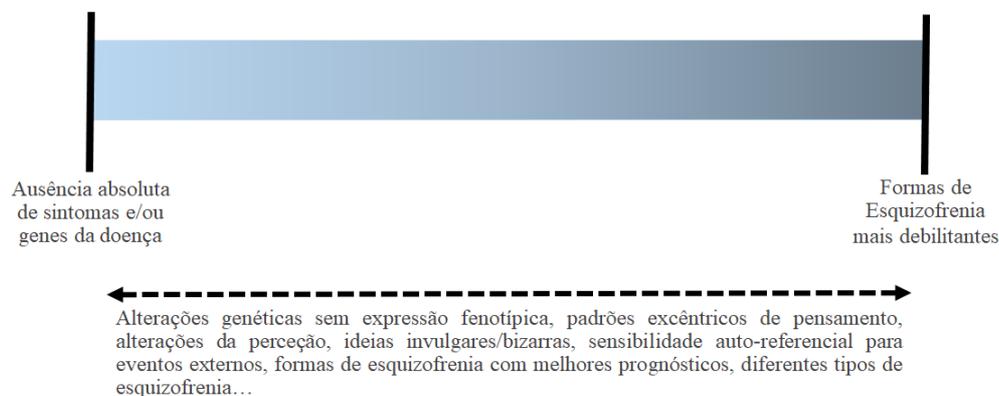


Figura 2: O continuum entre “normalidade” e esquizofrenia

A Hipótese Evolucionária de Cisão do Grupo

Tendo em conta o referido “espectro esquizotípico”, considera-se que alguns dos seus fenótipos, que não atingem o grau de doença, podem conferir vantagem evolutiva, dotando os seus portadores de características que favorecem a cisão do grupo. Num contexto em que a dimensão da população supera os recursos existentes, é favorável (para a sobrevivência da espécie) que os mecanismos que previamente contribuíram para a coesão do grupo revertam e conduzam à cisão do grupo inicial em dois novos grupos: um que permanece e outro que parte em busca de novos recursos. Acredita-se que foi este o fenómeno na origem da dispersão da Humanidade pelo globo terrestre².

Neste processo de cisão em que um grupo permanece na zona de segurança e outro parte para o desconhecido, ganha relevo a figura messiânica que garante uma Terra Prometida, com abundância dos recursos que escasseiam no meio que abandonam. É, portanto, fundamental, que essa figura possua um conjunto de características que a torne uma espécie de líder carismático, de ideias polarizantes que, por um lado, cativem a confiança dos seus seguidores e, por outro lado, antagonizem com o grupo que permanece. Sem este mecanismo de cisão e partida de um dos grupos, o grupo original seria dizimado ou altamente reduzido, quer pela escassez de recursos, quer pelos conflitos e rivalidades gerados no próprio grupo. Além disso, possibilita encontrar novos recursos, colonizar novos lugares e aumentar a variabilidade genética².

A presença de características do “espectro esquizotípico” (sem atingir o limiar de doença) pode então providenciar o líder necessário para este processo adaptativo:

—dissonância cognitiva: a apresentação de um novo sistema de crenças, defendido com convicção inabalável e capaz de influenciar os outros (sobretudo em situações de caos/miséria) e reconciliar os seguidores com possíveis disparidades com a realidade;

—desorganização da linguagem: idiossincrasias da linguagem, novos padrões de discurso e neologismos favorecem o aparecimento de uma nova cultura e o corte com o grupo original;

—delírios e alucinações: representam um corte com a realidade consensual do grupo original. as alucinações reforçam a inspiração divina/mística, funcionando “as vozes” como suporte a um sistema de crenças oposto ao da maioria, vinculado pelos delírios, que incorporam uma convicção absoluta e um caráter de bizarro. especificamente, ideias de teor místico/religioso posicionam o líder acima da humanidade e fortalecem a esperança na salvação. ideias autorreferenciais, por sua vez, conduzem ao isolamento e ao sentimento de não pertença, que podem funcionar como pontos de partida para a cisão, reforçadas por ideias de perseguição quanto aos não seguidores².

Assim, estas características do “espectro esquizotípico” são consideradas um fenótipo de dispersão, ou seja, são estratégias evolutivas de alto risco e sobretudo vantajosas para o grupo. Estima-se que a maioria dos fenótipos de dispersão acabe por perecer, em parte porque nem sempre estes fenômenos decorrem pacificamente. Como se ilustra na História da Humanidade, podem conduzir a movimentos de pseudoespeciação que se vêm a revelar catastróficos, como os que foram liderados por Adolf Hitler, Charles Manson ou Jim Jones². Contudo, em alguns contextos estes fenótipos podem revelar-se adaptativos e permitir não só a sobrevivência da espécie, como também a sua dispersão por novos lugares, criando-se novas comunidades e culturas. Há que ter em conta que, além de processos transversais a outras espécies como a seleção natural e seleção sexual, na espécie humana existe ainda a seleção culturalmente determinada, com um importante envolvimento da linguagem, sendo neste último processo de seleção que as características do “espectro esquizotípico” têm mais impacto. Os postulados de Darwin remetem para uma evolução lenta, com uma tônica predominante em aspetos biológicos, sobretudo a um nível de transmissão genética e respetiva seleção ao longo de gerações, que parecem não explicar na totalidade as mudanças evolutivas mais recentes, com um ritmo mais rápido que o esperado. Nos últimos anos, alguns autores têm-se debruçado sobre este assunto e destacado a importância de fatores culturais na História da evolução da espécie humana, apontando para uma interação importante entre Biologia e Cultura, resultando numa seleção genético-cultural. A Cultura é um produto da Biologia, mas também o seu modulador, exercendo *feedback* sobre esta, particularmente sobre a expressão genética. Práticas culturais alteram o ambiente, influenciando a seleção genética por exercerem pressão seletiva sobre uns genes em detrimento de outros. Esta coevolução gene-Cultura parece ter uma dinâmica cada vez mais rápida e global, permitindo uma maior flexibilidade fenotípica face a mudanças ambientais rápidas, comparativamente a mecanismos evolutivos mais “clássicos”. A Epigenética estabelece a ponte entre fatores genéticos e ambientais e estuda a forma como o ambiente influencia a expressão genética, fundamentando o papel da Cultura na Evolução Humana. O aparecimento da linguagem foi crucial para se constituir um legado cultural que veio revolucionar toda a História da Humanidade – transmitem-se entre gerações não só uma herança genética, mas também uma herança cultural, estando ambas intimamente relacionadas^{2,3,6}.

A esquizofrenia pode então constituir o preço a pagar pelo alto nível de evolução atingido pela espécie humana, veiculado pelo aparecimento da linguagem e o legado cultural associado. Entende-se, assim, que na longa História da Evolução das Espécies, a seleção de fenótipos do “espectro esquizotípico” seja relativamente recente, já que estes envolvem

sobretudo aspetos da linguagem, que se tornou fundamental para o processamento de informação a nível mental na espécie humana na sua forma mais evoluída^{2,3,6}.

O Indivíduo e a Evolução

A hipótese evolucionária de cisão do grupo explica o papel de características do “espectro esquizotípico” na evolução da espécie, mas deixa pouco clara a sua relevância para o indivíduo e o que as torna adaptativas ou desadaptativas a nível individual. Apesar de ser uma estratégia mais vocacionada para a sobrevivência do grupo, é compreensível a vantagem que pode conferir ao indivíduo portador do fenótipo de líder carismático^{2,3}. Contudo, o que faz com que para uns seja algo adaptativo, tornando-os criadores de novos mundos (melhores ou piores que o original), e para outros desadaptativo ou mesmo patológico, conduzindo a psicose e isolando-os numa pseudo-comunidade de referendos delirantes?

A resposta parece conduzir-nos de volta à questão da etiologia da esquizofrenia, aproximando a teoria evolucionária e os fundamentos científicos atuais sobre vulnerabilidade genética e fatores ambientais na génese da doença. Em primeiro lugar, a carga genética definirá em que ponto do espectro se localiza o fenótipo do indivíduo e se ultrapassa ou não o limiar a partir do qual essas características são patológicas e constituem um fenótipo de doença. Do mesmo modo que encaramos com seriedade doenças como a diabetes e a anemia de células falciformes, devemos fazê-lo com a esquizofrenia e reconhecer que falar de um espectro de fenótipos não é o mesmo que negar a existência de fenótipos de doença ou atribuí-los a meros construtos sociais. Apesar disso, o contexto em que o indivíduo se insere não deixa de ter um papel importante, nesta como em qualquer doença, até porque os limites entre genético e ambiental são pouco claros, dada a sua intrincada interação. A relevância crescente dos estudos de epigenética frisam este aspeto²⁻⁵.

Assim, em última análise, é a interação genes-ambiente que define em que ponto do espectro se localiza o fenótipo do indivíduo, sendo que, fenótipos abaixo de limiar de doença em determinados contextos temporo-espaciais e culturais podem ser favoráveis e noutros desfavoráveis, consoante o seu impacto na sobrevivência e o enquadramento resultante da interação do indivíduo com o meio em que se insere^{2,3}.

Conclusões

—a etiologia da esquizofrenia continua a levantar questões, mas parece haver um papel importante de fatores genéticos, que conferem vulnerabilidade para o aparecimento da doença perante determinados fatores ambientais.

—a vulnerabilidade genética envolve vários genes, o que é compatível com perspetivas evolucionárias que consideram a existência de um *continuum* entre “normalidade” e esquizofrenia.

—algumas características do “espectro esquizotípico” provavelmente foram adaptativas em algum momento (sobretudo para o grupo). a sua seleção parece ser recente no processo de evolução das espécies, quando a cooperação em grupo, linguagem e cultura começaram a ter um papel importante.

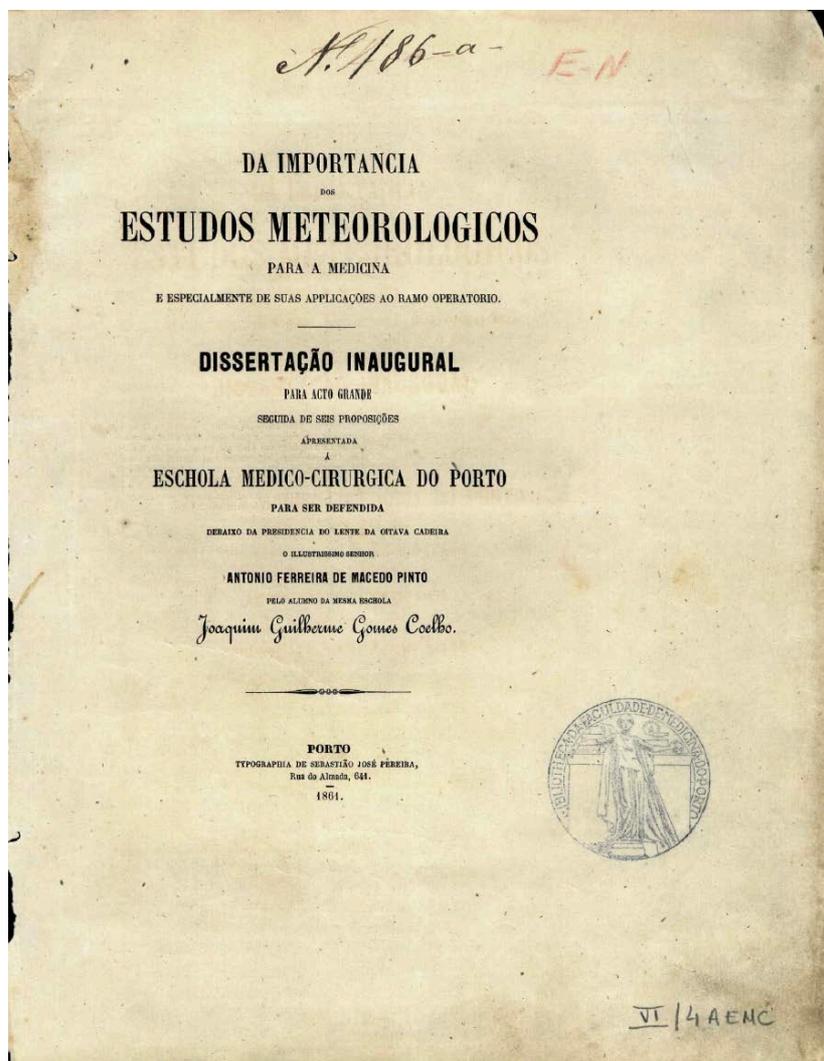
—o contexto, particularmente o contexto cultural, pode ser determinante para que uma característica seja adaptativa ou mal adaptativa.

—os evolucionistas reconhecem as limitações de qualquer teoria sobre evolução e não pretendem desvalorizar outros conhecimentos, mas sim complementá-los ou mesmo integrá-los, nomeadamente considerando perspetivas neurobiológicas emergentes e fundamentos de terapias comportamentais.

Bibliografia

1. ASHOK, A.H.; BAUGH, J.; YERAGANI, V.K. – Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia (SCHIZOPRENIEGRUPPE)”. *Indian J Psychiatry*. 54 (2012) 95–96

2. STEVENS A.; Price J. — *Evolutionary Psychiatry A new Beginning*. 2nd edition. Routledge: 2013.
3. MCGUIRE, M; TROISI, A. — *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press, 1998
4. RENCA, Susana; CEREJEIRA, Joaquim — Esquizofrenia. In BRAZ SARAIVA, Carlos; CEREJEIRA, Joaquim — *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel 2014. p. 135-157
5. WILLIAMS, Thomas N. — Sickle Cell Disease in Sub-Saharan Africa. *Hematol Oncol Clin North Am.* 30 (2016) 343–358.
6. Macedo, António — Genes, ambiente e Psicopatologia. In BRAZ SARAIVA, Carlos; CEREJEIRA, Joaquim — *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel 2014. p. 41-58.



Dissertação inaugural de Joaquim Guilherme Gomes Coelho (Júlio Dinis)
apresentada à Escola Médico-Cirurgica do Porto (1861)

ARTE, CIÊNCIA E SAÚDE MENTAL NO FUNCHAL DO SÉCULO XIX

Alfredo Rasteiro

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Professor Associado Jubilado

Email:alfedorasteiro@hotmail.com

Resumo

Autorização de inumações de não-católicos no Funchal (Marquês de Pombal, 1761) criou um espaço de saúde-mental, esperança e ataraxia, com desenvolvimento de actividades sociais, científicas, artísticas e literárias, abertas a viajantes sãos, doentes e acompanhantes, escritores, jornalistas, artistas, cientistas e médicos de diferentes posições sociais, nacionalidades, políticas, e religiões, destacando: 1. Júlio Dinis («Os-fidalgos-da-casa-mourisca», 1871); 2. *Reportagens* de Edward-Harcourt (1851), Francisco-Barral (1854) e Paul-Langerhans (1885); 3. «28 desenhos» de Caroline-Norton e Mary-Yong in Thomas-Lowe: «The Fishes of Madeira», 1843; 4. «200 espécies novas de Escaravelhos, em 550» de Thomas-Wollaston («Insecta Maderensia», 1854); 5. *Princesa-Flór* (1862-63).

Palavras-chave: tesouro-escondido, capital, trabalho, inteligencia

Summary

Art, science and mental health in the city of funchal in the 19th century — In the nineteenth century the Island of Madeira welcomed scientists, artists, travelers, doctors, patients and companions, who praised the mental health, the climate and the urbanity of island People with prominence of the physicians Robert-Willan, Francisco-Barral, Júlio-Dinis, Paul-Langerhans and the naturalists Thomas-Lowe and Thomas-Wollaston.

Key Words: hidden-treasure, capital, labor, intelligence

Introdução

Madeira, Reconhecida pela qualidade do Clima, possibilitou a ocupação Humana e culturas de sucesso, *Vitis vinifera* e «*Cana melica*» mediterrânicas (Amato-Lusitano: *In-Dioscoridis*, 1553: Lib. II, En. 77), «*Batata-doces*» do Brasil (Amato-Lusitano: *In-Dioscoridis*, 1553: Lib. II, En. 100), *Plataneros* de Canárias e *Bananeiras* africanas. Em 1512 o capitão donatário Simão Gonçalves da Câmara (1460-1530) presenteou o Papa Leão X (1475-1521) com uma «Cúria romana» em açúcar, de tamanho natural. Ponto de referência oceânica, atracção fatal para *Peyrot-de-Monluc* (1539-1566), respeitada por piratas e Marinhas disciplinadas, lugar de quarentena de britânicos de regresso a casa, porto de escala de Esquadras Russas e Alemãs, permaneceu portuguesa. No século XVIII, navios de Dona Guiomar-de-Vilhena (1705-1789) correram os mares, levaram Vinho «*Madeira*» à América-do-Norte e à China.

Abrigo *doentes-do-peito* que fugiram do frio europeu e das turbulências mediterrânicas para morrerem de coração cansado a citar Homero e desejar o Sol, como Paul Langerhans.

1. Júlio Dinis / Diana de Aveleda, 1871

Joaquim Guilherme Gomes Coelho, **Júlio Dinis (1839-1871)** frequentou a Escola Médico-Cirúrgica na Cidade do Porto, omitiu toda e qualquer referência à Ilha da Madeira, e ao seu Clima, na Dissertação inaugural «*Da importancia dos estudos meteorológicos para a Medicina e especialmente de suas applicações ao ramo operatorio*», Porto, 1861 e, finalmente, rumou ao Funchal,

em busca de tratamento, em 1869 (Março-Maio), 1869-70 (Outubro-Maio), 1870-71 (Outubro-Maio). Habitou na Rua da Carreira, no prédio que tem o nº 90, a meia distância entre o Colégio dos Jesuítas e o «British Cemetery», a cinquenta metros da «Photographia. VICENTE. Estabelecida em 1846», Museu renovado desde 2019, e não se fez fotografar. Sentindo-se sem disposição e sem forças para sair à rua, escreveu «*Os-fidalgos-da-casa-mourisca. Chronica-da-aldeia. 1871*» enquanto, da sua janela, observava o «Monte», via a «Fortaleza do Pico» e relia «*Les feuilles d'automne, 1831* de Victor-Hugo (1802-1885): «os poetas, que são os únicos que sabem ce qu'on entend sur la **montagne**? / / *Avez-vous quelquefois, calme et silencieux, / Monté sur la **montagne** en présence des cieux?*». Quase sem sair de casa vislumbrava «cedros e ciprestes» no «Burial Ground», «ingleses cadavéricos, alemães diáfanos, portugueses descarnados, brasileiros, norte-americanos, russos; são velhos, adultos, crianças, vaporosas belezas femininas de toda a parte do mundo» (<http://bmfunchal.blogs.sapo.pt/>).

Quando olhamos a «Fortaleza do Pico», planeada em 1590, concluída em 1632, temporariamente útil a Serviços de transmissões da Marinha, Museu desde 2018, vemos o «solar» de «pequenas torres quadradas, que se erguiam, coroadas de ameias, nos quatro ângulos do edifício... estreitas seteiras abertas nos muros... certo ar de castelo feudal... Nenhum estilo arquitectónico... incongruências e absurdos daquela fábrica grandiosa... aquele vulto escuro e sombrio, contrastando com os brancos e risonhos casais disseminados por entre a verdura das colinas próximas...»

E, na raiz da colina fronteira, não custará descobrir o «British Cemetery», «*Na raiz da colina fronteira àquela, onde o solar dos fidalgos erguia as suas torres ameadas, assentava o mais risonho e próspero casal dos arredores. Era uma completa casa rústica, conhecida por aqueles sítios pelo nome, que por excelência se lhe dera, de Herdade...*» («Fidalgos», 1871).

Em 1891, no Faial, Açores, Miss Roxana Lewis-Dabney (1827-1913), americana de Boston que ignora Funchal, e não conhece Ovar, traduziu para o inglês dos Estados Unidos «*The-Fidalgos-of-Casa-Mourisca*» (1891), «*This last he wrote in Madeira, in two successive winters, in which he vainly sought for relief from the disease with which he so manfully wrestled. It was while correcting the proof sheets of the Fidalgos that he finally gave up the battle-September 12, 1871*» («Fidalgos», 1891, Preface).

Neste importante **trabalho de revisão**, e tradução que não agrada a Ingleses, Miss Dabney procura suprimir, criteriosamente, todas as alusões automáticas e subconscientes, algumas muito trabalhadas, ditadas na vivência do «cosmopolitismo» funchalense de Júlio Diniz, destinadas a ocasião mais oportuna, numa Vida mais longa. Assim, Miss Roxana omite, por exemplo «... a cada momento, apreciadores ingleses, franceses, russos e alemães passeiam, soltando exclamações polyglotas, e onde o nosso entusiasmo nos é prescripto a paginas tantas do «*Guia do Viajante*» (Cap. 2º) e deixa passar: «O que torna os lavradores poéticos é a inconsciencia com que eles o são», «*What makes the rustic poetical is his unconsciousness*».

Para quem desconheça a presença temporária, na Quinta das Angústias, dos Leuchtenbergs (1850), do General Lambert (1863), e dos seus Cossacos, «fregueses» de «cartes de visite» na «Photographia Vicente», Miss Roxana, muito compreensivelmente, exclui uma referência que, para ela e, posteriormente, para os Orgãos da Censura do *Estado Novo*, não teria qualquer sentido: «*Transformar uma regra social estabelecida, embora seja para bem, escandalisa sempre os fanáticos da ordem; e há-os tão fervorosos, que a adoram, ainda quando ella **revista a feição moscovita***» (Cap. XXVI, p. 90),

Para Dabney (**Preface**), «*The soul of Gomes Coelho was as pure and ingenuous as the scenes he so delicately depicts*».

Como **Testamento cívico** (apreciado no Salazarismo, para desespero de outros ismos), a visão romântica da «*Casa mourisca*», e a imagem do seu «tesouro escondido» estão associadas à proposta de uma aliança entre «*capital, trabalho e inteligência*» que possa surgir «à luz para nos apresentar aos olhos de outras nações dignos da nossa época e do trato de terra que ocupamos na Europa», «*It was thus that by intelligent employment of capital upon his land, Jorge fulfilled the legend of Casa Mourisca*»... por forma que os portugueses (Jorge), «*realizando na propriedade a incorporação do*

capital, do trabalho e da inteligência, e mostrando até que ponto essa aliança é fecunda, podia(m) bem dizer que havia(m) cumprido a lenda da Casa Mourisca».

O pintor Russo Karl Brjullof (1799-1852), celebrado em «Busto» no Jardim Municipal do Funchal (2013), apaniguado dos Leuchtenberg (1850), tingiu com a terra siena queimada das suas hemoptises Montanha e Fortaleza-do-Pico, Quinta das Cruzes e British Cemetery, **Rua da Carreira** e Rua de São João, *tipoia* e arrasto de pipas; não esqueceu a **vilhoa**, e o seu molho de canas (de açúcar).

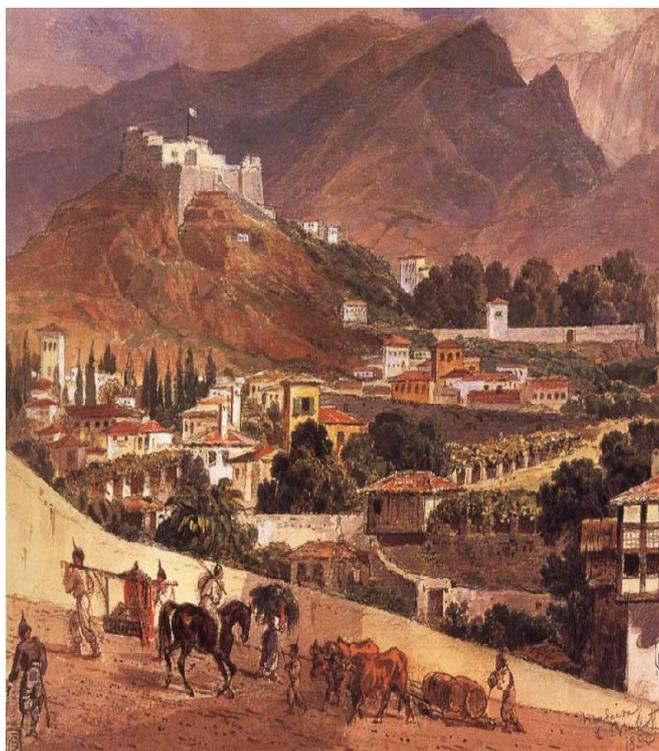


Figura 1. Karl Brjullof (1799-1852), 1850 (ver texto)

2 .Robert Willan, 1812

Na sombra e no silêncio do «British Cemetery» (1851), uma das paredes do «**Talhão militar**» (1808), guarda a lápide abandonada da sepultura de **Robert Willan (1757-1812)**, «pai da dermatologia»:

«SACRED-TO-THE-MEMORY / OF / ROBERT-WILLAN-M.D.F.R.S. / OF-LONDON / WHO-DIED-IN-THIS-ISLAND / 7-APRIL-1812-AGED-53-YEARS // NEAR-THE-SAME-SPOT-ARE / DEPOSITED-THE-REMAINDS / OF-HIS-FRIEND / THOMAS-BENNET-SMITH / JUNIOR / WHO-DIED-HERE-JUNE-1812 / AGED-28-YEARS».

3.Emily-Smith, 1848

Emily Geneviève Hanson **Smith (1817-1877)**, acompanhou o marido tuberculoso *Reverend* Reginald Southwell-Smith (1809-1895) e representou o «**Talhão militar**» em «*A Panoramic view of the City of Funchal*», Londres, 1848 dedicado à Rainha-viúva Adelaide (1792-1849), visitante da «Quinta das Angústias».

4.Três Reportagens

Edward Vernon-Harcourt (1825-1891) casou em 1849 com Lady Susan Harriet-Holroyd (1849-1894), homónima da Lady Susan Vernon (1794, 1871) da Jane Austen (1775-1817). Famílias Harcort e Holroyd-Sheffield passaram invernos na Madeira e Lady Susan ilustrou, para E. V. Harcourt, «*A sketch of Madeira*», John-Murray, Londres, 1851 onde figura, «em espelho», o «**Talhão militar**» de 1808, reproduzido em Susanna Hoe: «*Madeira. Women, history, books & places*», Oxford, 2004, p.81.

Edward Harcourt recorda a «*Voyage to Suratt*, 1689 de John Ovington (1653-1731), capelão de Carlos II, marido de Catarina de Bragança. Ovington denunciou intolerâncias Inquisitoriais e prepotências jesuíticas, a negação de sepultura a não-católicos e as práticas escravajistas que foram condenadas por Pombal (1761), Darwin (1839) e Harcourt (1851). Charles Darwin (1809-1882) homenageou Harcourt: «*Almost every year, as I am informed by Mr. E. Harcourt, many European and African birds are blown to Madeira; this island is inhabited by 99 kinds of which one alone is peculiar, though very related to a European form*» («*The origin of Species*», 1859; The-Modern-Library, NY, 2009, p. 530) e «*whilst in Madeira these colours are retained throughout the year ... footnote 84. On the *Fringilla cannabina* of Madeira, Mr. E. Vernon Harcourt, «Ibis», vol. V, 1863, p.230*» («*The Descent of Man*», «*Chapter 13. Secondary Sexual Characters of Birds. Double and single annual moults*»,1871; ed. Penguin-Books, 2004, p.444).

Entre os *Fringillidae*, Harcourt estudou Canários-da-terra (*Serinus canaria* Lin. 1758), Pintassilgo (*Carduelis carduelis parva* Tschusi, 1901), Tentilhão (*Fringilla coelebs madeirensis* Sharpe, 1888) e «*Tinto-roxo*», Pintarroxo (*Carduelis cannabina guentheri* Wolters, 1953); apadrinhou o *Sylvidae* Régulo-da-Madeira (*Regulus ignicapillus madeirensis* Harcourt 1851) e, nos *Procellariidae*, dividiu louros com o Reverend James Bulwer (1794-1879), visitante de 1825. Alma de poeta, «*Sob arcos floridos onde a folha nunca morre*», recordou Thomas Moore (1779-1852): «*Oh! had we some bright little isle of our own,/ Where a leaf never dies in the still blooming bowers,/ ... Our life should resemble a long day of light,/ And our death come on, holy and calm as the night.*» (E.V.Harcourt: «*A sketch of Madeira*», 1851, cover page). Citou Thomas Heberden (1703-1769), residente em 1750-69 («*Observations of the Weather in Madeira*», 1754; «*An account of the earthquake*», 1761»; «*Of the increase and mortality of the inhabitants of the Island of Madeira*», 1767) e Malthus, 1803 (p.52). Em Camera de Lobos, Harcourt compreendeu as «*Habitations of the poor*» com «*the appearance of a rabbit-warren*» (p. 90), delícia dos Turistas deste século XXI, no Calhau da Lapa.

Francisco António Barral (1801-1878) estudou em Paris, foi Professor na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e presidiu à **Sociedade das Ciências Médicas** (1852-53) enquanto acompanhava, como médico, Maria Amelia (1831-1853), bisneta da Marie-Josèphe-Rose-de-Tascher-de-la-Pagerie (1763-1814) de Beauharnais, «*Josefina*» do Napoleone (1769-1821), filha de Pedro IV (1798-1834) e de Amélie Auguste-Eugénie-Napoléone-de-Beauharnais-Leuchtenberg (1812-1873). Em Memória da Princesa, em **1862**, surgiu o «**Hospício destinado ao tratamento dos pobres doentes de moléstia do peito**», patrocinado pela Duquesa de Bragança Imperatriz do Brasil e pela Rainha da Suécia Joséphine de Leuchtenberg (1807-1876). Orientado por Barral, dirigido por António da Luz-Pita, Fundador da Escola Médico-Cirúrgica do Funchal (F.A.Barral: «*Notícia sobre o Clima do Funchal e sua influencia no Tratamento da Tísica pulmonar oferecida à Academia Real das Sciencias de Lisboa pelo Dr. F. A. Barral*», Lisboa, 1854; «*Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phtisie pulmonaire. Traduit par P. Garnier*», Paris, 1858). A Rainha Dona Amélia (1865-1951) e a Assistência Nacional aos Tuberculosos (1899) são posteriores.

Mycobacterium tuberculosis (Koch, 1882), vacinação pelo Bacilo atenuado de Calmette-e-Guérin (1921), e *Streptomycin* (Waksman, 1943), venceram a luta contra a Tuberculose e a Monarquia Suéca protege, desde 1862 o Hospício da Princesa Flôr, actualmente Orfanato, Infantário, Escola pré-primária, primária e Lar de idosos.

Barral procurou «*estudar e até ver até que ponto era bem fundado o crédito que se tem estabelecido em favor do seu clima no tratamento da tísica pulmonar*» («Notícia», p. 11). Relata casos como o de John Abraham Mason (1808-1835), inventor do «*Higrómetro de Mason*» que chegou ao Funchal em 1834 e no ano seguinte procurou clima mais seco em Nisa, no Alentejo, «*e ali morreu quinze dias depois da sua chegada, com vinte e sete anos de idade*» («Notícia», p.149).

Em 1852, em Londres, aos 57 anos, «*to see and be seen*», Isabella (Hurst) de França (c.1795-1880) casou com José Henrique de França (1802-1886) e deixou-nos um «*Journal of a visit to Madeira and Portugal 1853-54*», 1970 descoberto em Londres e publicado por Frederico de Freitas (1894-1978), com imagens do Terreiro-do-Paço sem o Arco da Rua Augusta (1853), embarques, desembarques e passeios na Madeira.

Paul Langerhans (1847-1888), clínico no Funchal (1875-88), acompanhou tuberculosos, estudou *Langerhansias*, e morreu, insuficiente renal. Utilizou metais pesados em impregnações histológicas e leu Sir James Clark (1788-1870), médico da Rainha Vitória (1819-1901), que aconselhava «**Mercurio**, *Taraxacum*, *Sarsaparilla*, *Antimonio*, *Sulphur*, *Mineral waters*, *Alkalies*, *Purgative*, *Tonics*, *Bathing*, *Traveling*, *Sailing*, & c.» (J. Clark: *A treatise on tubercular phtthisis, or pulmonary consumption, from the Cyclopaedia of Practical Medicine*, London, 1834).

Langerhans descobriu *Células dendríticas* na epiderme, ditas de *Langerhans* (1868) e encontrou *Ilhéus*, no *Pâncreas* (1869), que receberam o seu nome. (As *Células dendríticas* têm grânulos de *Birbeck* produtores de *Langerina*, proteína codificada pelo gene CD207 e os *Ilhéus* apresentam quatro tipos de células: **alfa** (*Glucagão*), **beta** (*Insulina* e *Amilina*), **delta** (*Somatostatina*) e células **PP**, do *Polipeptídeo pancreático*).

Médico militar, em Jerusalém, estudou a Lepra (P. Langerhans: *Lepra und Leprosorien in Jerusalem*, *Archiv Patholog Anatom. Physiolog. Klin. Med*, 1870; 50:453-455). Na idade madura estudou a tuberculose. Homem de Laboratório, manteve curiosidades de menino, procurou Anelídeos marinhos em Canárias e Madeira, ampliou o conhecimento dos *Polychaeta*, acrescentou *Langerhansias*, quase cem. Deixou-nos o *Handbuch für Madeira* (1885), pago pelo Governo Alemão.

5. Caroline Norton & Miss Yong, 1843

«*Honorable Caroline Elizth Conyers Norton*», na lápide, e Mary Yong, formavam um par insólito. Despedidas do Reino-Unido pelas excêntricas da *Honorable* e pela doença da Miss, protegidas pelo Reverend Richard Thomas-Lowe (1802-1874), desenharam 28 figuras de Peixes para «*The Fishes of Madeira*», 1843. Na vida real, modo de ser e formas de vestir, parecem imitar «*Os Camponezes do Oeste da Ilha*», de William Combe (1742 –1823): «*A History of Madeira*», Estampa 20, 1821.

6. Wollaston, 1854

Thomas Vernon Wollaston (1822-1878) chegou ao Funchal em 1847, encontrou Richard Thomas Lowe, residente em 1832-54 e, a seu conselho, procurou Escaravelhos que encantaram Darwin: «*bas not only consented to an invasion of is own field of research, but has even cooperate with me*» («*Insecta Maderensia*», 1854, *Preface*), 634 páginas, 13 estampas, 117 figuras, «*200 beetles, out of 550 species inhabiting Madeira,... the use of their wings, are here almost entirely absent...many Madeira beetles is mainly due to the action of natural selection...*» (Charles Darwin: «*The origin of Species*», *Chaptre V - Laws of Variation*, 1859).

Lowe e Wollaston continuaram creacionistas.

O «*Insectam pulchritudinum egregium*» *Stenaxis Loweii* Wollaston, 1854 (p. 524) foi oferecido a Lowe; o *Achenium Hartungii* Wollaston, 1854 encontrado em 25 de Fevereiro de 1851 no Cabo Gerajão (Gurajau) pelo Suíço Oswald (von) Heer (1809-1883), que declinou o apadrinhamento, homenageou Hartung. O Alemão George Hartung (1821-1891: «*Geologische Beschreibung der Inseln Madeira und Porto Santo*», Leipzig, 1854), que depois zarpu para os Açores, conheceu o Escocês Charles Lyell (1797-1875: «*On the Geology of some parts of Madeira*»,

London, 1854) que o relacionou com Darwin: «*whether he had observed **erratic boulders** on these islands, and he answered that he had found large fragments of granite and other rocks, which do not occur in the archipelago*» («*The origin of species*», XII, 1859).

Invenção, Ciência e Liberdade, ultrapassam limites.

7. Princesa-flôr

Maria-Amélia Augusta-Eugénia-Josefina-Luisa-Teodolinda-Heloisa-Francisca-Xavier-de-Paula-Micaela-Gabriela-Rafaela-Gonzaga nasceu em Paris (1831), cresceu em Lisboa (1834-1852), desenhou, noivou, agonizou, e morreu, na Quinta das Angústias (1853). Os seus restos voltaram a Lisboa e foram despachados para o Brasil em 1982.

Quatorze anos depois da sua morte, no longínquo México, o fuzilamento do antigo noivo Fernando Maximiliano José Maria Habsburgo Lorena (1832-1867) será recordado por Édouard Manet (1832-1883).

inconsolável noivo

Conclusão

600 anos de navegações, migrações e oportunismos, abertura de levadas e quedas nos abismos, traçados de túneis e desabamentos, estômagos vazios, sangue, suor e lágrimas, ligam-nos aos «**poéticos**» Madeirenses que amorosamente nos acolhem «*sob arcos floridos onde a folha nunca morre*», à «descoberta» do Júlio-Diniz (1871) da «**encorporação do capital, do trabalho e da inteligência**» que *parece* ser a fórmula que melhor serve a Saúde mental de quem visita a Madeira, «**tesouro escondido**» que prendeu a atenção de Darwin (1859, 1871), deu a «*List of Birds*» de Harcourt («*A sketch of Madeira*», 1851), os **200** Escaravelhos do Wollaston («*Insecta Maderensia*», 1854), os **28** desenhos de «Peixes» da Mary Yong e da Caroline Norton descobertas por R.T.Lowe («*The Fishes of Madeira*», 1843), as *Langerhansias* do Paul Langerhans («*Die Wurmfauna von Madeira*», 1879, 1880, 1881, 1884), ... e que espera por nós, se o COVID-19, ou o que vier, o permitirem.

Bibliografia

1. BARRAL, Francisco António — *Noticia sobre o Clima do Funchal e sua influencia no Tratamento da Tísica pulmonar oferecida à Academia Real das Sciencias de Lisboa pelo Dr. F. A. Barral*. Lisboa, 1854.
2. BARRAL, Francisco António — *Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la phtisie pulmonaire. Traduit par P. Garnier*. Paris, 1858.
3. LANGERHANS, Paul — *Handbuch für Madeira*. Berlin:Verlag von August Hirschwald, 1885
4. MATOS, Rui Manuel Carneiro de Campos — *A Arquitectura do Turismo Terapêutico. Madeira e Canárias, 1800-1914*. Lisboa: 2016.
5. PITTA, Nicolau Caetano de Bettencourt — *Account of the Island of Madeira*. London, 1812.
6. RASTEIRO, Alfredo — *Turismo médico no espaço português*, Revista Ordem dos Médicos. 31:163 (2015) 69-74.
7. RASTEIRO, Alfredo — *Amato Lusitano e o Turismo medico na Madeira*. Medicina na Beira Interior. 32 (2018) 17-26.

Arthur Bispo do Rosário: entre a história do tempo presente e a história pública

Viviane Borges

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Professora Universitária – Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – PQ-2.
Email:vivianetborges@gmail.com

Resumo

Arthur Bispo do Rosário morreu em julho de 1989, na Colônia Juliano Moreira, antigo manicômio da cidade do Rio de Janeiro (Brasil), depois de cerca de 50 anos entre idas e vindas de internamento, entre fugas e confinamento compulsório. Neste espaço ele criou 802 objetos hoje tidos como Patrimônio Cultural e preservados pelo Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea. O presente trabalho objetiva analisar aspectos da patrimonialização da obra de Bispo, através de categorias ligadas a história do tempo presente e da história pública.

Palavras-chave: Bispo do Rosário, patrimônio cultural, memória, loucura

Abstract

Arthur Bispo do Rosário died in July 1989, at Colônia Juliano Moreira, former asylum in the city of Rio de Janeiro (Brazil), after about 50 years between comings and goings, between escapes and compulsory confinement. In this space he created 802 objects now considered Cultural Heritage and preserved by the Museu Bispo do Rosário Contemporary Art. The present work aims to analyze aspects of the patrimonialization of Bispo's work, through categories linked to the history of the present time and public history.

Introdução

Arthur Bispo do Rosário morreu em julho de 1989, na Colônia Juliano Moreira, antigo manicômio da cidade do Rio de Janeiro (Brasil), depois de cerca de 50 anos entre idas e vindas marcadas por fugas e internamento compulsório. Foi principalmente durante este longo período que ele criou as 805 peças hoje tidas como Patrimônio Cultural brasileiro. Minha proposta é tratar alguns aspectos ligados patrimonialização de sua obra, interligando categorias caras a história do tempo presente e da história pública, tais como os usos da memória, os usos do passado, a interpretação e a curadoria, noções estas que transitam pelo o que na atualidade entendemos por patrimônio cultural

Entre a História do Tempo Presente e a História Pública

O presente texto é uma reverberação trazida pela publicação recente de minha tese de doutorado. O livro “A invenção de Arthur Bispo do Rosário: Loucura, Arte e Patrimônio Cultural”, publicado em 2019, é resultado da atualização da tese defendida em 2010. Nos 30 anos que se seguiram a sua morte, Bispo do Rosário foi constantemente evocado como um grande artista cujas obras são protegidas pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), e salvaguardadas pelo museu que carrega seu nome: Museu Bispo do Rosário de Arte Contemporânea. Sua trajetória inspirou as mais diferentes manifestações artísticas e acadêmicas, tão variadas e dispersas que é quase impossível mapeá-las em sua totalidade. Honrarias póstumas que contrastam com uma existência marcada pelo esquecimento.

No livro (BORGES, 2019), trato dessa profusão de discursos que inventaram Bispo. Exposições, livros, artigos na imprensa, programas de televisão, peças teatrais, filmes e museus ensinaram-nos que Bispo era artista e louco. Binômio potente, cruzamento de múltiplas redes de poder e saber, engendramento capaz de instituir uma posição de sujeito quase impossível de ser questionada. A despeito da vontade e das falas daquele homem negro, que acreditava simplesmente estar cumprindo uma missão divina. Bispo foi instituído como genial, ícone da brasilidade, capaz de expressar um sentimento profundo de vida, dadaísta, artista conceitual, artista bruto, entre outros epítetos, cujas produções, elaboradas por ele com o objetivo de se preparar para o juízo final, foram comparadas às obras de Marcel Duchamp e Hélio Oiticica e exibidas com pompa e circunstância em bienais, museus e galerias no Brasil e no mundo. Memórias constantemente revisitadas e instituídas de novos sentidos.

Uma série de categorias aproximam a história do tempo presente e a história pública, entre elas os usos da memória, os usos do passado, a interpretação e a curadoria, noções estas que transitam pelo o que na atualidade entendemos por patrimônio cultural. A noção de patrimônio cultural tornou-se elástica e conflitante e está presente nas reflexões ligadas aos dois campos aqui problematizados, perpassando por reflexões teóricas e análises de exemplos práticos, experiências colaborativas, refletindo a multiplicidade de seus usos na atualidade. Tudo pode vir a ser investido de sentidos patrimoniais. O que é próprio de uma noção que chega ao ponto de se tornar uma palavra de época, conforme indica Hartog (2017, p. 46), gerando tanto consenso que podemos observar seu emprego em sentidos diversos e por vezes conflitantes.

A elasticidade do conceito abriu novas possibilidades, como a incursão dos “outros” patrimônios e com eles os “outros sujeitos”, até então colocados à margem do panteão daquilo tido como digno de ser rememorado e preservado. No Brasil, essa ampliação se fez sentir a partir da década de 1980, conforme a definição de patrimônio instituída pelo famoso artigo 216 da Constituição Federal, permitindo a inclusão dos bens de natureza material e imaterial referentes à “identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira” (BRASIL, 1988). Contudo, conforme apontam Bauer e Borges (2018), “apenas recentemente o conceito foi de fato ampliado por meio de políticas públicas e projetos voltados à diversidade de expressões culturais e ainda carece enormemente de ações propositivas que contemplem efetivamente a multiplicidade de identidades e manifestações. Ainda que a perspectiva já tenha sido ampliada para além da pedra e cal, não é difícil inferir que, na prática, o espectro da disputa e do conflito sobre memórias e suas representações segue ativo”.

Nesse processo, é possível identificar o que pode ser lido como patrimônio dissonante, bens carregados de embates éticos, oscilando entre tentativas de preservação e a condenação ao esquecimento¹. Tais embates permitiram, por exemplo, que instituições e acervos anteriormente relegados ao esquecimento, por sua ligação com grupos sociais incômodos, como os ditos loucos, merecessem novos olhares que os configuraram como produtos culturais de seu tempo². Segmentos sociais historicamente apartados da memória pública,

¹ O termo “patrimônio dissonante” tenta delinear as especificidades de um patrimônio marcado por contradições, pensando “suas repercussões, visto que a dissonância se refere à discordância ou à falta de acordo e consistência quanto ao seu significado” (ASHWORTH; GRAHAM; TUNBRIDGE, 2007, p. 36).

² Como exemplo, pode-se citar o tombamento pelo Iphan do núcleo histórico da Colônia Juliano Moreira, que engloba um aqueduto do século XVIII, a antiga sede da Fazenda do Engenho Novo e a Igreja Nossa Senhora dos Remédios, edificadas no século XIX, bem como sete pavilhões hospitalares da década de 1920 construídos para abrigar os internados transferidos das colônias da Ilha do Governador. Cito ainda, na mesma linha, o tombamento do prédio centenário do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, juntamente com seu entorno, em nível estadual em 1990 e em nível municipal em 1993, obtendo suas áreas frontal e lateral sudeste a sua instituição como praça pelo Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano Ambiental, em 2002.

vislumbrados por meios de uma história colonizada que quando não os ignorava os apreendia somente pelo viés do estranhamento.

As reflexões provocadas pela permeabilidade entre a história do tempo presente e a história pública tem me feito pensar a respeito dessa questão. E aqui gostaria de trazer um exemplo, motivado pelo incômodo provocado por uma matéria da *BBC Brasil* logo após a tragédia no Museu Nacional e por uma visita recente a um Museu no Rio de Janeiro. “Em 2017, mais brasileiros foram ao Louvre, em Paris, do que ao Museu Nacional”, indica uma matéria publicada dias depois da tragédia pela *BBC Brasil*, em tom de crítica¹. A importância do patrimônio se mede apenas pelo número de visitantes? Como medir a importância conferida a determinada instituição pela comunidade que a cerca, ainda que ela não represente um indicativo expressivo no livro de registro de presenças?

Certamente mais brasileiros foram ao Louvre, em Paris, do que ao Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Provavelmente mais cariocas visitaram o Louvre do que o Museu Bispo e possivelmente alguns dos leitores deste texto nunca ouviram falar desse Museu ou mesmo de Arthur Bispo do Rosário. Bispo morreu em julho de 1989, na Colônia Juliano Moreira, antigo manicômio carioca, depois de cerca de 50 anos entre idas e vindas marcadas por fugas e internamento compulsório. Do seu atestado de óbito, consta a seguinte observação: “Deixa bens: ignorado”. Em 1992, 13 anos depois, um novo discurso afirma que não só Bispo deixou bens, mas que estes, 805 objetos, eram “manifestações de um artista genial” e, portanto, patrimônio cultural da cidade do Rio de Janeiro. E em 19 de setembro de 2018 o Conselho Consultivo do Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), decidiu, por unanimidade, tornar o Acervo Arthur Bispo do Rosário Patrimônio Cultural do Brasil². Os bens, antes ignorados, tornaram-se patrimônio cultural brasileiro. Para Bispo não era arte, tampouco patrimônio, era sua obrigação: recriar o universo através de miniaturas à espera do Juízo Final, o que lhe conferiu o diagnóstico de esquizofrenia e um longo internamento.

Conforme colocado, as obras de Bispo pertencem a um Museu, o Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea que fica dentro daquele que já foi um dos maiores hospitais psiquiátricos do país, a Colônia Juliano Moreira. Localizado no bairro da Taquara, em Jacarépagua, área periférica da cidade do Rio de Janeiro, cerca de 1h de carro do centro da cidade. Uma região marcada por histórias de exclusão e marginalização. Além do hospital psiquiátrico, bem próximo dali está localizado o antigo leprosário, o Hospital Curopaiti. Por estas razões o Museu se coloca como um espaço de resistência e reinvenção. Longe das universidades e dos projetos de extensão, longe do centro histórico e das belas praias. A quem serve esse museu?

O Museu teve várias mudanças de nome que mostram o espaço como “parte integrante das forças sociais que, a partir de certos ângulos, reivindicam determinados usos do passado” (RAMOS, 2011, p. 379). O Museu foi criado em 1952 com o nome de Museu Egas Muniz, homenageando o médico que inventou a lobotomia, método brutal de silenciar os pacientes, que muitas vezes os tornava vegetais. Em 1982 ele passa a se chamar Museu Nise da Silveira, a psiquiatra que percebeu que, por trás da loucura havia um conteúdo a ser revelado, as famosas imagens do inconsciente, mas que nunca trabalhou na Colônia, tampouco teve contato com Bispo. Finalmente, Museu Bispo do Rosário, em 2000 e a partir de 2002, Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea. As mudanças mostram não apenas reivindicações ligadas aos outros patrimônios, mas também a trajetória da própria reforma psiquiátrica, questões estas abordadas no livro que mencionei no início deste texto (BORGES, 2019).

¹ <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45402234>. Acesso em 28/09/2018.

² <http://portal.iphan.gov.br/noticias/detalhes/4835/acervo-bispo-do-rosario-agora-e-patrimonio-cultural-do-brasil>. Acesso em 20/09/2018.

Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea¹, único do gênero no Brasil a funcionar em um hospital psiquiátrico, informação exibida com orgulho no site da instituição. Pesquisei na Colônia e no Museu durante meu doutorado, o núcleo histórico que visitei algumas vezes há cerca de 10 anos, o qual tive a oportunidade de retornar em 2018, sofreu muito com a ação do tempo e nenhuma tentativa de restauração. O lugar se assemelha a uma cidade fantasma que agoniza esquecida em Jacarépagua. O espaço serve como locação para filmes e novelas, enquanto seu patrimônio se deteriora. O crescente interesse público pelo passado e pelo patrimônio parece ter pouca reverberação por lá. Os esquecidos e desfigurados arcos da Colônia, o que restou do “Aqueduto dos Psicopatas”, são o avesso dos arcos da Lapa. Heranças coloniais tombadas cujos sentidos patrimoniais destoam. Enquanto um é cartão postal, o outro é descaso, esquecimento.

Na visita que realizei em 2018, percebi uma série de transformações que certamente acompanham a importância conferida a obra hoje patrimônio nacional. Já na entrada, abaixo da velha inscrição em latim: 'Praxis Omnia Vincit' (A Prática Tudo Vence) o nome do Museu Bispo, com dois andares, muitas vitrines, lojinha, bistrô. Na atualidade o Museu busca transformar o local do qual é parte, procurando se relacionar com seu entorno, tentando promover a conexão entre a zona oeste e o resto da cidade. Os projetos propostos envolvem as escolas municipais da região, circuitos pela instituição e residências artísticas. A partir do trabalho de Bispo e de seu contexto de criação, a instituição promove o debate para as questões atuais referentes à psiquiatria e à arte contemporânea. A Escola Livre de Artes (ELA), por exemplo, funciona na sede do Museu e procura desenvolver ações educativas com variados participantes: usuários e não-usuários do sistema de saúde mental, artistas, comunidade, estudantes, professores, pesquisadores, profissionais da saúde, entre outros².

Conforme enunciado, a obra de Bispo é protegida desde a década de 1990 pelo INEPAC, e em 2018 a coleção tornou-se patrimônio artístico e cultural brasileiro. O acervo do Museu conta também com peças produzidas por pacientes que passaram pelos ateliês de arte-terapia do Hospital, entre os anos de 1950 e 1980, além de outras obras produzidas a partir da década de 1990. Em 2019 o Museu lançou uma campanha virtual para arrecadar fundos para a restauração da obra Grande Veleiro, uma das peças mais significativas de Bispo. Na ação, realizada via Programa Matchfunding BNDES+, a cada 1 real doado por qualquer pessoa, o BNDES investiu mais 2 reais, somando um total de R\$ 158.627,00 em arrecadações, permitindo a restauração da obra³.

A preocupação atual do Museu não é, portanto, apenas Bispo e seu acervo, mas a Colônia, seus atuais moradores e seus espaços. A Colônia Juliano Moreira, atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, conhecida simplesmente como Colônia, foi criada na década de 1920, em um antigo engenho de açúcar, e era tida como a mais perfeita e apropriada do gênero. A instituição tinha como missão recuperar seus internados por intermédio de atividades laborativas, devolvendo sujeitos produtivos ao meio social. Na prática, o tratamento consistia em manter os internados ocupados sem levar em conta suas origens nem inclinações pessoais, além de outros aspectos subjetivos. Logo, apesar de pregarem a reabilitação e a reintegração social dos internos, as colônias desse tipo, em grande parte dos casos, foram criadas em lugares de difícil acesso, escondendo os incômodos doentes mentais dos olhos da sociedade dita normal, reforçando, dessa forma, ainda mais a segregação⁴.

¹ <http://museubispodorosario.com/>. Acesso em 23/03/2020.

² <http://museubispodorosario.com/polo-experimental/>. Acessado em 23/03/2020.

³ <http://museubispodorosario.com/2020/02/19/restauracao-do-grande-veleiro/>. Acessado em 23/03/2020.

⁴ No Brasil, a efetiva criação das primeiras colônias agrícolas ocorreu a partir de 1890. Nesse ano, o professor Teixeira Brandão foi nomeado diretor-geral da Assistência Médico-Legal dos Alienados. Esta englobava o Hospício Nacional de Alienados e as recém-criadas colônias de alienados de Conde Mesquita e São Bento. Unificadas pelo nome de Colônias da Ilha do Governador e localizadas no Rio de Janeiro, foram as pioneiras não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina.

A partir da década de 1980, com os ventos da Reforma Psiquiátrica e as tentativas de humanização dos hospitais psiquiátricos brasileiros, Bispo tornou-se conhecido e com ele alguns outros artistas da Juliana Moreira, como Stela do Patrocínio e Raimundo Camilo. Na década de 1990, seguido do tombamento estadual das obras de Bispo, ocorreu o tombamento pelo Iphan do núcleo histórico da Colônia, que engloba um aqueduto do século XVIII, a antiga sede da Fazenda do Engenho Novo e a Igreja Nossa Senhora dos Remédios, edificadas no século XIX, bem como sete pavilhões hospitalares da década de 1920 construídos para abrigar os internados. Atualmente um circuito promovido pelo Museu estimula a visitação do núcleo histórico e dos ateliers de arte dos pacientes. É possível visitar o Centro Histórico da Colônia Juliana Moreira, o Polo Experimental¹ e as Celas de Arthur Bispo do Rosário.

O tombamento do acervo Arthur Bispo do Rosário pelo IPHAN marca a consagração de Bispo como artista nacional. O anúncio no Portal do Iphan enuncia “uma vida repleta de mistérios” e a não intencionalidade artística de suas obras, “produzidas sem o propósito de serem consideradas culturais”, as quais teriam instigado “debates sobre os limites entre a arte e a loucura”². A história do patrimônio é a “história da maneira como uma sociedade constrói seu patrimônio” (POULOT, 2006, p. 12), tornar as obras de Bispo patrimônio brasileiro é certamente reflexo de uma possibilidade de renovação através de políticas públicas voltadas à diversidade de expressões culturais, mas é também algo muito maior que isso.

Nessa visita recente fui recebida por Ivanildo, um dos usuários moradores da Colônia. Ele fez a monitoria, falou sobre Bispo e sua obra com muita segurança e desenvoltura, leu os textos da exposição, chamou minha atenção para as visitas das escolas e ressaltou principalmente as obras de outros internos que como ele, também frequentam o museu, também são arte. Ao fazer o circuito passei pelos prédios tombados e fantasmagoricamente abandonados, mas também pelos ateliers e oficinas e lá é possível perceber que Bispo irradiou reinvenções, evidenciando a arte como uma possibilidade de resistência ao confinamento. Releituras das obras de Bispo bordadas ou delicadamente registradas por meio de mosaicos coloridos por homens e mulheres, atuais moradores do lugar. Lá não é possível encontrar o rendê e o ponto cruz, mas o ponto Bispo perpassando diferentes criações. Observamos a recriação de peças de Bispo, como o “jogo da velha”, além de mosaicos, colagens, camisetas, bordados, uma miríade de possibilidades que têm estimulado o artesanato local e que é motivo de orgulho para vários outros usuários que cruzaram meu caminho durante a visita.

O circuito às antigas edificações foi marcado pelo entrelaçamento entre a função original do espaço, os sentidos históricos e patrimoniais a eles atribuídos e seus usos no presente. Uma valoração patrimonial que pode contribuir para sua desestigmatização, para que sobre esses sujeitos se pense e se discuta, ajudando a diminuir os muros visíveis e invisíveis que muitas vezes ainda separam os de “dentro” e os “fora” (BORGES, 2018a). Essa visita me fez pensar sobre a dimensão pública do trabalho realizado pelo Museu, sobre as formas pelas quais estes sujeitos se relacionam com seu passado, mas também com seu presente. A proposta do museu atua como vetor para o empoderamento destes sujeitos por meio do reconhecimento do patrimônio cultural a eles associado (GONÇALVES). Um trabalho que atualiza constantemente a importância de Bispo, instituindo o presente de um passado incorporado, tecendo a contemporaneidade do não contemporâneo (DOSSE, 2012) Caminharíamos assim para ações de patrimonialização que objetivam menos “preservar para transmitir do

¹ “O Polo Experimental de Convivência Educação e Cultura é um Centro de Convivência vinculado ao Museu, onde são realizadas atividades da Escola Livre de Artes. Direcionado à comunidade local, usuários da rede de saúde mental, moradores, idosos ou jovens, visa desenvolver ações que estimulem a integração psicossocial, o cuidado em saúde mental, a prática artística e educativa através de atividades, cursos livres e oficinas de geração de renda”. <http://museubisporosario.com/polo-experimental/>. Acessado em 24/03/2020.

² <http://portal.iphan.gov.br/noticias/detalhes/4835/acervo-bispo-do-rosario-agora-e-patrimonio-cultural-do-brasil>. Acessado em 20/09/2018.

que para tornar mais habitável o presente e preservá-lo por ele mesmo: primeiro para seu próprio uso” (HARTOG, 2017, p. 43-44).

Conclusões

Pensar a dimensão pública do conhecimento histórico instiga os historiadores e historiadoras a pensarem a respeito de seu próprio tempo, sobre a prática historiadora e suas as implicações na sociedade. Questões infinitamente importantes frente a realidade que estamos vivendo. Não estamos só tratando de novos patrimônios, mas também de novas sociedades: mais descentralizadas, mais permeáveis, “mais dotadas de especialistas e profissionais especializados”, e principalmente sociedades com maiores reivindicações de participação, sociedades mais heterogêneas” (PEIXOTO, 2009, p. 4). Os novos sentidos inscritos na noção de patrimônio cultural agregam ferramentas fundamentais para a construção da cidadania. Bispo, o Museu e a Colônia colocam questões desestabilizadoras, frente a um tempo dominado pelo excesso de memórias. O trabalho realizado pelo Museu contribui para que o patrimônio não sirva como instrumento de perpetuação de processos desumanização, de colonização, de exploração e apagamento das diferenças, de apagamento dos desvios e dos desviantes.

Referências bibliográficas

- ASHWORTH, G. J.; GRAHAM, B.; TUNBRIDGE, J. E. — *Pluralising pasts: heritage, identity and place in multicultural societies*. London: Pluto Press, 2007.
- DOSSE, François — História do Tempo Presente e Historiografia. *Tempo & Argumento*. Florianópolis, 4:1 (2012) 22
<http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180304012012005/204>.
- HARTOG, François — *Crer em história*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- BORGES, Viviane Trindade — Como a História Pública pode contribuir para a preservação dos patrimônios difíceis? In MAUAD, Ana; SANTHIAGO, Ricardo; BORGES, Viviane — *Que história pública queremos?* São Paulo: Letra e Voz, 2018.
- BORGES, Viviane; BAUER, Leticia — Outras memórias, outros patrimônios: desafios do fazer com e para os sujeitos envolvidos. In BORGES, Viviane. BAUER, Leticia (ogs.) — *História Oral e Patrimônio: Reflexões e Desafios*. São Paulo: Letra e Voz, 2018.
- BORGES, Viviane — *A invenção de Arthur Bispo do Rosário: Loucura, Arte e Patrimônio Cultural*. São Paulo: Letra e Voz, 2019.
- GONÇALVES, Janice — Da educação do público à participação cidadã: sobre ações educativas e patrimônio cultural. *Museion*. 19 (2014) 83-97.
- PEIXOTO, Paulo — Patrimônio e sociedade. Comunicação apresentada na conferência. O Patrimônio como Oportunidade e Designio: Ciência, Sociedade e Cultura, integrada no Dia Internacional dos Monumentos e Sítios: O Patrimônio e a Ciência!, 18 de Abril de 2009, Auditório da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Mantém-se aqui o tom coloquial da apresentação oral.
- POULOT, Dominique — *Uma história do patrimônio no Ocidente*. São Paulo: Estação Liberdade, 2009.
- RAMOS, Francisco Régis — Objetos do Caldeirão: museu, memória e cultura material (1936-1997). *Est. Hist.* 24:48 (2011) 366-384.

120 ANOS DA PROMULGAÇÃO DA LEI DE 17 DE AGOSTO DE 1899: UM MARCO INCONTESTÁVEL NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE EM PORTUGAL

Inês Pinto da Cruz

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra

Investigadora

Email:inespcruz77@gmail.com

Resumo

Este texto pretende assinalar os 120 anos da promulgação da Lei de 17 de Agosto de 1899, a qual instituiu os serviços médico-legais em Portugal, marcando de forma inequívoca a história da psiquiatria forense no nosso país. Neste contexto, far-se-á uma análise comparativa aos casos do Alferes Marinho da Cruz (1888) e de Josefa Greno (1901). O primeiro foi condenado a uma pena de degredo por assassinato contra o parecer de três médicos alienistas que o examinaram, enquanto que a segunda foi considerada irresponsável pelo crime de mariticídio em virtude de alienação mental. Os 13 anos que separam estes dois casos representam uma mudança bastante significativa no entendimento sobre o destino a dar aos alienados criminosos, traduzindo-se em diferentes aplicações da pena, fruto da legislação entretanto promulgada.

Palavras-chave: Lei de 17 de Agosto de 1899; psiquiatria forense; Marinho da Cruz; Josefa Greno; serviços médico-legais

Abstract

This paper is intended to mark the 120th anniversary of the proclamation of the Law enacted on 17th August 1899, which instituted medico-legal services in Portugal, leaving a significant mark on the history of Portuguese forensic psychiatry. In this context, a comparative analysis of the cases of Alferes Marinho da Cruz (1888) and Josefa Greno (1901) took place. The former was sentenced to exile for murder against the opinion of three alienists who examined him, while the latter was found irresponsible for the crime of mariticide due to mental illness. The 13 years that separate these two cases represent a very significant change in the measures to be taken as to the destiny of insane criminals, which resulted in different sentences as a consequence of the legislation enacted in the meantime.

Introdução

Alguns dos momentos-chave da história da Psiquiatria Forense portuguesa ocorreram na última década do século XIX, através da organização dos serviços psiquiátricos, sob a forma de legislação avulsa, a saber: a Lei de 4 de julho de 1889 («Lei Sena»¹), primeira lei orgânica referente aos alienados²; a Lei de 3 de abril de 1896³, («Lei dos Alienados Delinquentes»⁴); a Lei de 17 de agosto de 1899⁵, que instituiu os Serviços Médico-Legais, acompanhada do

¹ Cf. PEREIRA, Ana Leonor, “A Institucionalização da Loucura em Portugal”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº 21 (novembro 1986), p.92.

² Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1889*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890, p. 318 e 319.

³ A Lei de 3 de Abril de 1896 apresenta pequenas alterações face ao Decreto Dictatorial nº5, de 10 de janeiro de 1895 (publicado no Diário do Governo, nº 10, de 12de Janeiro de 1895). Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1896*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897, p. 139-141.

⁴ Cf. AUGUSTO, António Ferreira, *Legislação Penal mais importante e que não está codificada*. Coimbra: Livraria Académica, 1905, p.252.

⁵ Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 327-328.

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. No âmbito da comemoração dos 120 anos da Lei de 17 de Agosto de 1899, esta comunicação pretende dar ênfase às mudanças operadas por tal diploma legal quanto ao destino dos alienados criminosos.

Discussão

A Lei de 17 de agosto de 1899 marcou de forma inequívoca a história da medicina forense no nosso país, ao dividir o território de Portugal continental em três circunscrições médico-legais, sendo que junto da Faculdade de Medicina (em Coimbra) e de cada uma das Escolas Médico-Cirúrgicas, se criariam Morgues, destinadas tanto às atividades médico-forenses, como ao ensino prático da Medicina Legal.³

A mesma lei estabelecia a constituição de três Conselhos Médico-Legais, que funcionariam na sede das circunscrições de Lisboa, Porto e Coimbra. Os Conselhos eram integrados pelos professores de Medicina Legal e de Anatomia Patológica, devendo juntar-se a estes um médico alienista e um químico analista. Outras valências passaram a interagir, em função da necessidade, pelo que os professores de Patologia Geral, Obstetrícia, Toxicologia, Química Orgânica e Química Inorgânica seriam chamados, na eventualidade de o caso presente ao Conselho Médico-Legal requerer a sua competência especial.⁴

Neste contexto, é importante mencionar igualmente o decreto de 16 de novembro de 1899, que veio regular os serviços médico-forenses, estabelecidos pela referida Lei de 17 de agosto, pois este continha as diretrizes dos procedimentos a tomar pelos peritos.⁵

No que dizia respeito à Psiquiatria Forense, sempre que houvesse necessidade de se proceder a um exame mental, requerido pelo Ministério Público, e em casos de maior complexidade, este seria realizado nas comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra, pelo respetivo 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.⁶

Nos outros casos, sempre que fosse necessária a realização de um exame 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.⁷

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. Tal acontecia

¹ Cf. *Ibidem*, p. 711-717.

² Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1900*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 16-26.

³ Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 327-328.

⁴ Cf. artigos 3º e 4º §1º e 2º da Lei de 17 de agosto de 1899. In *ibidem*, p. 327.

⁵ Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 711-717.

⁶ Cf. artigos 35º, 37º e 38º do decreto de 16 de novembro de 1899. In *ibidem*, p. 713.

⁷ Cf. “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. In *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1900*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901, p. 16-26.

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).¹

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.² 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.

A Lei que instituiu os Serviços Médico-legais, bem como o Regulamento e o Questionário que regimentavam a ação da Medicina Legal em todas as comarcas do país, parecem, antes de mais, ter permitido a ocupação de um lugar de destaque por parte da Medicina Mental na administração da justiça. Através do estudo antropométrico, biológico e social dos autores dos delitos, passou a fazer-se a devida pesquisa biográfica do sujeito criminoso, bem como o inventário das suas faculdades mentais, com o objetivo de se verificar se ele seria suscetível de imputação. Percebe-se, pois, a importância da Medicina, particularmente da Medicina Psiquiátrica, na instalação e interferência do modelo médico em práticas de ordenação social, norteadas por critérios científicos.

A incontornável importância da organização dos serviços médico-legais passa, sobretudo, pelo facto de terem emergido de um ponto de confluência entre o Direito Penal e a Psiquiatria, operando como um quadro regulador das relações entre médicos e magistrados. Nesta perspetiva, Júlio de Matos afirmava: “os conflitos entre psychiatras e magistrados, que foram moeda corrente nos tribunales portugueses (...) cessaram definitivamente para nós, mercê desta lei, que a cada um colloca no seu lugar, marcando as respectivas esferas de competencia e mantendo-os independentes”³.

No contexto dos 120 anos da Lei de 17 de agosto de 1899, esta comunicação procura dar relevo ao contraste processual dos casos Marinho da Cruz e Josefa Greno, na medida em que a promulgação do referido diploma legal no decorrer do intervalo dos 13 anos que separa as duas ocorrências fez toda a diferença no desfecho das mesmas.

Começando pelo caso do Alferes Marinho da Cruz, na manhã do dia 22 de abril de 1886, este assassinou a tiros de revólver, no largo do Mitelo, em Lisboa, o seu subordinado António Pereira. Após o crime, o homicida seguiu para o campo de Santana, onde acabou por ser preso, sem, contudo, oferecer resistência.⁴

¹ Cf. artigos 104º, e 105º do decreto de 16 de novembro de 1899. In *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 716.

² Por vezes, em determinadas circunstâncias, os examinados podiam ser observados nos Hospitais da Universidade de Coimbra, nomeadamente em situações em que se encontravam internados, sob prisão. Cf. DCINML (Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal) - *Registo de Exames Mentais 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.

³ MATOS, Júlio de, *Os Alienados nos Tribunaes*. Vol. II. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1903, p. 5.

⁴ PINTO, Silva, “O Caso Marinho da Cruz – carta ao Príncipe Regente”. *A Queimar Cartuchos*. Lisboa: Livraria de António Maria Pereira Editor, 1896, p. 21.

De acordo com os apontamentos de Tomás Ribeiro, advogado de defesa de Marinho da Cruz, após uma noite de insónia, o Alferes é interrogado na manhã seguinte, confessando o crime e afirmando tê-lo praticado sob a influência de uma inexplicável perversão das faculdades. Relata ainda ter sido injuriado pela vítima do seu ato por diferentes vezes e declara não se recordar do crime, mas apenas do insulto que a vítima lhe dirigira, repetindo-a diante do juiz.¹

Suspeitando-se de um episódio de alienação mental, e de acordo com o artigo 1182º da Novíssima Reforma Judiciária², que regulava, à época, os incidentes de alienação mental, realizou –se o exame das faculdades mentais de Marinho da Cruz. Os médicos destacados declararam necessitar de observar o réu durante dois meses no hospital militar da Estrela.³

Os peritos que observaram Marinho da Cruz pronunciaram-se pela sua insanidade, classificando-o como um «degenerado hereditário», padecente de «epilepsia larvada»⁴. Contudo, segundo Tomás Ribeiro, os peritos não conseguiram responder com clareza a dois dos quesitos formulados:

— o 2.º, que interrogava os médicos se consideravam que, no momento do crime, Marinho da Cruz estaria «inteiramente privado da consciência do bem ou mal que praticava»⁵, sendo a resposta: «Não há dados para assegurar duma maneira positiva que no momento de praticar o homicídio, o arguido estava inteiramente privado da consciência do bem ou do mal que praticava; há todavia dados certos para afirmar: 1.º que este indivíduo padece de epilepsia larvada; 2.º que é nesta forma de epilepsia que mais vezes se manifestam alterações mentais; 3.º que o arguido é alcoólico; 4.º que os hábitos alcoólicos são frequentes na epilepsia; 5.º que o alcoolismo desperta e agrava as manifestações mentais da epilepsia; 6.º que esta doença pode produzir impulsões fatais e irresistíveis; 7.º que fora do delírio epilético, o qual implica a irresponsabilidade absoluta dos atos praticados, os epiléticos apresentam moralmente um modo de ser especial e, na maior parte dos casos, uma ponderação e resistência moral enfraquecidas; 8.º que o degenerado hereditário é um ser antropologicamente inferior»⁶;

— o 10.º quesito, o qual solicitava aos peritos que se pronunciassem sobre «o grau de imputação que deve atribuir -se ao indivíduo afetado dessa mesma moléstia no período de menos intensidade dela [os peritos haviam reconhecido em resposta ao 6.º quesito que períodos de menor intensidade se sucediam a outros de maior intensidade ou agudos]»⁷, questionando ainda se tal estado transitório de menor intensidade não o responsabilizaria pelos atos que praticar. «A resposta foi breve e pouco conclusiva»⁸: «Conforme há ou não alterações nas suas faculdades mentais.»⁹

Procurando superar esta lacuna, a defesa apresentou o parecer de célebres alienistas portugueses da época, como António Maria de Sena e Júlio de Matos, onde pode ler-se que Marinho da Cruz é um «degenerado hereditário, da categoria dos epiléticos larvados, em quem ataques incompletos e crises impulsivas substituem os acessos francamente convulsivos ou eclâmpticos, de que são os equivalentes mentais»¹⁰. Os alienistas acrescentam que «o crime de que é arguido foi praticado sob influência de uma dessas crises e representa

¹ RIBEIRO, Tomás *apud* QUINTAIS, Luís, *Mestres da Verdade Invisível no Arquivo da Psiquiatria Forense Portuguesa*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2012, p. 96

² «Se durante a discussão da causa o réu se mostrar com os sentidos alienados, ou perdidos, o juiz mandará proceder a exame por dois facultativos; e constando dele ser verdadeira a enfermidade, suspenderá a discussão até que o réu possa responder; verificando -se porém ser fingido o acidente, progredirá na causa sem audiência do réu» (Novíssima Reforma Judiciária, 1841, p. 279).

³ Cf. QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 97-99.

⁴ RIBEIRO *apud* QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 99.

⁵ RIBEIRO *apud* QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 99.

⁶ RIBEIRO *apud* QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 99.

⁷ *Idem, ibidem*.

⁸ QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 99.

⁹ RIBEIRO *apud* QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 100

¹⁰ MLJ, 10 de fevereiro de 1888. In QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 101

o efeito de um impulso mórbido, irresistível e inconsciente, que o constitui absolutamente irresponsável[...]¹ E, finalmente, rematam: «Sendo um doente extremamente perigoso à ordem social e que, ao mesmo tempo, carece de um tratamento médico contínuo e ativo, deve ser entregue à autoridade competente, para que esta promova sem perda de tempo a sua admissão de ofício num hospital de alienados»².

O julgamento de Marinho da Cruz decorreu durante os meses de junho e julho de 1887, tendo este sido declarado como irresponsável do crime cometido em sede do 1.º Conselho de Guerra Permanente (tribunal militar). Contudo, após recurso interposto pelo promotor de justiça Morais Sarmiento ao Tribunal Superior de Guerra e Marinha, o Alferes foi novamente julgado em agosto de 1888, sendo aí responsabilizado pelo crime e condenado a pena de prisão celular por oito anos e degredo por 20 anos nos termos do código penal ordinário.³

A acusação do tribunal e a imprensa política de então não pouparam os médicos. Este caso foi mesmo objeto de consulta a conhecidos psiquiatras europeus, no sentido de reforçar as conclusões dos seus colegas portugueses, o que efetivamente aconteceu.⁴ Até mesmo Lombroso escreveu de Itália uma carta dirigida a Bernardo Lucas (1865-1950) e lida no tribunal pela defesa, onde o médico italiano concluía: “estou plenamente convencido de que Marinho da Cruz é um dos mais accentuados typos da epilepsia larvada, como o era Misdea”⁵⁶.

Ora, 13 anos depois da condenação de Marinho da Cruz, mais precisamente na madrugada de 26 de junho de 1901, a pintora Josefa Greno assassinou o marido, Adolfo Greno, a tiros de revólver. Verificando-se suspeitas de alienação mental, Josefa foi apresentada ao Conselho Médico-Legal da circunscrição de Lisboa, o qual solicitou que ela fosse internada no hospital de Rilhafoles, de modo a ser sujeita a criteriosa observação, o que aconteceu a 2 de julho desse ano de 1901, ou seja, sete dias após o crime.⁷

No relatório do Conselho Médico-Legal, datado de 4 de outubro de 1901 e em que figura Miguel Bombarda como relator, pode ler-se: «Não temos pois senão que [...] afirmar que Josefa Greno está doida e que o crime de que é acusada é fruto imediato da sua doença mental»⁸.

O caso Greno produziu grande polémica na sociedade portuguesa da altura, ao levantarem-se dúvidas acerca das conclusões dos peritos. Para fazer face a tal situação, Bombarda, publicou com Silva Amado e Diogo Valadares o parecer médico-legal, o qual foi acompanhado de dezasseis pareceres de alguns dos mais influentes alienistas da época, como Júlio de Matos, Lombroso, Magnan, Kraepelin, kraft-Ebing, entre outros.⁹

¹ *Ibidem*.

² *Ibidem*.

³ Cf. artigos 349.º e 351.º do Código Penal de 1886 (1886a, 1886b). A 5 de agosto de 1888, o *Democracia Portuguesa* noticiava a leitura da sentença nos seguintes termos: «Foi condenado o Marinho da Cruz, ontem pela meia-noite, a oito anos de prisão maior celular e vinte e tantos de degredo em possessão de 1.º classe» (p.1). O advogado de defesa, Tomás Ribeiro, recorreu da sentença, mas não foi possível dar outro desenlace ao caso de Marinho da Cruz. A 25 de agosto a decisão era confirmada, pelo que se novo recurso, sem efeito. A 30 de agosto de 1888, podia ler-se no *Democracia Portuguesa*: «O Tribunal Superior de Guerra e Marinha indeferiu o requerimento apresentado pelo defensor do réu, pedindo que lhe tomasse termo de recurso de revista, - e mandando que se execute a sentença» (p.1). Para um acesso direto ao acórdão do Tribunal Superior de Guerra e Marinha, consultar processo individual de Marinho da Cruz junto do Arquivo Geral do Exército (caixa 957, nº. 579).

⁴ Cf. MATOS, Júlio de, *A Loucura, estudos clínicos e médico-legaes*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 2ª Ed., 1913, p. 454-457.

⁵ Militar que em 1884 foi condenado à pena de morte em Itália por assassinato, não obstante os relatórios de Lombroso e de Bianchi.

⁶ LOMBROSO, C. *apud* MATOS, Júlio de, *ob. cit.*, p. 457.

⁷ Cf. QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 43.

⁸ Conselho Médico-Legal de Lisboa, 1902. QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 43.

⁹ Cf. QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 43-44.

Este conjunto de documentos foi ainda acompanhado do relatório da autópsia que o próprio Bombarda realizou a Josefa Greno, que falecera aos 54 anos de idade de doença de Bright às 21 horas do dia 27 de janeiro de 1902. Aí, o alienista revela que o cérebro de Josefa evidenciava lesões «grosseiras», «brutais», sendo «absolutamente incompatível com um espírito são».¹

A grande diferença entre o caso Marinho da Cruz e o caso Josefa Greno encontra-se precisamente no facto de o primeiro ter ocorrido antes da promulgação da Lei de 17 de agosto de 1899 e o segundo depois da mesma. Como refere Luís Quintais, foi nesta perspectiva que Miguel Bombarda fez referência ao artigo 30º do regulamento de novembro de 1899, onde se escreve que «[o]s exames feitos pelo conselho, assim como os pareceres emanados desta instância, não podem ser invalidados por quaisquer outros exames periciais»². Na qualidade de relator do parecer resultante do exame mental de Josefa Greno, o alienista escreve: «É que a lei e regulamentos consideram os conselhos médico-legais como sendo tribunais de segunda instância, onde têm de ser resolvidas as contestações entre peritos, e como não organizou nenhum tribunal superior a eles, deu-lhes uma palavra decisiva em questões forenses de medicina [...]»³. Neste sentido, a decisão tomada pelo Conselho Médico-Legal era então inamovível e tal facto foi aplicado no caso Greno.⁴

Conclusão

A Lei de 17 de Agosto de 1899 propiciou um horizonte de confiança na Ciência, particularmente na Ciência Médica. Parecia oferecer-se garantias de fiabilidade pericial, tendo sido o diploma legal que instituiu os serviços médico-legais em Portugal um instrumento usado pelo Estado, para assim ajuizar da competência especial de um médico. Os exemplos de Marinho dos Santos, condenado em 1888, e Josefa Greno, julgada em 1901, refletem precisamente a importância desta lei, uma vez que produziu desfechos completamente diferentes nos casos analisados.

Bibliografia

Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1889. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890.

Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1896. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897.

Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900.

Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1900. Lisboa: Imprensa Nacional, 1901.

MATOS, Júlio de — *Os Alienados nos Tribunaes*. Vol. II. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1903.

MATOS, Júlio de — *A Loucura - estudos clinicos e medico-legaes*. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 2ª Ed., 1913.

PINTO, Silva — *A Queimar Cartuchos*. Lisboa: Livraria de António Maria Pereira Editor, 1896.

QUINTAIS, Luís — *Mestres da Verdade Invisível no Arquivo da Psiquiatria Forense Portuguesa*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2012.

¹ Conselho Médico-Legal de Lisboa, 1902. QUINTAIS, *ob. cit.*, p. 44.

² Cf. *Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 713.

³ Conselho Médico-Legal de Lisboa, 1902, p. 16. QUINTAIS, *Ob. Cit.*, p. 167.

⁴ *Idem*, p. 166-167.

REHABILITACION LABORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. LA HISTORIA DE LAR

Miguel A. Miguelez Silva*; **Ana Rita dos Santos Rocha****;
Raimundo Mateos Alvarez****; **Tiburcio Angosto Saura*****

*Eoxi Vigo – Sergas; chtmad. **Vila Real; ***Hospital Vithas N^a S^a de Fátima,
Eoxi Santiago de Compostela – Sergas;
Universidad de Santiago de Compostela****
*Psiquiatra; **Médica Interna ano Comum; ***Psiquiatra; ***
Psiquiatra ****profesor programa de doctorado de neurociencia
y psicología clínica****
Emails:miguelang333@hotmail.com; anaritadossantosrocha@gmail.com;
raimundo.mateos@usc.es;tas@jet.es

Resumen

Dentro de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, como LAR en Villagarcía de Arosa, debemos considerar a la vez el empleo como un indicador y como un instrumento de recuperación del enfermo con Trastorno Mental Grave.

En el presente trabajo, indagaremos en lo que dice la bibliografía sobre el empleo para personas con enfermedad mental. A continuación estudiaremos los ejemplos más notables de empleo para personas con Trastorno Mental Grave en España, que a su vez inspiraron la trayectoria de LAR en esta materia (Andalucía principalmente).

Finalmente, contaremos la experiencia de LAR en materia de Rehabilitación Laboral a través de sus actividades formativas y del Centro Especial de Empleo que ya cuenta con 25 usuarios insertados laboralmente.

Abstract

Within the Psychosocial Rehabilitation Centers, such as LAR in Villagarcía de Arosa, we must consider both employment as an indicator and as an instrument for recovery of the patient with Serious Mental Disorder.

In the present paper, we will investigate what the literature says about employment for people with mental illness. Next we will study the most notable examples of employment for people with severe mental disorder in Spain, which in turn inspired the career of LAR in this area (mainly Andalucía).

Finally, we will tell the experience of LAR in the field of Employment programs through its training activities and the Special Employment Center that already has 25 users inserted in the workplace.

Introducción

La Fundación LAR nace en el año 1990 en Vilagarcía de Arousa, para ofrecer un recurso alternativo a los enfermos con Trastorno Mental Grave, que después de la reforma psiquiátrica debían abandonar las instituciones manicomiales, entre ellas el Hospital de Conxo en Santiago de Compostela. Estos pacientes volvían a casa sin cualquier plan rehabilitador que facilitase su retorno a la comunidad.

La Fundación LAR surge para ofrecer un punto de apoyo fundamental para que la readaptación del paciente a la comunidad transcurriese de la mejor forma posible.

La filosofía asistencial de LAR, replicando palabras textuales de Amelia Varela (directora de LAR) en la entrevista que nos dio el día 18 de abril del 2018: “en LAR desde el principio siempre se tuvo en cuenta la opinión de los pacientes. Al principio cuando están perdidos se les ayuda a hacer un proyecto de vida, pero siempre con sus objetivos de vida. Se trata de

empoderar al enfermo. Darles peso como seres humanos, y tratarlos como personas. De esa manera se empieza el camino de la recuperación del paciente.”

Dentro de esa recuperación, en el tránsito de la vida del paciente en la institución a la sociedad nuevamente, debemos considerar el inicio o reinicio de actividad laboral de estos enfermos como el objetivo más ambicioso dentro de un proceso de rehabilitación psicosocial. LAR a lo largo de su historia siempre destacó por las diversas iniciativas emprendidas para que sus usuarios alcanzasen el Mercado Laboral.

En el presente trabajo contaremos inicialmente lo que nos dice la literatura sobre la rehabilitación laboral dentro del Trastorno Mental Grave, visitaremos varias iniciativas en España dentro de la materia de la rehabilitación laboral, para finalmente contar las iniciativas y números de LAR en materia de Rehabilitación Laboral.

Justificación de la importancia de la rehabilitación laboral

Si nos remontamos a una de las primeras definiciones de Rehabilitación (1968), que creemos que fue fundamental para el inicio de la Rehabilitación en Estados Unidos, y se incluyó en la Conferencia de Investigación sobre la Rehabilitación y el Manejo de los Desórdenes Mentales de Nueva York^{1,2}, dice: “esa forma de terapia que se ocupa principalmente de ayudar al paciente a lograr un papel social óptimo (en la familia, en el trabajo, en la comunidad en general), dentro de su capacidad y sus potencialidades”. Este enfoque sería recomendable aplicarlo desde cualquier tipo de dispositivo de atención a enfermos dentro de la red de Salud Mental.

Como podemos comprobar, ya desde el principio, dentro de la definición de Rehabilitación psicosocial se propugna que el paciente alcance un papel social óptimo, que incluye recuperar una actividad laboral como uno de los objetivos a alcanzar.

Asumiendo que la reinserción laboral deba ser un objetivo claro, dentro de un proceso de rehabilitación psicosocial; sabemos que no se trata de una empresa sencilla ya que el desempleo y la marginación son las desventajas sociales más graves que afectan a los enfermos con Trastorno Mental Grave^{3,4}.

En Estados Unidos, se sabe que la tasa de desempleo en enfermos psiquiátricos es del 70%. También se sabe que de los pacientes que salen de alta de una Unidad de Psiquiatría, sólo un 20-30% son capaces de trabajar al año siguiente, y de esos, solamente un 10-15% van a ser capaces de mantener su trabajo.

Si buscamos datos en España, en los datos del Informe Olivenza del año 2017 (documento que analiza situación de personas con discapacidad en España, realizado por el Observatorio Estatal de la Discapacidad) , destacan las bajas tasas de actividad de las personas con discapacidad frente a las personas sin discapacidad. Estos datos empeoran en las mujeres para todas las variables.

A nivel numérico, la tasa de actividad de las personas con discapacidad es 44 puntos inferior que las personas sin discapacidad; siendo la tasa de paro 10 veces mayor y la de empleo cerca de 3 veces menor que en las personas sin discapacidad. Expresado de otra manera, cerca de un millón doscientas mil personas con discapacidad son inactivas y solamente una de cada cuatro personas con discapacidad tienen empleo.

Siguiendo con el Informe Olivenza del año 2017, vemos que dentro de las personas con discapacidad entre 16-64 años, según su relación con la actividad por nivel de formación el colectivo que mayor tasa de desempleo tiene es el de Trastorno Mental con 47,7 (datos de 2015, donde se analizan los pacientes con discapacidad física, sensorial, intelectual y trastorno mental).

Por último, analizando la tasa de actividad de las personas con discapacidad según comunidad autónoma, en España sabemos que Galicia es la comunidad con peor tasa de actividad con un 23,7, siendo la media de España de 33,9.

Todos estos datos provenientes del Informe de Olivenza del año 2017 nos dan la verdadera dimensión de la difícil situación en materia de actividad laboral de los discapacitados con enfermedad mental, y más concretamente de la situación más deficitaria que presenta Galicia dentro de España. Todo esto supondrá para LAR, si cabe, un reto mayor en su intento de recuperar sus enfermos a nivel laboral.

Para finalizar con los datos numéricos, en una entrevista a Francisco Mesonero, director general de Adecco del 2 de diciembre del 2018 en www.expansion.com, arranca con un titular muy significativo que dice: “La plena inclusión laboral de las personas con discapacidad no se producirá hasta 2249”. Se trata de un estudio empírico, una mera aproximación, pero que pretendía poner de relieve el aplicar políticas de aproximación de estos colectivos al mundo laboral de una forma más eficaz.

Definición de rehabilitación laboral y eficacia

Podríamos definir la rehabilitación laboral (Ciardello y Bell, 1988) como “un proceso específico, estructurado e individualizado dirigido a ayudar a preparar personas con enfermedades mentales crónicas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo laboral”. “Supone facilitar la adquisición, recuperación o potenciación de los hábitos, habilidades y conocimientos necesarios para posibilitar la integración laboral de dichas personas”³.

El paciente con enfermedad mental grave (Anthony, Cohen y Dailey, 1988)⁴ “puede aprender, mejorar su funcionamiento, tender a la normalización y aumentar su grado de autonomía e independencia” por lo que la integración sociolaboral plena debería ser un objetivo.

Idealmente, el proceso de rehabilitación laboral debe ser una estructura flexible, que encaje en las necesidades de cada usuario³.

Lehman en 1982, considera prioritario dentro de los programas de rehabilitación la reinserción laboral, porque correlaciona la obtención de un trabajo con una remuneración con unos altos niveles de satisfacción tanto subjetiva como objetiva³. El rol de enfermo⁴ es “incapacitante, estático y marginador”, en cambio el rol de trabajador “aumenta la autoestima, es dinámico y es integrador”.

Es importante que se diseñen programas específicos previos a la inserción del paciente en el mercado laboral, para tratar de conseguir un buen aprovechamiento de estos pacientes de los recursos que existan³.

Según Galilea y Colis (1995)⁴, las dificultades que sufren los pacientes a la hora de buscar la inserción laboral son de tres tipos:

—Las derivadas de la propia enfermedad (déficits cognitivos, peor formación académica y profesional, síntomas negativos que pueden condicionar un escaso interés laboral, no haber tenido trabajo previamente, experiencias laborales previas frustrantes, no presentar habilidades sociales en ambiente laboral, familia sobreprotectora o estresante y no conocimiento de mundo laboral). Va a afectar tanto la elección de trabajo, como la consecución del trabajo y finalmente la conservación de la actividad laboral (anthony 1984).

—Por el prejuicio social del enfermo mental. Muy relacionada con el estigma que acompaña al enfermo mental a nivel social, que va a dificultar la inserción laboral. Empresarios los tienden a ver como incapaces, problemáticos, violentos, poco productivos. A veces, el propio autoestigma por parte del enfermo y de la familia también supondrán una importante traba para la inserción laboral.

—Dificultades del propio mercado laboral (crisis económica, competitividad), incumplimiento del porcentaje para la contratación de minusválidos, que es del 2% y hay países que vigilan de forma más eficaz este tipo de regulaciones, incompatibilidad de pensiones y finalmente la casi inexistencia de iniciativas empresariales destinadas a los discapacitados con enfermedad mental.

Sabemos por la literatura científica sobre este tema (Orviz y González, 1994), que existen una serie de predictores sobre el éxito y el fracaso en la integración laboral de los enfermos con trastorno mental⁴.

Parece que NO predicen un posible éxito o fracaso laboral el diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica, la patobiografía, los resultados de test de inteligencia, aptitudes o personalidad, funcionamiento en otros ámbitos diferentes al laboral y la psicopatología presente.

En cambio, SI predicen el funcionamiento a nivel laboral el tener adecuadas habilidades de ajuste laboral (responsabilidad, fiabilidad, iniciativa), historia laboral previa, que el enfermo tenga expectativas e intereses ajustados al mundo del trabajo, resultados de tests que midan autoimagen y autoconcepto del paciente como trabajador activo, haber superado de forma positiva programas de búsqueda de trabajo, trabajos protegidos y habilidades ocupacionales, prestar apoyo profesional y estar motivado de cara a incorporarse laboralmente.

Finalmente, destacar que sabemos por la literatura disponible sobre inserción laboral de pacientes psiquiátricos, que con programas de rehabilitación laboral se consigue la reducción de hospitalizaciones psiquiátricas, la reducción de consumo de tóxicos y el lograr mantener una buena adherencia terapéutica⁵.

Fases proceso rehabilitacion laboral

Previo a la descripción del proceso de rehabilitación laboral de LAR, describiremos las fases que describe la literatura especializada en materia de rehabilitación laboral.

La primera fase sería la de EVALUACION^{3,4}. Esta fase es muy importante, y será clave para articular las fases de intervención y apoyo. A través de diversas técnicas como las entrevistas estructuradas, cuestionarios, observación in vivo, role-playing entre otras nos dará a conocer información fundamental para diseñar el proceso de rehabilitación laboral.

En esta fase de EVALUACION^{3,4} se estudiará la historia formativa y laboral del usuario, se evaluará la orientación vocacional (de especial importancia será conocer la motivación laboral real existente), se valorarán las habilidades en materia de búsqueda de empleo y finalmente las habilidades de ajuste laboral (hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en el ambiente laboral, que deberían evaluarse en el propio ambiente de trabajo o en un ambiente lo más parecido a éste⁶).

La siguiente es la de PLANIFICACION^{3,4} de la intervención, donde se diseñará un plan específico adaptado a las características del usuario. Establecerá los planes a corto, medio y largo plazo, tipos de intervenciones y técnicas necesarias para alcanzar los objetivos planteados. También será importante prever la forma de evaluar los objetivos. Finalmente, se estudiará que tipos de recursos comunitarios podrían utilizarse estudiando la fórmula de coordinación necesaria para su correcta implementación.

La fase final será la de INTERVENCION EN REHABILITACION LABORAL^{3,4}, que es un proceso que debe ser siempre individualizado. Se actuará en diferentes aspectos como la orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales de ajuste laboral, apoyo a la formación profesional, búsqueda de empleo y apoyo a la inserción laboral.

Experiencias en el campo de la rehabilitacion laboral en España

Lo primero que debemos tener en cuenta, cuando hablamos en materia de Rehabilitación Laboral en España, es que existen modelos muy heterogéneos según la comunidad estatal que estemos estudiando.

En Galicia, en concreto, la Rehabilitación Psicosocial¹ dentro del Decreto que regula la Salud mental en Galicia, que es del año 1994, va a hacer parte de los dispositivos complementarios. El origen de estos dispositivos es sociosanitario partiendo en el caso de Galicia de

Asociaciones de Familia. Posteriormente, estos dispositivos concertarán con la Xunta de Galicia sus servicios a los usuarios.

En concreto, el programa sociosanitario¹ se crea por el Decreto de la Consellería de Sanidade en febrero de 1996, reafirmado por decreto en el año 1998 que regulará el modelo de gestión de atención sociosanitaria.

Esta sería la situación de Galicia, pero cada comunidad tendrá su situación particular. La falta de presupuesto de Galicia frente a otras comunidades es evidente, y seguramente marca la diferencia de volumen en cuanto a resultados en materia de rehabilitación psicosocial y laboral con respecto a otras comunidades.

Estas diferencias dentro del territorio español ya son detectadas en un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, que dice⁷: “el desarrollo de recursos alternativos al hospital psiquiátrico dentro del tejido comunitario se está realizando con lentitud, con importantes diferencias entre comunidades autónomas y, en algunos casos sin responder a los criterios de planificación, y el insuficiente desarrollo comunitario, expresado por la poca participación real de los usuarios y usuarias (y sus organizaciones) y de nivel local (ayuntamientos)”.

Unidas a estas diferencias que observamos en España, otra dificultad añadida es que la rehabilitación laboral⁸ es una de las lagunas dentro de la rehabilitación psicosocial.

Actualmente, la rehabilitación laboral está regulada por la “Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) de 1982 y por otras normativas que regulan el empleo protegido.

El LISMI es la normativa que definirá las características de los Centros Especiales de Empleo, como será en el caso de LAR.

El empleo protegido⁸ a su vez, sería un paquete de medidas que van dirigidas a personas que están valoradas como minusválidas:

- Bonificación del 100% en la cuota de Seguridad Social
- Exención por la cotización por ese trabajador
- Subvenciones promoviendo contratación indefinida (entre 9000 a 12000 euros por contrato)
- Reducción de indemnización por despido
- Subvención del 5% del salario mínimo interprofesional
- Ayudas para que empresa cuente con “equipos de apoyo”

Sabemos que existe en España la obligación, en cualquier empresa con más de 50 empleados de reservar un 2% de puestos para trabajadores con minusvalía. Infelizmente, es por todos sabido que esta normativa no acaba de ser del todo respetada, y más si se compara con otros países cercanos.

En España, contamos con diferentes modelos para integrar a los discapacitados mentales en la red laboral⁸.

1.iniciativa privada, que sería el caso de lar. se incluirían asociaciones, fundaciones que promueven la empresa social o centros especiales de empleo. Contamos con varios ejemplos a lo largo de la geografía española, como el centro especial de empleo llamado servilar del que hablaremos más adelante, la fadega (empresa agrícola con fabricación industrial de productos lácteos), egarintza (servicios de lavandería entre otros) o intras (gestión de parque infantil o de adultos).

2.desde servicios publicos: en españa observamos diversos tipos de modelos, que serían:

—modelo de fundación pública: se coordinan diversos departamentos como salud, trabajo, empleo, educación, vivienda, educación y transportes. se busca mejorar formación y un empleo que se ajuste al enfermo. se ayuda a la creación de centros especiales de empleo. ejemplos serían faisem (andalucía) o fislem (castilla la mancha).

—modelo centro de rehabilitación laboral: ejemplo de madrid del que se hablará posteriormente.

—empleos con apoyo: una de las posibilidades pero sin mucho éxito por el momento. se trataría de apoyar al paciente una vez que ya está integrado.

Experiencias que influyeron en el modelo de rehabilitación laboral de lar

El modelo que más influenció LAR para elaborar su modelo de rehabilitación laboral fue FAISEM, en Andalucía. Amelia Varela Artusio, directora de LAR visitó varias veces Andalucía para conocer la metodología de **FAISEM** por su elevado prestigio y buen funcionamiento. Prueba de su éxito es que se replicó este modelo en Castilla La Mancha creándose **FISLEM**.

FAISEM^{9,10} fue creado en diciembre de 1993, evolucionando según necesidades y factores:

- 1.inicialmente para servir de punto de apoyo a cierre progresivo de hospitales psiquiátricos.
- 2.aparición progresiva de estructuras asociativas, primero liderado por familias, después por usuarios.
- 3.adaptación a diferentes estados económicos, desde la crisis hasta la bonanza.
- 4.persistencia de estigmas y discriminación en nuestra sociedad pese al trabajo realizado en ese sentido.

Las características principales de **FAISEM** son:

- 1.Responsabilidad pública
- 2.Financiación mayoritaria a través de comunidad andaluza
- 3.Objetivo principal de gestionar recursos de apoyo social para discapacitados por trastorno mental grave
- 4.Estructura multidisciplinar (profesionales, familiares, usuarios y otras entidades cuidadoras) debidamente coordinadas.

En números, la red de **FAISEM** cuenta con 1106 empleados. Entre sus actividades destacamos:

—programa residencial (casas hogar, vivienda supervisada, atención domiciliaria, residencias generales con 1935 plazas

—programa de empleo¹⁰: actividad de servicios de orientación y apoyo al empleo, con 2751 personas atendidas, de las que 1616 fueron contratadas en empresas sociales, centros especiales de empleo o mercado general (datos de 2017). para ellos cuentan con 7 empresas sociales, de los que un 51,06% de los contratados tienen trastorno mental grave. se dedican a actividades como la jardinería, limpieza, almacenamiento, distribución, aparcamiento, restauración, electrónica, etc.

—programa de soporte diurno (centro de día, actividad ocupacional, club y centros sociales).

—lucha contra estigma, programa para pacientes con necesidades especiales.

En definitiva, se puede considerar por muchas razones que **FAISEM** es un programa positivo⁹, y que demuestra que el empleo en los pacientes con Trastorno Mental Grave es posible en un país como España. Estas experiencias positivas sabemos que permitieron mejorar mucho las condiciones de vida de los pacientes. Aún así, pese a la dimensión de FAISEM, debemos resaltar que hay margen de mejora, a nivel de la coordinación de políticas, servicios sociales, servicios sanitarios entre otros.

Para LAR también fue muy importante la **experiencia de Madrid**, que vamos a dividir en dos apartados. Por un lado los **centros de Rehabilitación Laboral**, y por otro específicamente la experiencia de la **Fundación Manantial**.

Los **centros de Rehabilitación Laboral de Madrid**⁸, son recursos que se dedican específicamente al diseño de programas de rehabilitación dirigidos a la inserción de pacientes

con discapacidad mental. Se trata de trabajar con empresas ordinarias. Este tipo de recurso busca ayudar a pacientes con buen nivel de autonomía a recuperar capacidades laborales.

En Madrid cada Centro de Rehabilitación Laboral tiene 50 plazas, habiendo 18 en Madrid con una ratio de 22 plazas por cada 100.000 habitantes. Cuenta con un psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de apoyo a la integración laboral, tres maestros de talles, un auxiliar administrativo y un auxiliar de limpieza.

En relación a la **Fundación Manantial**¹¹, sabemos que es una entidad sin ánimo de lucro, creada en 1995 por asociaciones de familiares para ofrecer un abordaje integral a personas con enfermedad mental. Trata de conseguir una buena atención social, empleo, tutea y reinserción desde el ámbito penitenciario.

Desde la **Fundación Manantial** se actúa desde atención temprana, prevención, psicoterapia de apoyo, entre otras técnicas.

La **Fundación Manantial** tiene una capacidad para atender cerca de 3000 usuarios al año. Para ello gestiona 49 centros de la red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid: 5 residencias, 6 centros de rehabilitación psicosocial, 7 centros de rehabilitación laboral, 7 centros de día, 15 pisos protegidos y 9 equipos de apoyo social comunitario. En la Comunidad Valenciana también gestionan una residencia comunitaria y 2 viviendas supervisadas. Para atender a todos estos recursos cuenta con cerca de 600 trabajadores.

A nivel laboral, 300 personas trabajan en el **Centro Especial de Empleo Manantial INTEGRAL**, de los cuales 232 a través de los Centros de Rehabilitación Laboral y 44 mediante el **Programa INCORPORA**.

El Centro Especial de Empleo, “Manantial Integra” es creado en el año 2003 con las siguientes actividades:

- hostelería: cocina, catering, camareros
- servicios de limpieza
- servicios administrativos
- gestión documental
- laboratorio de acondicionamiento de medicamentos para la industria farmacéutica
- servicio de mantenimiento (operarios de mantenimiento, jardineros, conserje)

En la experiencia de la **Fundación Manantial**, para un correcto aprovechamiento de estos recursos es fundamental contar con Técnicos Expertos en Salud Mental, como eje fundamental para el acompañamiento terapéutico del trabajador y así posibilitar la estabilidad laboral.

Desde marzo del 2016, la **Fundación Manantial** es una de las 38 entidades que hace parte del programa **INCORPORA**. En este caso, la iniciativa pretende insertar laboralmente personas en riesgo de exclusión social en el sector ordinario de empleo. Se actuaría como intermediarios a través del programa **INCORPORA** entre las necesidades del tejido social y empresarial para garantizar el éxito. Cada entidad tiene sus objetivos acordados con la Fundación Bancaria La Caixa.

Por último, destacar dentro de la **Fundación Manantial** el **Centro de Formación para el Empleo**¹¹ que se define como “espacio donde favorecer la interacción entre personas con un mismo interés vocacional/profesional sin ser determinante las condiciones de Salud Mental/Emocional, donde lo que constituye la identidad de grupo sea el deseo de aprender”. Entre sus características está el ser:

- un espacio de inclusión
- un espacio de formación y capacitación profesional
- espacio terapéutico de recuperación emocional, personal y social
- espacio de sensibilización social

Por último, dentro de las experiencias españolas que también marcaron a LAR en relación a la rehabilitación laboral, mencionar la **Asociación ARAPDIS** fundada por Ramón Blasi Ras. Este psiquiatra, Ramón Blasi, llegó a ser invitado a Vilagarcía de Arousa a dar una formación sobre la experiencia de su fundación en el campo de la rehabilitación laboral.

La asociación **ARAPDIS** era un centro especial de empleo, que estaba ubicado en el barrio de Gracia en Barcelona, que había llegado a ocupar 200 trabajadores.

Cerró a principios del año 2018, por problemas de índole económico. Se trataba de una estructura con cerca de 200 trabajadores, y se ocupaban de varias actividades productivas como: lavandería industrial, restauración y catering, servicios generales como ensobrado de correspondencia o reparto de folletos.

ARAPDIS que nació hace 29 años, y en palabras de la presidenta de la fundación “se quiso dar un tratamiento integral a la enfermedad mental cumplimentando ello con dar empleo a las personas”.

Historia de lar en materia de rehabilitacion laboral

La Fundación LAR, como sabemos, abrió sus puertas como centro de rehabilitación psicosocial en el año 1990, empezando a trabajar de forma más proactiva y usando los modernos conceptos sobre rehabilitación psicosocial a partir del año 1991, coincidiendo con la llegada de Amelia Varela a LAR.

Se empezó a hablar en LAR de la necesidad de trabajar el aspecto laboral con los pacientes a partir del año 1998. Se trataba de pacientes que habían llegado al techo de sus posibilidades en materia de rehabilitación psicosocial, y que para lograr una perfecta integración en el medio solo faltaba rehabilitar el apartado laboral para permitir que obtuviesen un buen grado de autonomía real.

Después de visitar la experiencia de FAISEM en Andalucía con la rehabilitación laboral, gracias a los buenos resultados observados, es cuando desde LAR se deciden a intentar crear algún medio que permitiese la reintegración laboral de los pacientes cuyas condiciones psicopatológicas fuesen las ideales para ese fin.

La primera experiencia de LAR en materia de rehabilitación laboral va a ser el Bar **XESTEIRA** creado en el año 2000. Era un bar que contaba con 4 empleados, de los cuales 3 presentaban patología mental y 1 sin antecedentes psiquiátricos. Duró 3 años y medio. Para el mantenimiento del bar hizo falta la sobreimplicación del personal de LAR que ayudaban a los 4 empleados, para tratar de que subsistiese el máximo tiempo posible.

En el Bar **XESTEIRA** se realizaron muchas comidas para la industria farmacéutica, catering para eventos, y se publicitó al máximo para tratar de impulsar esta iniciativa. Según nos relata Amelia, el motivo del cierre del bar **XESTEIRA** fue económico. Es verdad que en verano con la afluencia de los turistas el bar cubría sobradamente los gastos, pero el resto del año; el estigma y la competencia del resto de negocios hicieron que se desplomase económicamente.

El estigma acompañó esta primera iniciativa de LAR. Amelia recuerda amargamente cuando la población de Vilagarcía le decía “yo para tomar un vino no me voy a un bar de locos”. Los propios familiares de los pacientes que atendían en el Bar **XESTEIRA** preferían ir a otros bares cercanos mientras esperaban para llevar a sus hijos a casa. Poco a poco la falta de afluencia de clientes salvo en verano, el propio horario limitado de apertura del bar (conforme la normativa vigente) y la competencia, acabaron por traducirse en la ruina económica del bar y se tuvo que cerrar para evitar consecuencias graves para la Fundación LAR.

Pese a que la iniciativa del bar **XESTEIRA** no estaba siendo positiva en el apartado económico, como negocio autosustentable, sí lo era para favorecer la estabilidad clínica global de los pacientes implicados. Poco después, surgió la posibilidad con la apertura del Hospital Comarcal del Salnés de externalizar la lavandería de este centro.

Es así como surge **LAVALAR** en el año 2000. Se realizó una potente inversión en maquinaria industrial de lavado, y formación a enfermos para que se pudiese emprender esta actividad que llegó a contar con una plantilla de 13 personas, de las cuales solamente 2 no tenían enfermedad mental. Fue una iniciativa exitosa durante 10 años, que se rompió por perder el contrato de externalización de la lavandería del Hospital Comarcal del Salnés en beneficio de otra empresa, por 2 céntimos por kilograma de ropa.

Con estas dos experiencias que acabamos de contar, Amelia Varela refiere que no se observó en ninguno de los pacientes implicados recaídas de su enfermedad mental de base, se mantuvo una excelente adherencia terapéutica, abstención de consumo de tóxicos y eran totalmente autónomos para la gestión de sus consultas de revisión médicas en sus respectivos centros de Salud de referencia.

En definitiva, Amelia Varela nos describe para los pacientes implicados en los proyectos laborales de LAR la total normalización de la vida de estos enfermos, pasando a disfrutar de viajes de vacaciones financiadas por el propio enfermo, compra de pisos, compra de coche o vivir en pareja.

Otro apartado interesante del que nos habló Amelia Varela en relación a estos pacientes, fue la reacción de las familias de estos enfermos implicados en estos proyectos. Amelia Varela recalca lo mucho que costó convencer a las familias de los enfermos a que accediesen a que empezasen a trabajar por el riesgo que suponía perder las pensiones de sus hijos. Se trabajó con estas familias en la adopción de mecanismos adaptativos al miedo que suponía empezar a tener un hijo autónomo, independiente, en definitiva emancipado. Para el éxito de la integración de los pacientes en actividades laborales, desde LAR se hacía una intervención familiar continua.

Debemos pensar que anteriormente, para las familias de estos pacientes, antes de las iniciativas laborales; gestionaban las pensiones de estos enfermos dándoles dinero para sus gastos como podría ser el café, tabaco, etc. El restante en muchas ocasiones se usaba para estabilizar la economía familiar.

Amelia Varela también describía la presencia del estigma en la propia familia de los pacientes, de no creer en las posibilidades del enfermo de conseguir normalizar su vida. Se observaron importantes reticencias de estas familias que estaban adaptadas a su rol de cuidadoras de un enfermo dependiente, a pasar a colaborar con un familiar con enfermedad mental independiente.

Con el cese de las dos experiencias laborales que tuvo LAR, destacar que se trató de conseguir para estos pacientes que ya tenían en sus curriculum vitae una experiencia laboral significativa, un trabajo normalizado sólo siendo posible en dos casos. Importante también es señalar que los pacientes participantes en las experiencias laborales de LAR, después del cese de las actividades, presentaron cuadros psicopatológicos adaptativos congruentes con la ruptura del proyecto de vida que tenían hasta entonces.

Ante los resultados positivos que obtuvo LAR con los dos proyectos que describimos anteriormente, desde LAR se decidió seguir apostando por la integración laboral.

El siguiente paso fue apostar en la formación, con una serie de cursos que detallaremos en el próximo apartado lográndose colocar dos pacientes en el Mercado laboral ordinario.

Ante la escasez de resultados con los cursos de formación, a partir del año 2016 se decidió contactar con los empresarios locales, buscando demandas específicas de empleo, con la idea de formar pacientes para esos puestos de trabajo específicos.

Con esta iniciativa, se creó el curso de PANADERIA, donde había el compromiso por parte del formador de contratar a los dos mejores alumnos. Para esta iniciativa se buscó financiación, se buscó al empresario adecuado, se valoró a un grupo de usuarios adecuados para esta iniciativa (14 pacientes) y se diseñó el plan formativo paralelamente con el empresario.

Posteriormente, se firmó un compromiso con el empresario elegido, en el que se especificaba la duración del curso (180 horas, de las que 60 horas serán teóricas, y 120 horas serán prácticas), repartidas en sesiones de 4 horas diarias de lunes a jueves basándose en un método pedagógico activo teniendo en cuenta los siguientes principios: Actividad, Globalización, Socialización y Resolución de Problemas.

Al finalizar el curso, se contrataron efectivamente dos pacientes para la PANADERIA del empresario colaborador. Se organizó un acto simbólico donde asistieron grandes personalidades como el conselleiro de Sanidad, alcalde de Vilagarcía, jefes de Servicio de Psiquiatría locales entre otras personalidades, para celebrar la firma de los contratos laborales. Esta iniciativa también fue publicitada en la prensa escrita, radio, television y redes sociales con el objetivo de dar a conocer a los empresarios las capacidades y potencialidades de las personas con enfermedad mental crónica y luchar contra el estigma.

El resultado final fue mejorar la calidad de vida de los participantes y lo más importante de todo; integrar de forma efectiva a dos usuarios de LAR mediante una formación laboral previa.

Pese a que esta experiencia en concreto con un empresario local se puede considerar exitosa, Amelia Varela nos contó que no hubo una buena acogida en general por parte de los empresarios locales para crear iniciativas similares. La explicación para esta falta de acogida sería nuevamente el estigma

Finalmente, como siguiente estrategia, a partir del año 2017, se estudia el crear un nuevo Centro Especial de Empleo (**SERVILAR**), consiguiéndose el permiso pertinente en mayo del 2018.

A través de subvenciones para formación de INSERTA (pertenece a ONCE), se decidió realizar un curso de LAVANDERIA, ya que una vez más había surgido una oportunidad en este ramo, en este caso la externalización de la lavandería de una residencia de ancianos local. Otro curso que se realizó con colaboración de INSERTA fue de LIMPIEZA profesional. Actualmente en SERVILAR trabajan 3 usuarios de LAR con el apoyo de 2 personas sin enfermedad mental.

Más proyectos de futuro de LAR, donde también cuenta con ayuda de INSERTA son:

1. curso de arte floral mortuoria, con idea de firmar un contrato con un empresario local dueño de una red de mortuorios.

2. se está intentando conseguir por parte del alcalde de vilagarcía la concesión de un parking local como parking solidario.

Intervencion en rehabilitacion laboral en LAR

La intervención laboral de LAR se desarrolla a través de un programa que consta de diversas fases:

—evaluación inicial: historia formativa, historia laboral, intereses, expectativas, motivación y apoyo familiar. Para esta evaluación inicial se usan diversos instrumentos: entrevista, inventario de preferencias profesionales, cuestionario de motivación para el trabajo, cuestionario sobre conocimiento del mercado laboral, listado de items sobre intereses vocacionales. Se trabajan las siguientes áreas:

-orientación laboral: conocimiento del mercado de trabajo, derechos laborales, tipos de contrato, salarios, jornadas, expectativas y metas laborales del usuario y de la familia, preferencias, habilidades y dificultades laborales expresadas.

-ajuste laboral y asertividad laboral: a través de talleres rehabilitadores que se centran en entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral, reproducir un mercado de trabajo normalizado, despertar intereses vocacionales y modificar intereses desajustados y finalmente proporcionar apoyo a la formación fuera del centro o dentro del mismo.

—formación: a través de técnicas de búsqueda de oportunidades de formación, apoyo y supervisión durante formación externa y formación interna.

—técnicas de búsqueda de empleo: a través de cumplimentación de instancias y solicitudes, diseño y elaboración de cartas de presentación, redacción de curriculum vitae, selección de ofertas de empleo, dominio de procesos de selección y entrevistas de trabajo.

En definitiva, el programa de búsqueda de empleo de LAR tiene como objetivo la adquisición de técnicas y habilidades básicas suficientes para que el usuario de LAR tenga éxito en la búsqueda de empleo.

Datos de LAR en materia de rehabilitación laboral

Actividades formativas según área de formación:

—Agricultura:

Formación agraria: año 2008, 234 horas para 15 participantes.

Iniciación a la producción de huerta y fruta: año 2011, 40 horas para 25 participantes.

Actividades auxiliares en agricultura: año 2013, 330 horas para 15 participantes.

—Jardinería:

Jardinería: año 2009, 240 horas para 15 participantes.

Mantenimiento de espacios naturales: año 2010, 40 horas para 25 participantes.

Actividades auxiliares en viveros jardnes y centros de jardinería: año 2014, 330 horas para 15 participantes.

Segundo curso de instalación y mantenimiento en jardines y zonas verdes: año 2015, 470 horas para 15 participantes.

—Servicios de limpieza:

Lavandería industrial: año 2010, 300 horas para 15 participantes

Camarero de pisos en alojamientos: año 2012, 260 horas para 15 participantes

—Carpintería y restauración:

Recicla restaurando: año 2011, 40 horas para 15 participantes.

—Hostelería:

Obrador de pan y repostería: año 2015, 180 horas para 4 participantes

—Habilidades sociales:

Empatía a través de la fotografía: año 2016, 390 horas para 20 participantes.

—Informática:

Iniciación a la informática (windows, word, excel): años 2012, 2013 y 2014, 40 horas para 20 participantes cada edición.

—Internet y redes sociales: años 2012, 2013 y 2014, 40 horas para 20 participantes.

—Alfabetización digital inicial: año 2017, 50 horas para 15 participantes.

Alfabetización digital avanzado: año 2017, 50 horas para 15 participantes.

Datos de usuarios de lar insertados:

Usuarios insertados en centro especial de empleo de lar:

Cee lavandería: años 2000-2010: 11 usuarios

Cee bar-xesteira: años 2000-2004: 4 usuarios

Cee servilar: 2018, 2 usuarios

Usuarios insertados en empresas externas:

Cafetería: 2 usuarios en el año 2003

Panadería: 2 usuarios en año 2015

Supermercado: 1 usuario año 2014

Personal de limpieza: 3 usuarios año 2017

Conclusiones

1. Modelos muy heterogéneos en materia de rehabilitación laboral a lo largo de la geografía española, que justifican la obtención de resultados tan dispares.
2. Falta de apoyo por parte de la administración en muchos casos.
3. Estigma como gran enemigo para la plena integración del enfermo mental, y como obstáculo muchas veces insalvable para conseguir la incorporación al mercado laboral.
4. Rehabilitación laboral debe ser el objetivo final de una rehabilitación psicosocial plena, tal como lo confirma la bibliografía especializada.
5. Rehabilitación laboral tiene una metodología específica según la bibliografía consultada.
6. Rehabilitación laboral es un paso definitivo para alcanzar la normalización de la vida del enfermo mental en la comunidad.
7. Lar como ejemplo de intentar la reintegración del paciente en la comunidad, aplicando la rehabilitación laboral mediante los pasos recomendados por la literatura especializada y con resultados muy positivos.

Bibliografía

1. LOBATO RODRÍGUEZ, M.J. — Rehabilitación psiquiátrica en Galicia. In VERDUGO, Miguel Angel; LÓPEZ, Desiderio; GÓMEZ, Argimiro (editors) — *Rehabilitación en Salud Mental Situación y perspectivas*. Amarú Ediciones; 2002.
2. BYSTRYN, Kandel D.; HAYS Williams R. — *Métodos de Rehabilitación Psiquiátrica*. Buenos Aires: Troquel, 1968.
3. SOBRINO CALZADO T. — Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral. In: VERDUGO, Miguel Angel; LÓPEZ, Desiderio; GÓMEZ, Argimiro (editors) — *Rehabilitación en Salud Mental Situación y perspectivas*. Amarú Ediciones; 2002.
4. RODRÍGUEZ GONZALEZ, A; SOBRINO CALZADO, T.; GALILEA GARCÍA, V.; COLS HERNÁNDEZ, J.; GONZÁLEZ CASES, J.; ORVIZ GARCÍA, S. — Rehabilitación Laboral y Alternativas Laborales para Enfermos Mentales Crónicos. In RODRÍGUEZ, Abelardo (editor) — *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Pirámide; 2002.
5. LASTRA MARTÍNEZ, I.; ARBILDUA GARCÍA, C.; POLO BARÓN, M.A.; RUIZ ESPARTA, A.; VERDUGO CARRASCO, S. — Reducción de la hospitalización psiquiátrica en personas participantes en programas de inserción laboral. *Inf psiquiátricas*. 2009.
6. LIBERMAN, R.P. (ed.) — *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press; 1988.
7. CONSUMO, M. de S. y — *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2007.
8. MONSALVE, M.H. — Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estud Psicol*. 16:3 (2012) 295–303.
9. LÓPEZ ÁLVAREZ, M. — El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. *Norte de Salud Mental*. 8:36 (2010) 11-23.
10. *25 años de FAISEM y Retos de Futuro*. San Fernando: Junta de Andalucía; 2018.
11. *Memoria 2017 Área Técnica de Empleo*. Madrid; 2017.

INTERNAMENTO E FUGA DE ALBERTO DA CUNHA DIAS: NOVOS DADOS SOBRE UMA VELHA POLÊMICA

Adrián Gramary

Centro Hospitalar Conde de Ferreira, Porto

Médico Psiquiatra

Email:adrian.gramary@gmail.com

Resumo

Alberto da Cunha Dias (1886-1947), advogado, jornalista, polemista, escritor, editor e amigo de Fernando Pessoa, foi internado em diversos hospitais psiquiátricos com o diagnóstico de paranoia do tipo perseguidor-perseguido. Após o seu internamento e fuga do Hospital Conde de Ferreira publicou dois textos onde polemizou com os psiquiatras que possibilitaram o seu internamento: *Sobre um decreto* (1918) e *Um lance* (1919). O autor analisa as circunstâncias que envolveram o internamento psiquiátrico de Alberto da Cunha Dias no Hospital Conde de Ferreira, acontecido em 1916, através da investigação do processo clínico conservado no arquivo histórico do Hospital. A pesquisa permitiu a análise de elementos novos e até agora desconhecidos, como as cartas manuscritas enviadas por Alberto da Cunha Dias a António de Souza Magalhães Lemos e José de Magalhães, respetivamente, diretor e vice-diretor da instituição na altura dos factos, que aportam informação nova sobre o polémico caso.

Palavras chave: internamento, história da psiquiatria, paranoia, lei, fuga.

Introdução

Alberto da Cunha Dias (1886-1947) foi um advogado, jornalista, polemista, escritor e editor, que apenas tem despertado interesse por alguns factos que o associam a Fernando Pessoa, a quem uniu uma amizade duradoura.¹

Nascido em Sintra, em 1886, de uma família da classe média, Cunha Dias entrou em 1906 para a Universidade de Coimbra, onde concluiu o curso de Direito.

Cunha Dias frequentou as mesmas tertúlias de café que Fernando Pessoa, e ambos tinham alguns interesses comuns e afinidades, nomeadamente o ideário político e o fascínio pelo ocultismo.

Em 1914, casou com uma prima, Irene. O namoro foi acidentado, mas depois de uma rutura, seguida de tentativa de suicídio, Alberto retomou a relação e aceitou casar com Irene já grávida. Em 1916, porém, estando Irene novamente grávida, Cunha Dias acusou-a de infidelidade, convencido de que ela teria sido seduzida pelo mesmo homem que a teria alegadamente “violado” seis anos antes. Decidiu então abandonar o lar e divorciar-se, recusando a paternidade do segundo filho. Revelou também à mulher o propósito de matar o seu alegado “amante”, tentando envolvê-la na execução desse plano.

Quando Alberto abandonou a mulher e a sua casa, o pai e o sogro requereram o seu internamento psiquiátrico ao abrigo do decreto de 11 de maio de 1911. Entre as justificações apresentadas, referiram a intenção que Alberto teria de matar seis pessoas e de se ter baseado em revelações astrológicas ou “bruxarias” para acusar a mulher de infidelidade.

¹ Sobre os dados biográficos de Alberto da Cunha Dias, prévios ao seu internamento, seguimos a informação fornecida em BARRETO, José – “O mago e o louco: Fernando Pessoa e Alberto da Cunha Dias”. *Pessoa Plural: revista de estudos pessoanos*, 1 (2012), 70-138.

Cunha Dias foi detido pela polícia em 8 de Agosto de 1916 à porta da *Brasileira* do Rocio e internado no mesmo dia na Casa de Saúde do Telhal, em Sintra. Ali foi examinado pelos psiquiatras Luís Cebola e Júlio de Matos, que tinha sido o autor ou principal inspirador do referido decreto de 11 de Maio de 1911 que regulava o internamento em manicómios. Com base no parecer dos dois psiquiatras, Cunha Dias foi transferido na noite de 23 para 24 de agosto para o Hospital Conde de Ferreira (HCF), no Porto.

O internamento no Hospital Conde de Ferreira

No processo clínico do internamento de Cunha Dias no HCF, encontram-se os relatórios assinados por Luís Cebola e Júlio de Matos. Luís Cebola, diretor clínico do Manicómio do Telhal, atesta que Cunha Dias “sofre de delírio de perseguição sistematizado, com fortes tendências agressivas”. Por sua vez, no seu relatório, Júlio de Matos conclui que Cunha Dias, “se encontra afetado de um delírio sistematizado de ciúme”. Descreve-o ainda como “um doente perigosíssimo, que teria matado o suspeito ofensor da sua honra, se a isso não obstasse o rápido internato no Telhal”. Acrescenta “que faz os médicos de perseguidores, de quem jura vingar-se”. Conclui que “não tendo o Hospício do Telhal condições de segurança e não havendo atualmente lugar no Manicómio Bombarda”, que ele dirigia, é aconselhável a sua entrada no HCF.

Júlio de Matos tinha dedicado ao tema dos delírios sistematizados o livro *A paranoia*¹, publicado em 1898, onde faz um brilhante levantamento histórico desta entidade nosológica. Nele nos lembra que foi Lasegue o primeiro em considerar uma forma *ativa* do delírio de perseguição, ao que deu o nome, depois consagrado, de “perseguidos-perseguidores”. Por outro lado, explica o “contágio delirante” que pode acontecer nestes casos da convergência de dois fatores: de um lado, a inteligência muito viva destes doentes e a sua incansável atividade; de outro lado, o colorido verosímil do seu delírio, que não é em si mesmo absurdo, mas que tem por base fatos reais, embora morbidamente interpretados. Os “litigantes” ou “processomanos” constituem a mais importante categoria destes doentes.

Cunha Dias foi observado e acompanhado durante o internamento no HCF por José Fernandes de Magalhães, diretor em funções do hospital devido à ausência de Magalhães Lemos por doença. No caderno de admissão, José de Magalhães recolhe na história pregressa o desenvolvimento das ideias delirantes de ciúme, cujos sintomas mais precoces teriam aparecido na Escola Militar, onde o doente já teria “rixas com um aluno por este ter achado galante uma prima que o doente cortejava desde criança”² e com quem acabaria por casar. Depois do casamento:

Agravaram-se as ideias de ciúme, supondo que o 2º filho não é dele, ao mesmo tempo que desresponsabiliza a mulher por quanto esta teria sido coagida à infidelidade por forças misteriosas de sugestão. A prova do adultério estabeleceu-a num bilhete postal que apanhou num hotel (...) A letra do postal é de homem. É assinado por um cavalheiro de Sintra (identificado); é também conhecido o destinatário; o conteúdo é banal - um convite. O doente crê reconhecer a letra da esposa, (...) Prova fundamental é o remate por ter uma C: formula invariável porque a esposa terminava as cartas dirigidas ao marido.

Dias da Cunha confessa ao médico nesta primeira entrevista que “viveu” sempre “em permanente suspeição da esposa”:

Causara-lhe grande estranheza a facilidade com que ela se lhe entregou antes de

¹ MATOS, Júlio – *A paranoia*, Lisboa: Livraria Editora, 1898.

² O autor optou pela atualização da ortografia dos registos clínicos, exceto no caso da pontuação, que respeita a original.

casarem; (...) reconhece que ela já não era virgem e que o sangue da primeira cópula era sangue menstrual.

José de Magalhães concorda com o parecer de Luís Cebola e Júlio de Matos em que Dias da Cunha apresenta um delírio dos “perseguidos-perseguidores”, baseando-se para isto na inquina e ânimo de vingança que nutre pelos familiares e psiquiatras envolvidos no seu internamento, a quem ameaça abertamente:

Imagina que se organizou um complot formado pelo pai, pelo sogro e pelos médicos contra a sua pessoa, com persistente ideia de os liquidar a tiro.

O psiquiatra salienta a ridicularização que o doente faz dos psiquiatras durante a entrevista, e o contraste com o alto conceito que tem de si próprio:

Ridiculariza (...) os méritos científicos e qualidades morais dos médicos que o observaram. São criaturas apagadas, ineptos, venais (...) forma um alto conceito da sua pessoa (...) dotado dos mais nobres sentimentos de “elevada estatura moral” (...) Penetra no pensamento dos outros e lê-o com lucidez. (...) Várias vezes me afirmou que seguia o meu pensamento, chegando a denunciar qual era, todavia - as suas suposições eram ilusórias.

José de Magalhães também salienta a desconfiança evidente do doente:

É de exageradíssima desconfiança, atribuindo insubsistente valor a factos sem significação, percebendo segundas intenções a visa-lo especialmente, em acontecimentos ou em atitudes que não o deveriam afetar.

O processo clínico acaba com o registo da fuga do doente no dia 1 de outubro de 1916. Graças à cumplicidade de um enfermeiro, Cunha Dias desceu o muro do hospital por uma corda, acompanhado pelo criado particular. Ao volante de um automóvel, voou em direção ao Sul do país, tornando inútil uma espera que dois enfermeiros do hospital, armados de cacetes, lhe tinham preparado à saída do Porto, no tabuleiro inferior da ponte D. Luís. José de Magalhães informou imediatamente o Governo Civil do Porto, descrevendo o doente como “extremamente perigoso, muito suscetível de cometer graves atentados quer contra pessoas da sua família, quer contra estranhos envolvidos no seu delírio”, salientando ainda que:

(...) ilude facilmente os não iniciados em medicina mental. Inteligente, instruído, arguto e de lucidez aparentemente absoluta, convence os que desconhecem o seu verdadeiro caso de que é vítima de odiosas perseguições – e é isso o que de certo modo explica que varias pessoas tenham conspirado para o retirar deste hospital, onde o consideravam em sequestro violento e injustificado.

O Governo Civil do Porto emitiu, a seguir, um mandado de captura contra Cunha Dias, que vagueou durante três semanas pelo centro do país, principalmente no distrito de Leiria, onde tinha amigos, nomeadamente o advogado Henrique Pereira Ribeiro, cuja família lhe deu refúgio numa quinta nas imediações de Leiria. Ribeiro foi o defensor de Cunha Dias neste caso e o autor do livro *Factos e Não Palavras. O sequestro do Dr. Da Cunha Dias*¹, publicado em

¹ PEREIRA RIBEIRO, Henrique - Factos e não palavras: o sequestro do Dr. da Cunha Dias, Lisboa: Tip. do Anuário Comercial, 1916.

1916.

Regressado a Lisboa em 21 de outubro de 1916, o fugitivo não receou mostrar-se em público e foi encontrar-se com os seus amigos na *Brasileira* do Rocio. No dia imediato à sua chegada a Lisboa, 22 de outubro, foi novamente detido pela polícia. Seguiu-se uma luta de dez dias entre Cunha Dias e o seu pai junto do governo, polícia, funcionários judiciais e psiquiatras (cinco novos médicos foram envolvidos no caso). A mãe de Cunha Dias terá, entretanto, conseguido persuadir o marido, que fora o requerente do internamento, a desistir e solicitar a libertação do filho.

A seis de outubro de 1916, foi aberta no HCF uma investigação sobre a evasão de Alberto da Cunha Dias. O inquérito concluiu que o doente tinha contado para a fuga com a colaboração de vários amigos de Leiria que facilitaram dinheiro e um automóvel, e que se tinham articulado com funcionários do hospital. Entre os documentos constantes no inquérito estão os telegramas e cartas que Cunha Dias enviou no dia 2 de outubro a diferentes funcionários do Hospital, onde com ironia se despede ou informa do êxito da sua fuga. Especial valor têm as cartas que Cunha Dias dirige ao Dr. José de Magalhães e ao Professor Magalhães Lemos.

A primeira carta dirigida ao Dr. José de Magalhães surpreende pela extraordinária ironia e acaba com uma sarcástica acusação sobre o corporativismo dos médicos:

Doutor,

Creia que lamento ser forçado a interromper as suas observações sobre os meus graves padecimentos. Certamente a Ciência vem a padecer da ausência das suas sábias conclusões, e com ela o Humanidade Sofredora. Mas é tao delirante o meu “delírio”, e tao profunda a minha “fobia” por médicos e medicinas, que sou irresistivelmente arrastado a faze-lo, levando o meu cadáver para longe do seu observador olho científico. De comum, nos médicos, existe aquela mesma particularidade que também é comum aos cães: mijam um, mijam todos: onde mijam um, mijam os outros.

Cunha Dias dirige no dia 14 de outubro ao Professor Magalhães Lemos uma carta, após ter sido informado de que o Governo Civil do Porto emitiu um mandado de captura a pedido do Dr. José de Magalhães, onde a revolta substitui a ironia e aparecem pela primeira vez ameaçadas veladas:

(...) nos governos civis de Lisboa e Leiria, vindos do Porto, estão mandados de captura contra mim (...) Mandados de captura contra mim, porquê? Acaso é crime afirmar nos termos em que a Constituição da República o garante o meu direito à Liberdade!

O Dr. José de Magalhães com estes atos torna-se cúmplice daquelas criaturas que, sem escrúpulos, num cinismo infame, requereram o meu internamento num manicómio. (...) Em meu poder tenho hoje 14 atestados médicos: dentro de dias, logo entre em Lisboa, e será em breve, terei 140, se quiser! Não tenho desejo algum de amachucar o Dr. José de Magalhães. Mas... cuidado!

E note V. Ex.^{ma} Sr. Professor! Que um desforço em legitima defesa não é mania de perseguição, como (...) afirma o Cebolinhas. (...) O Dr. José de Magalhães em vez de médico pretende ser polícia (...) Tem o Dr. José de Magalhães ainda uns dias para se decidir a ter juízo. (...) Que tenha juízo!

Leva-me a escrever esta carta a confiança que, desde as referências que sob o seu caracter me fazem, deposito na sua linha moral e no seu inflexível espírito de justiça.

As campanhas jornalísticas de Alberto da Cunha Dias

Após a sua fuga do HCF, entre 1917 e 1919, Cunha Dias, com a sua atividade de advogado

suspensa, lançou duas campanhas jornalísticas em torno do seu caso, tentando “limpar o nome” e provar a irregularidade do seu internamento.

A primeira campanha teve lugar em março de 1917, consistindo numa série de artigos publicados em sete diários lisboetas, com o fim de provar a inconstitucionalidade do decreto de 11 de maio de 1911 e de exigir a sua revogação. Em particular, Cunha Dias argumentava que o Decreto entrava em contradição com o artigo 3.º da Constituição republicana que dispunha no número 35 que “ninguém, ainda que em estado anormal das suas faculdades mentais, podia ser privado da sua liberdade pessoal, sem que precedesse autorização judicial”. Esses 22 artigos de polémica jornalística, escritos num tom áspero e violento, foram, todavia, acolhidos por opiniões favoráveis de alguns dos juristas mais eminentes e também de vários políticos e deputados. Os textos de Cunha Dias seriam depois reunidos no livro *Sobre um Decreto* (1918)¹, a que a imprensa lisboeta deu grande publicidade. No entanto, novos sinais de paranoia se podiam já assinalar no “Post-Scriptum” a esse livro, em que Cunha Dias acusava parentes seus de o terem tentado envenenar num jantar, no seu próprio aniversário, e denunciava uma outra maquinação obscura, provavelmente imaginária, no sentido de impedir a publicação do seu livro.

A segunda campanha jornalística ocorreu em 1918, no prolongamento da primeira. Desta nova série de artigos, crescentemente truculentos, nascerá em 1919 o livro *Um Lance*². Neste livro, o alvo principal da sátira vitriólica de Cunha Dias é Júlio de Matos. Torna-se evidente que Cunha Dias atribui a aquele a responsabilidade principal do seu internamento por um duplo motivo: pelo facto de ter sido ele o autor indiscutível do Decreto e pela sua participação direta através do relatório por ele feito:

E apesar de tudo a opinião pública era contra mim. E como último argumento, como prova plena para uma suprema decisão (...) dizia-se, pairava um nome – Júlio de Matos!³

Não desaproveita nenhuma ocasião para traçar um retrato satírico impiedoso de Júlio de Matos, como quando descreve a sua figura passeando pelas ruas da Baixa ou do Chiado “vaidoso como todos os mediócras, enfatuado, apesar de lhe branquejarem os anos os escassos cabelos que lhe restam”, dando-se “ares acatitados de artista laureado”.⁴

Noutras páginas, descreve o primeiro encontro com Júlio de Matos, no Hospital do Telhal, tentando denegrir os seus livros e pintando uma caricatura do seu aspeto físico servindo-se para isso do facto de este ter nascido prematuramente:

Na rápida meia hora que, em agosto de 1916, nós falamos fiquei conhecendo o que me restava conhecer do Júlio de Matos.

Conhecia-lhe os livritos, que nada valem, que nada são; conhecia-lhe a vida que é uma vergonha, mas não o conhecia a ele. Vi-o. E não me causou estranheza o verificar que tinha mãos de *peixe-sapinho*.

Lá na minha terra – Eu sou de Sintral – aquele girino da rã que pelas primaveras povoa os charcos em cardumes, chamam os saloios, meus patrícios, os *peixe-sapinhos*. O bicharoco move-se por meio de umas barbatanas laterais, embrião de umas futuras manámulas, em que parecem espetados uns deditos, informes e desproporcionados, em relação ao restante dos membros (...).

Pela minha vida fora tenho encontrado vários sujeitos com as mãos do *peixe-sapinho*. São umas pessoas arranjistas, metediças, videirinhas, a quem a natureza cautelosa

¹ CUNHA DIAS, Alberto - Sobre um decreto. Uma campanha jornalística, Lisboa: Lamas, Molta & C.ª, 1917.

² CUNHA DIAS, Alberto – Um lance, Lisboa: Editora Popular, 1919.

³ CUNHA DIAS, Alberto (1919), *Op. cit.*, p.18.

⁴ *Ibidem*, p. 14.

empresta uma certa atividade, por aquelas, talvez!¹

Mãos enfezadas de uma gestação incompleta, mãos de sete meses, mãos de *peixe-sapinho*. (...) - Se é um feto, Senhores!²

No livro passa, por vezes, da sátira ao insulto furibundo e à ameaça dirigida a Júlio de Matos:

E não lhe quero mal, tenho pena dele. É um canalha, é um miserável, porque é estúpido. (...) É um cínico, é um cruel, porque é um fraco, um raquítico. (...) Leitor!, diga a esse imbecil que não tenha a veleidade de se medir comigo, porque é burro (...) ³

Ele anda cá por fora há trinta e tantos anos, à solta. Decido-me, e é de vez. Estendo o meu braço – escusa de se esconder! – agarro-lhe com o meu gadanho forte por uma orelha, e nada lhe vale. (...) Pode espernear á vontade, que nada lhe vale. Agarro-lhe bem por uma orelha, e meto-o no frasco. Vai para o álcool! O feto!⁴

Finalmente, em junho de 1918, Júlio de Matos, decide-se a responder numa entrevista com jornalistas de *A Situação* (19-06-1918), num texto intitulado “N’a casa d’orates” ⁵, onde declara que a lei que regula o funcionamento dos manicómios “não lhe oferece qualquer dúvida”, “é escrupulosíssima e não tem recebido reclamações”. Refere que o internamento para ser efetivo tem de ser acompanhado dos atestados de dois médicos, depois desse duplo atestado, é examinado por ele próprio e depois pelo médico da enfermaria. Quatro médicos, portanto. Referindo-se às campanhas contra o Decreto de 11 de maio na imprensa explica que “são, geralmente, levantadas por antigos internados, com o delírio da perseguição, que, pertencendo à categoria dos loucos-lúcidos, conseguem, com essa lucidez, arrastar alguns ingénuos. (...) Em Portugal essa campanha tem sido levantada várias vezes. Agora sei que parte de um advogado, que esteve internado num manicómio, e que tem conseguido manter uma campanha que para aí tem feito alarido. O Dr. Cunha Dias. (...) Trata-se de um dos tais doentes, com esse delírio de perseguição e que lá para fora se vão queixar de inconcebíveis sequestros e quiméricos complots”.

Cunha Dias não desiste e responde às palavras vertidas por Júlio de Matos no jornal *A Lucta*, dias depois, com um novo ataque:

A esta hora, o Sr. Júlio de Matos, sorri ainda, babante de gozo, ao lembrar as linhas que publiquei na *Situação*, com que mais uma vez – (não perco esta mania!) - cabalmente demonstro a lucidez da “loucura lucida” de que padeço, na competente opinião do douto professor (...) é a sua estranha intuição clínica que lhe permite nestas doenças da alma de que trata, um diagnóstico rápido, seguro, decisivo, irrefutável. (...) Onde ninguém vê loucura, nem sombras dela, a sua intuição presente-a, e o seu saber profundo, vasta soma de conhecimentos acumulados durante longos anos de labor e de recolhido estudo, noites de vela, horas de perscrutante meditação, o seu profundo saber, acorrendo solícito, descobre, revela o que para os outros era obscuro. (...) ⁶

Cunha Dias troça dos médicos envolvidos no processo (Luís Cebola, Manuel de

¹ *Ibidem*, pp. 15-16.

² *Ibidem*, p. 17.

³ *Ibidem*, p. 24.

⁴ *Ibidem*, p. 26.

⁵ CUNHA DIAS, Alberto (1919), pp. 42-44.

⁶ *Ibidem*, pp. 49-52.

Vasconcelos, António Flores e José de Magalhães) para o que recorre, por vezes, a metamorfoses animais ou vegetais que nos fazem recordar as fábulas clássicas. Explica que “não desce a discutir” com eles, porque apesar dos seus “princípios democráticos” acredita na existência de “uma aristocracia mental” e eles estão “muito aquém do que seria razoável permitir a seres de aparência humana”.¹

Assim, a sátira de Luís Cebola centra-se no seu famoso interesse pela poesia, a que dedicava as suas horas mortas:

E o Luís Cebola tem ainda aptidões literárias. É poeta. (...) Pois estive no Telhal 14 dias, e ouvi 8 sonetos do Cebolinhas. Oito! (...) O pai, que era mestre de obras, fez uns prédios de casas que ainda não caíram, o filho fez sonetos. (...) E embora o tronco seja o mesmo – o dos mui nobres Cebolas de Alcochete, primos dos Alhos, netos dos Alcaparras – a verdade é que os prédios do pai Cebola ainda não caíram, estão de pé, ainda não mataram ninguém, e os sonetos do Cebola-filho, o Cebolinhas, são mortais. Quem os lê, ou os ouve, morre.²

Finalmente, descreve a José de Magalhães como um vaidoso, que se distingue pela sua elegância e a quem recomenda deixar a Medicina para se dedicar à vida mundana:

Lá no Conde de Ferreira passa revista à enfermaria com a sua bata branca muito apertada na cinta, aberta no peito para mostrar a camisa, sempre de fundo lilás. Sobre a cabeça um *bonet* destes que usam os oficiais em bivaque, de veludo preto. E todos estes requintes de elegância para os malucos verem.

- É um elegante, Fernandes, os anos passam, o tempo corre veloz. (...)

- Fernandes, não clínique, não medique.

- Fernandes, valse!³

Sabe-se que Cunha Dias foi, nos anos 20 ou 30, novamente internado (não sabemos quantas vezes, nem exatamente quando) e que, desde o final dos anos 20 até à sua morte, em 1947, o seu estado psíquico se foi deteriorando. Pessoa, que não parecia admitir a loucura de Cunha Dias, passou a admiti-la sem reservas mais tarde, mas localizando-a cronologicamente depois da fuga do hospital.

Cunha Dias morreu em 12 de Junho de 1947, com 61 anos. “Enfermo há bastante tempo, o último período da sua existência foi o desfecho de uma vida agitada e inquieta”, lê-se no necrológio que o *Diário de Lisboa* publicou no próprio dia da sua morte.

Conclusões

A luta pessoal de Alberto da Cunha contra reais ou supostas arbitrariedades da instituição psiquiátrica na Primeira República é tudo quanto dele parece restar num recanto da memória dessa época. O seu caso tem a complexidade de se situar numas coordenadas extremamente polémicas: trata-se de um advogado que apresentava, segundo os psiquiatras que o acompanharam, um delírio sistematizado de perseguido-perseguidor cujo alvo principal era o psiquiatra que elaborou o decreto de 11 de maio de 1911, que permitiu o seu internamento. As suas campanhas na imprensa contra Júlio de Matos, mais além do ataque pessoal contra ele (e contra outros psiquiatras envolvidos no processo), alentaram uma discussão jurídica sobre a inconstitucionalidade do decreto. Estamos perante um caso com características que poderíamos qualificar como “metapsiquiátricas” de invulgar interesse, pois nos faz refletir

¹ *Ibidem*, p. 65.

² CUNHA DIAS, Alberto (1919), *Op. cit.*, p. 68.

³ *Ibidem*, p. 71.

sobre as sempre difíceis relações entre psiquiatria e lei, e de forma mais profunda, entre o internamento psiquiátrico e as liberdades individuais.

Fontes

Processo Clínico de Alberto da Cunha Dias (Arquivo Histórico do CHCF-SCMP)

Bibliografia

BARRETO, José — O mago e o louco: Fernando Pessoa e Alberto da Cunha Dias. *Pessoa Plural: revista de estudos pessoanos*. 1 (2012) 70-138.

CUNHA DIAS, Alberto — *Sobre um decreto. Uma campanha jornalística*. Lisboa: Lamas, Molta & C.^a, 1917.

CUNHA DIAS, Alberto — *Um lance*. Lisboa: Editora Popular, 1919.

LINO GARNEL, Maria Rita — *Vítima e violências na Lisboa da I República*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2007.

MATOS, Júlio — *A paranoia*. Lisboa: Livraria Editora, 1898.

O ARQUIVO DE MEMÓRIAS DO ABRIGO MUNICIPAL DE ALIENADOS OSCAR SCHNEIDER (JOINVILLE/BRASIL)

Mariana Zobot Pasqualotto*; **Andréa Vieira Zanella****

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/Brasil)

*Doutoranda em Psicologia

**Professora titular do curso de Psicologia

Emails:avzanella@gmail.com;mariana.zobot@gmail.com

Resumo

Apresenta-se neste trabalho uma pesquisa sobre o Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider, instituição psiquiátrica que funcionou em Joinville/Brasil de 1923 a 1942, tendo sido demolida nos anos 1970. No campo exploratório inicial da pesquisa deparou-se com esquecimentos e silenciamentos em relação à existência da instituição, mas, a partir de uma investigação em arquivos públicos tornou-se possível realizar uma constelação crítica dos fragmentos encontrados, apontando algumas iluminações históricas do (des)aparecimento da instituição no presente. Narra-se também algumas atividades artístico-estéticas relacionadas ao Abrigo de Alienados que se configuraram como método de pesquisa, buscaram recordar o silenciamento que sobre as vidas consideradas infames se produziu, e que tiveram como efeitos, a identificação dos primeiros testemunhos orais (descendentes de pacientes e outras pessoas envolvidas com a história do local) e de novos documentos (fotos e outros).

Palavras-chave: loucura; memória; esquecimento; arquivo; cidade

Abstract

This work brings a research about the Municipal Shelter for the Alienated named Oscar Schneider, a psychiatric institution that operated in Joinville / Brazil from 1923 to 1942, which was demolished in the 1970s. In the exploratory field of this research, oblivions and silences were perceived in relation to the existence of the institution, but, based on an investigation in public archives, it became possible to carry out a critical constellation of the fragments found, pointing out some historical illuminations of the (dis) appearance of the institution in the present. It was also found some artistic-aesthetic activities related to the Shelter for the Alienated that were configured as a research method which had as effects the identification of the first oral testimonies (descendants of ancient patients and other people involved with the place's history) and of new documents (photos and others).

Introdução

Esta pesquisa objetiva discutir as memórias e esquecimentos relacionados ao Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider, instituição psiquiátrica que funcionou de 1923 a 1942, em Joinville/Brasil, tendo tido sua estrutura demolida nos anos 1970. Propõe-se, a partir dos vestígios da existência dessa instituição, visibilizar nuances e tensões que se apresentam como testemunhos do seu (des)aparecimento, além de apresentar a intervenção - operada pela pesquisa - de (re)escritura de uma narrativa sobre a história desse local por meio de atividades artístico-estéticas e ações outras no campo da cultura. Como efeitos dessa intervenção registra-se a identificação dos primeiros testemunhos orais, de descendentes de pacientes e outras pessoas envolvidas com a história do local, e de documentos (fotos e outros) que não estavam sob domínio de arquivos públicos. Como conclusão, destaca-se a

contribuição da pesquisa tanto para os estudos sobre memória, loucura e arquivo, bem como para a produção social da memória em Joinville/SC.

Escavando memórias: caminho e fontes da pesquisa

No campo exploratório inicial da pesquisa o esquecimento e silenciamento a respeito da presença do Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider faziam-se soberanos na cidade. Isso se evidenciava, especialmente, no fato do prédio da instituição ter sido demolido; no desconhecimento por parte de órgãos públicos locais, como espaços de salvaguarda oficiais de memórias, sobre a existência da instituição psiquiátrica; nas poucas produções acadêmicas sobre a antiga instituição; e na dificuldade inicial de encontrar relatos orais sobre fatos ligados ao local.

Para adentrar no campo de memórias acerca da instituição, fez-se fundamental conhecer as diferentes camadas históricas que envolvem a emergência e o apagamento do Abrigo de Alienados, pois se entende que todas elas estão intrinsecamente ligadas à produção de memórias e esquecimentos. Tais camadas dizem respeito; (1) às condições que precederam a construção e o território escolhido para a fundação do Abrigo, a saber, o terreno aos fundos do Cemitério Municipal; (2) o funcionamento, por quase vinte anos, do Abrigo de Alienados; (3) a transformação do prédio, após fechamento da instituição psiquiátrica, em um Presídio Político (1942-1945); (4) a destinação do prédio, depois da destituição da sua função como Presídio Político, em uma moradia para famílias de policiais militares (entre 1950 até 1970); (5) e a demolição do prédio, no início dos anos 1970, que aparentemente sucumbiu à necessidade de ampliação do Cemitério Municipal.

A demolição do prédio e o fato de que, sob o seu solo, foram construídos jazigos e túmulos, aproximam-nos de algo que constitui todo arquivo: as *cinzas*, aquilo que foi proibido, incinerado ou esquecido, a parte onde está o segredo, o “arquivo do mal”, como pontua Derrida (2001). Temos assim, o pó e pequenos restos daquilo que um dia foi um imponente prédio como rastros da comprovação mais palpável da existência e apagamento desse local. Apesar da inexistência da estrutura física, existem fotos da instituição e outros documentos que fazem referência ao seu funcionamento, encontrados a partir de uma pesquisa¹ realizada durante os anos de 2014 e 2015, a qual buscou inventariar os vestígios da instituição em espaços de salvaguarda de memórias da cidade. Como resultado, foi produzido um livreto, intitulado “Memórias da Loucura em Joinville: o (des)aparecimento do Abrigo de Alienados na cidade”, que contribuiu para difundir as memórias do Abrigo de Alienados em espaços educativos e culturais da cidade.

As pesquisas de mestrado e doutorado desenvolvidas pela primeira autora com orientação da segunda autora deste texto, junto a outras ações, como exposições e a produção de um documentário, estão sendo entendidos como estratégia de (re)criação de uma narrativa sobre os vestígios do Abrigo de Alienados, os rastros e restos relacionados à instituição e a sua relação com a cidade.

O olhar para os vestígios dessa história foi pautado na ideia de que, na tentativa de analisar um acontecimento, ou mesmo comunicá-lo, o discurso sobre o vivido, sob as influências da distância espaçotemporal, reinventa e renova aquilo que aconteceu. Sendo assim, entendemos que o que perdura do acontecimento - este que está na ordem do vivido, e por isso configura-se único - são seus efeitos: textos, testemunhos, marcas, restos, vestígios (ZANELLA, 2014). Nesse sentido, as fontes desta pesquisa se pautam nos vestígios da vida cotidiana do Abrigo de Alienados e dos corpos que ali tiveram passagem para recriar uma narrativa possível sobre o lugar.

¹ A pesquisa foi desenvolvida a partir do projeto “Inventário e Catálogo de Memórias do Abrigo M. de Alienados Oscar Schneider” financiado pelo Sistema Municipal de Apoio à Cultura (Simdec) de Joinville, coordenado pela primeira autora deste texto junto com Allan Henrique Gomes e contou com a participação das pesquisadoras Sarah Guerra da Rocha Soares e Lilian Vegini Baptista e do pesquisador Victor Hugo Vieira.

Para o desenvolvimento da investigação, acessamos os documentos encontrados em arquivos públicos, entre eles: notícias de jornais; o “Livro dos Alienados”, registro de identificação dos pacientes; relatórios e correspondências que tratam sobre o número de pessoas internadas, diagnósticos, verbas destinadas à instituição e encaminhamentos; fotos da fachada do prédio; entre outros. Com a imersão no campo da pesquisa, novos rastros passaram a emergir: testemunhos orais de pessoas que moraram próximo do prédio ou dentro dele durante seus últimos vinte anos de existência; e fotografias que estavam sob a posse de alguns descendentes de pessoas que tiveram alguma relação com a história do prédio.

Nesse ponto, lembramos o fragmento “Escavar e recordar”, presente na obra de Walter Benjamin, “Imagens do pensamento”, como uma interessante sugestão para o método desta pesquisa. Nesse fragmento, o filósofo faz uma analogia entre a pesquisa sobre as memórias de um passado soterrado com o ato de escavar o solo, que requer alguém que espalhe e revolva a terra, de maneira cuidadosa, a procurar por aquilo que recompensa à escavação. O que recompensa à escavação, ou melhor, à pesquisa, para Walter Benjamin, são as imagens que, desprendidas das suas conexões mais antigas, ficam à espera do nosso entendimento posterior. Lowy (2005) destaca que em W. Benjamin tem-se a indicação de que – ao contrário da espera por uma verdade imóvel e reveladora do passado - a **condição ativa** do/a pesquisador/a ao criar uma constelação crítica entre os fragmentos encontrados e o momento do presente imprime na sua prática uma **dimensão política** em relação com o passado e com a escrita da história. Eis a perspectiva que norteou a pesquisa aqui relatada.

Lembrar e esquecer: a seleção do arquivo

O Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider foi “mandado construir e oferecido ao município pela Exma. Sra. Da. Francisca Schneider, em cumprimento a última vontade de seu finado marido, o saudoso conterrâneo Sr. Oscar Antonio Schneider” (JOINVILLE, 1922, p. 126), ex-prefeito da cidade. Nesse mesmo documento se menciona que o terreno para a construção da instituição foi doado pela administração pública e que o local escolhido para esse fim localizava-se aos fundos de um cemitério.

Destacamos o importante campo simbólico que se trama já ao início dessa história. A instituição emerge próxima a um cemitério, fundado em 1913 num território afastado do centro urbano e, portanto, distante do contato com os vivos. Tal prática decorria do fato de se acreditar que as exalações dali provindas aumentariam o risco de aparecimento de doenças. Nesse sentido, observamos que o cemitério, distante do centro urbano para não causar problemas aos cidadãos, não é questionado quanto ao fato de estar próximo às pessoas ditas “loucas”, que se queriam afastar da vida urbana.

O Abrigo de Alienados funcionou por quase vinte anos. Em 1942 suas atividades foram encerradas e as pessoas internadas foram transferidas para uma recém-inaugurada instituição estadual¹. O prédio, destituído da sua função como instituição psiquiátrica, foi transformado no Presídio Político Oscar Schneider. Assim como outros presídios políticos que existiram no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial, esse lugar serviu para o confinamento de alemães, ou descendentes, presos por falarem a língua materna publicamente, prática essa proibida num período em que o Brasil encontrava-se em guerra declarada aos países do Eixo, do qual Alemanha fazia parte. Com o fim da guerra, o Presídio Político encerrou seu funcionamento e o prédio passou a servir como residência para famílias de policiais militares que vinham transferidos para a cidade. Perdurou assim, em condições precárias, por cerca de 20 anos, acolhendo famílias que se dividiam entre as antigas celas do extinto manicômio/presídio.

Na transformação do Abrigo de Alienados em Presídio Político observa-se a repetição da função de isolamento e cerceamento de autonomia de vidas. Como moradia para famílias de

¹ Colônia Sant’Ana aos arredores de Florianópolis/SC.

policiais militares, mesmo não se tratando de confinamento, também o prédio e as famílias que ali residiam apresentavam-se indesejáveis aos ideais de desenvolvimento da cidade. A partir disso é que pensamos que os diferentes usos do prédio o configuraram como território destinado a pessoas consideradas infames (“loucos” e “presos políticos”) ou indesejáveis aos ideais civilizatórios e urbanos de cada época.

Porém, alguns detalhes relacionados à construção do Abrigo de Alienados evidenciam tensões nesse campo de produção de memórias. Alguns vestígios indicam que esse lugar foi inaugurado com júbilo, com um sentimento de progresso. O arquivo relacionado ao Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider apresenta um processo de seleção de conteúdos em que se tramam as tensões entre o lugar de rememoração (quando de sua idealização) e o lugar para se apagar da memória (com sua demolição). Isso se evidencia na fotografia (figura 1) que se encontrava com o neto de um dos operários da obra, a qual ilustra o momento histórico de sua construção, com a equipe da obra reunida à frente da imagem.

A essa fotografia associa-se um cartão-postal com a imagem do Abrigo de Alienados (figura 2) que faz parte do acervo do arquivo público da cidade. Sobre a existência desses vestígios, torna-se interessante pensar que à formação de memórias e esquecimentos do arquivo associam-se os processos de seleção e ordenamento dos conteúdos e, especialmente, a *produção de futuro*: “mais do que uma coisa do passado, antes dela, o arquivo deveria *por em questão* a chegada do futuro.” (Derrida, 2001, p.48). Tais vestígios demonstram que a fundação do hospício mobilizava certos olhares e interesses, e que mesmo isolada do convívio com os vivos, a construção desse local parecia representar um acontecimento marcante na história do município e sobre ele queriam se inscrever memórias futuras.



Figura 1. Foto da construção do Abrigo de Alienados.

Fonte: Arquivo pessoal do neto de um dos operários da construção



Figura 3 Cartão Postal de Joinville.
Fonte: Acervo do Arquivo Histórico de Joinville

Segundo Wadi (2002), como “Palácios para guardar doidos”¹, os hospícios vinham sendo criados no Brasil no decorrer do século XIX, representando a “época de ouro”² da fundação de tais instituições. A autora diz que os hospícios, um dos pilares mais influentes da fundação e reconhecimento da psiquiatria como parte da ciência médica, emergiram de uma nova sensibilidade que se desenvolveu quanto à loucura, em que o “louco” passou a ser separado dos demais “desviantes” sociais, requerendo-se um espaço de confinamento adequado às suas condições.

O Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider parecia seguir em sua fundação alguns ideais ligados à emergência dessas primeiras instituições nas cidades. Além disso, o fato do contexto da sua inauguração estar relacionado ao processo de modernização-urbanização de Joinville permite-nos dizer que a edificação dessa instituição psiquiátrica correspondia aos ideais modernos de transformação e gerenciamento da cidade (FONTOURA, 2005). Passamos a entender que à fama que se produzia sobre o espaço infame da cidade envolviam-se os jogos sociais e interesses da época. Nesse sentido, podemos pensar que no Abrigo de Alienados as pessoas a serem esquecidas, isoladas da vida normal da cidade, eram confinadas em um lugar que exaltava o nome de uma pessoa a ser lembrada: Oscar Schneider. Sobre isso, observamos o seguinte trecho que faz menção ao atraso na abertura do Abrigo de Alienados:

Resta-nos, porém, a esperança de em breve vermos solucionado o problema da água (...) que removerá todas as dificuldades em relação ao hospício em questão, conforme venho relatando. Não fosse isso teríamos de abandonar as nossas tentativas de transferir para esse novo estabelecimento os infelizes que ainda, devido unicamente a estas circunstâncias, permanecem no condenável pardieiro da rua Commandante Saturnino de Mendonça. (...) É ainda imprescindível a construção de um grande muro no limite do terreno, para servir de

¹ Expressão que Wadi (2002) utiliza a partir de Machado (1978).

² Expressão usada por Castel (1978) e citada por Wadi (2002) para explicar o período de construção do alienismo na França, que se fundou como o “triunfo de uma nova instância oficial que conquista o monopólio do tratamento legítimo da loucura.” (p.15).

área recreativa aos internados, proteção essa que dificultará ou impossibilitará possíveis fugas, tão comuns em estabelecimentos dessa natureza (JOINVILLE, 1922, p. 126).

Ao mesmo tempo em que a esperada inauguração desse lugar traz a questão da melhoria da condição das pessoas ditas “loucas” que se encontravam em outro estabelecimento, a menção à necessidade indispensável de construção de um muro parece evidenciar certa preocupação em se contrapor às resistências – através da fuga – daqueles que ali seriam confinados. O conflito presente nesse contexto de criação do Abrigo e estampado no cartão-postal e na fotografia da construção do prédio torna-se mais claro à medida que passamos a entender que a produção do espaço para as pessoas consideradas “loucas” parecia se constituir, ao mesmo tempo, em uma tentativa de visibilização e valorização do artífice da política salvacionista das “pessoas vivas” por perto, via enclausuramento dos desviantes. Além disso, ilustra-se um fato comum entre os vestígios apresentados neste texto que nos indica as condições construídas para a inclusão da memória: se de um lado tem-se a “grandeza heroica”, por outro, há a produção de *vítimas do esquecimento cultural* (ASMANN, 2011).

Sobre os últimos anos de funcionamento do Abrigo de Alienados, as menções encontradas nos documentos de arquivos públicos dizem tanto da condição de destaque da instituição na cidade e para municípios vizinhos, quanto da fragilidade do atendimento aos “alienados”, em virtude da superlotação e precariedade do serviço prestado.

Diferente do Abrigo de Alienados Oscar Schneider, demolido cerca de 50 anos após sua construção, várias edificações de outros hospícios, segundo Wadi (2002), mantêm-se vivas nos cenários de muitas cidades brasileiras. Ademais, vários hospitais psiquiátricos do país tem criado espaços de memória dentro de suas instalações (ver Borges, 2017; Cruz Junior, 2019), com a função social de recordar experiências que alvitaram a autonomia de muitas vidas, reconstruir novos usos e novos significados ao modelo de psiquiatria e uma nova maneira de lidar com a loucura, perspectiva ética essa presente no Movimento da Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica Brasileira¹ (Borges, 2017).

Histórias ditas menores

Olhar para os vestígios da existência do Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider e visibilizar as vidas ali enclausuradas é estratégia de luta contra o esquecimento, e por conseguinte, de produção de condições outras para o presente, aproximando-se de um modo de fazer *história* conforme aponta Walter Benjamin, norteado pela *tradição dos oprimidos*. Com objetivo de atender a essa estratégia é que foram organizadas algumas ações artístico-estéticas durante essa pesquisa.

A primeira delas foi uma exposição realizada em junho de 2017 no Arquivo Histórico de Joinville (AHJ), intitulada “Registros da clausura: o Abrigo Municipal de Alienados Oscar Schneider”. Essa exposição contou com as novas fotografias provenientes do acervo de pessoas que tinham alguma ligação com a história do local, além de reproduções de documentos presentes no próprio acervo do AHJ. Destaca-se, também, que na sua abertura algumas testemunhas identificadas pela pesquisa puderam procar informações com o público participante, e que pessoas que ali estavam assistindo procuraram, posteriormente, a

¹ No histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira temos como um dos acontecimentos mais marcantes o projeto de lei da Reforma Psiquiátrica, apresentado em 1989, que teve o efeito de intensificar a discussão sobre o tema em âmbito nacional e fez avançar o movimento da reforma. Essa lei impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomiais de atendimento; e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação. Importante destacar que a Reforma Psiquiátrica até hoje sofre avanços e retrocessos, e assim revela que o campo do cuidado com a loucura é composto por muitas tensões.

pesquisadora para narrar suas relações com o Abrigo de Alienados. Essa exposição foi, pois, momento de visibilização das memórias desse território no circuito de espaços oficiais de salvaguarda de memórias da cidade e, ao mesmo tempo, oportunidade para acessar memórias outras.

A segunda exposição, “Invisíveis na cidade: rastros e restos de um Abrigo de Alienados”, ficou aberta ao público durante outubro de 2017 no Museu de Arqueologia e Etnografia da UFSC (MARquE, Florianópolis/SC). A impressão das fichas e fotos das pessoas internadas em transparências (que poderiam se apagar ao decorrer do tempo da exposição) simbolizavam a invisibilidade dessas vidas enquanto permaneceram em confinamento, bem como a invisibilidade de suas memórias (duplo apagamento), junto à memória de uma instituição que foi apagada do cenário urbano. As folhas transparentes foram penduradas entre paredes móveis que formavam um corredor (figura 3), em referência às celas do Abrigo de Alienados. Ao final desse corredor, apresentava-se um vídeo com imagens e legendas que narravam a história do Abrigo de Alienados Oscar Schneider.



Figura 4. Instalação exposição.
Fonte: Acervo da pesquisadora.

Essas fichas estavam reunidas nos dois volumes do “Livro dos Alienados” que faz parte do acervo do AHJ. No primeiro volume do livro, a grande maioria das fichas receberam também fotografias das pessoas internadas, quase todas produzidas dentro da instituição. Segurando objetos, posando em frente a instituição, abaixando a cabeça no momento do registro fotográfico; as fotos apresentam pequenos detalhes da condição de vida daquelas pessoas e suas formas de resistir/existir frente ao confinamento. Junto às fotografias, constam nas fichas poucas palavras, restritas ao preenchimento por parte da instituição, dos campos do formulário a respeito das suas características físicas, religião, estado civil, emprego, local de proveniência, responsável pelo encaminhamento, destino, causa da morte, cemitério, número da cova, entre outros.

Não existem, ou pelo menos não foram encontrados, registros em que as pessoas internadas no Abrigo de Alienados pudessem falar de si e de suas experiências na clausura. No entanto, pensamos a partir do texto “A vida dos homens infames” de Foucault, que as palavras que

no passado destinaram vidas às cinzas de existências, hoje, sob o olhar de quem com elas se depara, fazem-nas pulsar nas poucas linhas que as contornaram. Como nos diz Foucault (2006): “O poder que espreitava essas vidas, que as perseguiu, que prestou atenção, ainda que por um instante, em suas queixas e em seu pequeno tumulto, e que as marcou com suas garras, foi ele que suscitou as poucas palavras que disso nos restam (...)” (p. 207). Tais vidas são arrancadas “da noite” que poderiam permanecer apenas porque tiveram seus encontros com o poder da ciência psiquiátrica em desenvolvimento na época e assim deixaram “sinais de si” (Foucault, 2006). Para o autor, isso “é o que lhes dá, para atravessar o tempo, o pouco de ruído, o breve clarão que as traz até nós.” (p. 208).

Considerações finais

O modo com o qual nos guiamos nessa pesquisa - olhar para os vestígios, no entendimento sobre a escrita da história e no modo como se tornou possível conceber as atividades artístico-estéticas – buscou se alinhar à perspectiva ética de ouvir as diferentes vozes que no arquivo e no testemunho se apresentam em intensa dialogia, provocando-se dessa forma as fronteiras “entre pretensas palavras últimas, oficiais, e contrapalavras silenciadas; importâncias e insignificâncias; histórias com h maiúsculo e minúsculo; verdades e ficções...” (Zanella, 2014, p. 121). Se os registros da construção desse lugar, assim como outros rastros encontrados sobre sua existência, lançaram luz somente a determinados atores, na via contrária, ao fazer ver a invisibilidade, e fazer recordar o silenciamento que sobre as vidas consideradas infames se produziu, podemos reconhecê-las como as vidas que receberam as marcas significativas da experiência naquele lugar.

Referências

- ASSMANN, Aleida — *Espaços da recordação: formas e transformações da memória cultural*. Trad. Paulo Soethe. São Paulo: Ed. UNICAMP, 2011.
- BORGES, Viviane Trindade — Memórias difíceis: Hospital Colônia de Barbacena, reforma psiquiátrica brasileira e os usos políticos de um passado doloroso. *Museologia e Patrimônio*. 10:1 (2017) 105-127.
- CRUZ JÚNIOR, Eurípedes Gomes da — Do asilo ao museu: as primeiras exposições das coleções da loucura no Brasil. *Museologia e Patrimônio*. 12:2 (2019) 203-220.
- DERRIDA, Jaques — *Mal de arquivo: uma impressão freudiana*. Tradução Claudia de Moraes Rego, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- FONTOURA, Arselle — Aqui "Jaz" um Hospital". In GUEDES, Sandra P.L de Camargo — *Histórias de (I)migrantes: O Cotidiano de uma Cidade*. Joinville: Editora Univille, 2005. p. 77-103.
- FOUCAULT, Michael — A vida dos homens infames. In FOUCAULT, Michael — *Estratégia, poder-saber*. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 203-222.
- JOINVILLE — Relatório da Superintendência Municipal de 1922, redigido pelo superintendente Marinho de Souza Lobo. Arquivo Histórico de Joinville, 1922.
- LÖWY, Michael; BENJAMIN, Walter — *Aviso de incêndio: Uma leitura das teses sobre o conceito de história*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- WADI, M. Y. — *Palácio para guardar doidos, Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.
- ZANELLA, Andrea V. — Sobre Arquivos, Testemunhos e Restos.... In FONSECA, Tania M. Galli; FILHO, Carlos Antonio; RESENDE, Mario Ferreira (eds) — *Testemunhos da infâmia: rumores do arquivo*. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 119-130.

**“STORIES” CLÍNICO-ASISTENCIALES DE LA HOSPITALIZACIÓN
PSIQUIÁTRICA EN OURENSE-GALICIA-ESPAÑA
(del Siglo XIX al XXI)**

María Belén Zapata Quintela; David Simón Lorda*;
Raquel Fraga Martínez**; Sandra Rodríguez Ramos**;
Ignacio Gómez-Reino Rodríguez***

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

*Psiquiatra; **Médico Residente de Psiquiatría

Email:maria.belen.zapata.quintela@sergas.es

Resumen

Este trabajo trata de analizar de forma transversal cuatro momentos (a modo de stories) de la asistencia a los enfermos mentales en una zona periférica del Estado español: Ourense (Galicia), en el período de los últimos años del siglo XIX a las primeras dos décadas del XXI. En 1896 la reclusión en unas celdas para dementes en el Hospital Provincial de Ourense (Beneficencia provincial). En 1965 es el Hospital psiquiátrico monográfico (en Toén, perteneciente a la Dirección general de Sanidad del Estado franquista). En 2001 analizamos la hospitalización psiquiátrica en el hospital general (Complejo Hospitalario de Ourense, perteneciente al SERGAS) y en 2019 una nueva unidad enmarcada en el proyecto Hospital 2050. Se publican documentos que nos detallan las condiciones asistenciales y clínicas en las que eran atendidos los enfermos. sobre as vidas consideradas infames se produziu, podemos reconhecê-las como as vidas que receberam as marcas significativas da experiênciã naquele lugar.

Palabras clave: Hospitalización psiquiátrica, siglo XIX, siglo XX, siglo XXI

Abstract

This article analyses the activity of psychiatric hospitalization between 1896-2019 in four different times (stories) in a peripheric territory in Spain: Ourense (Galicia). In 1896 at the Provincial General Hospital (Hospital de As Mercedes), in 1956 al the Mental State Hospital (monographic psychiatric asylum), in 2001 at the psychiatric hospitalization in a general hospital, and finally in the new ward of psychiatry at the Ourense's Hospital. This article provides unpublished documents that allows to know the clinical aspects and the assistance given to mental patients at the different hospitals along the time studied.

Keywords: Psychiatric Hospitalization, XIXth century, XXth century, XXIth century.

Introducción

Este trabajo describe sucintamente (a modo de Historias o “stories”) y de manera transversal cuatro momentos diferentes de la situación de la hospitalización psiquiátrica en la provincia de Ourense (Galicia-España): a finales del siglo XIX, a mediados del siglo XX, a principios del siglo XXI y en el momento actual. Con ayuda de los archivos documentales y fuentes manejadas, analizaremos las características asistenciales y clínicas en las que eran atendidos los pacientes con trastornos mentales.

Metodología utilizada

La metodología utilizada ha sido la de revisión de material documental relacionado con la hospitalización de pacientes psiquiátricos, y contenida en Archivo Histórico Provincial de

Ourense, Archivo de la Diputación de Ourense, Archivo Municipal de Ourense, Archivo Clínico y administrativo del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y del Hospital Santa María Nai (Ourense), archivos privados, y así como las bases de datos de la Historia Clínica informatizada (IANUS) del Servizo Galego de Saúde (Sergas)-Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia).

Se han escogido cuatro “momentos” que consideramos importantes en la historia de la psiquiatría ourensana, y que vienen a ampliar trabajos previos (Simón, 2004, 2005):

1) Año 1897: El internamiento de enfermos (pobres de Beneficencia) se realizaba en el Hospital Provincial, a la espera de traslado posterior al Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela, un manicomio privado, propiedad de la Iglesia compostelana y que hará las veces de Manicomio regional concertando con las Diputaciones el internamiento de Enfermos de Beneficencia.

2) Año 1965: es el momento álgido de actividad del Hospital Psiquiátrico de Toén tras su apertura en 1959 por el Patronato nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP-Ministerio de Gobernación), con el doctor Cabaleiro Goás al frente del equipo asistencial. Cabaleiro fallece en 1977.

3) Año 2001: después de la apertura en los inicios de 1996 de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en la ubicación física de un hospital general, el Hospital Santa María Nai.

4) Año 2019: se realiza una nueva revisión tras el traslado de la unidad de Psiquiatría a un nuevo edificio de hospitalización inaugurado en 2018.

El Hospital Provincial de las Mercedes (1897). Las celdas de dementes.

El primero de los años escogidos para este análisis transversal es el año 1897, correspondiente a un momento en el que ha transcurrido una década tras la apertura del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) en 1885, inicio de la medicalización de la locura en Galicia. Aunque era un establecimiento privado, perteneciente a la Mitra compostelana, hará las veces de Manicomio regional. Coincide además con un período de intenso crecimiento demográfico urbano y de desarrollo socioeconómico y cultural, clave en la historia de la ciudad de Ourense del siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Dicho desarrollo ocasionará que surjan nuevas demandas sociosanitarias en la provincia y dentro de ellas la asistencia al enfermo mental.

El lugar de hospitalización fue el Hospital Provincial de As Mercedes, regido por la Beneficencia Provincial de la Diputación de Ourense. Disponía de unas Salas de Observación (más bien en unas Celdas) de Dementes, desde donde se derivaban los enfermos para su reclusión en el Manicomio o se enviaban a su domicilio tras un periodo de observación. En 1891 la Diputación de Ourense pagaba a Conxo siete reales diarios por cada estancia de un alienado, aunque siguen existiendo internamientos en Valladolid, Leganés (Madrid) y San Baudilio de Llobregat (Barcelona). En el Hospital se disponía de cinco “celdas para dementes”, si bien además a veces se hospitalizaban en la enfermería:

“para las cinco celdas de escasas condiciones higiénicas y poca comodidad con que cuenta este establecimiento para la Observación de presuntos dementes, existen en tales condiciones siete individuos, de los cuales dos se encuentran calmados, uno en un departamento de malas condiciones de seguridad y otro en una enfermería...” (21-10-1896, Beneficencia Provincial, AHP OURENSE).

Legislación vigente en ese momento histórico

Real Decreto de 1885 sobre Internamiento de Dementes.

Reglamento del Hospital Provincial de San Roque de Orense (1854, pero vigente hasta 1933).

El Hospital Provincial de San Roque se cierra en 1856 pasando a ser Hospital Provincial el Hospital de As Mercedes, en otro edificio de la ciudad.

Acuerdos para internamiento en Manicomio de Conxo desde 1891.

En cuanto al personal facultativo: no se disponía de médicos alienistas, pero algunos sí poseían al menos funciones de diagnóstico de los presuntos dementes. Gran parte de los informes sobre los pacientes psiquiátricos de la época venían firmados por Don Ramón Quesada Borrajo y Don Antonio Rodríguez Iglesias como “médico encargado del reconocimiento de los dementes” o como “facultativo encargado de la asistencia de los locos” (Archivo Diputación Ourense y A.H.P. Ourense).

La asistencia del Hospital de las Mercedes era de tipo custodial y clasificadora/diagnóstica.: Analizando las características de los pacientes del momento observado (ver tabla 1), todos ellos tienen una valoración complementando el diagnóstico, y que corresponde a las divisiones de los pabellones manicomiales de la época: agitados, pacíficos, furiosos, sucios... En otro documento de 1897 hay una relación de dementes y en ellos figura el denominado “Estado que se observa en el enfermo” (Continuamente furioso, Furiosísimo, Furioso, Regular y Tranquilo). En dicha “Relación de dementes...” se nos informa de la existencia de diez enfermos: 6 varones y 4 mujeres. Cinco de ellos llevaban unos dos meses o menos ingresados; uno 6 meses; dos nueve meses y una mujer 3 años. Varios de los casos llevan más de 6 meses ingresados.

La terminología empleada es la prekraepeliniana, e influida por la psiquiatría francesa de la época. Prácticamente todos los pacientes tienen diagnósticos acordes con las dos clasificaciones más utilizadas en la época, que eran las de Pinel y su discípulo Esquirol: monomanía, imbecilidad, lipemania, etc. En torno a esos años, en el vecino Manicomio de Conxo con el que había intercambio habitual, los médicos utilizaban la clasificación anatómico-clínica que años más tarde publicará Juan Barcia Caballero en su “De re phrenopática” en 1915. Dicha clasificación ya era utilizada en el Informe- Memoria del manicomio de Conxo, realizada por Dr. Timoteo Sánchez Freire en 1893.

El Hospital Psiquiátrico monográfico: 1965. El Manicomio de Toén.

El año 1965 es el siguiente año en el que se va a dar cuenta de las características de la hospitalización psiquiátrica, es el momento álgido del Sanatorio Psiquiátrico de Toén con Cabaleiro Goás al frente del equipo asistencial. Ya han transcurrido 6 años tras la apertura del establecimiento en 1959, primera intervención en la asistencia psiquiátrica hospitalaria pública monográfica en Galicia planificada desde la competencia del Estado central (estamos en el período de la Dictadura de Franco, 1939-1975).

Los pacientes se encontraban ingresados en Hospital Psiquiátrico de Toén, a pocos kilómetros de la capital de la provincia. Disponía de 150 camas exclusivamente para hombres (“recuperables”). El régimen y normativa de hospitalización era la del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP). La clasificación diagnóstica de enfermedades mentales también era aprobada por el PANAP. Desde 1973, el PANAP desaparece y se integra en el organismo AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional), ambos del Ministerio de Gobernación (Simón, 2017).

Legislación vigente

Decreto de 3 de julio de 1931 “sobre asistencia a enfermos mentales”.

Decreto de creación del PANAP (1955). Normativa del AISNA (diciembre de 1972).

Acuerdos con Conxo y otras Diputaciones (Pontevedra) para derivar o ingresar enfermos.

El índice de personal facultativo era mayor que el de otros hospitales psiquiátricos el resto del Estado. En noviembre de 1963 trabajaban: un médico-director (Manuel Cabaleiro Goás); tres médicos, un capellán, un administrador; 9 cuidadores auxiliares y un practicante (enfermero).

Consistía en una atención y planteamiento neuropsiquiátrico típico del resto de los hospitales psiquiátricos de la época. No había médicos de guardia, y el cuidado básico de los pacientes recaía en los turnos de 3-4 auxiliares psiquiátricos para los casi 160 pacientes de noviembre

de 1965 (y que más o menos se mantienen en años siguientes, como lo que hemos consultado en una Memoria del centro del año 1978). Había celdas para pacientes agitados y peligrosos, y que funcionarán hasta casi la promulgación de la Ley General de Sanidad. Durante todo este período, no hubo posibilidad de hospitalización psiquiátrica (pública) de mujeres, y las que necesitaran ser internadas eran derivadas a centros fuera de la provincia (al Manicomio de Conxo a 100 kilómetros de la capital provincial, o al Hospital Psiquiátrico de Arévalo (en Ávila, a más de 375 km de la ciudad de Ourense).

El descubrimiento en los años 50 de los neurolépticos supone un importante avance en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, y el uso de tratamientos psicofarmacológicos estaba a un nivel técnico óptimo para la época (ver tabla 2). En los pacientes de la muestra observada no se realizaron tratamientos como insulino-terapia o choque cardiazólico, pero sí que se usaron como terapias en esta época, al igual que la terapia electroconvulsiva (utilizada en uno de los casos).

Desde 1972 y bajo las directrices del PANAP y de la OMS, se inicia una experiencia de sectorización psiquiátrica en la organización del centro, con apertura de dispensarios en zonas rurales, desplazándose facultativos y auxiliares a las cabeceras de comarca los días de feria para pasar consulta y contactar con los agentes sociales de las zonas en cuestión (Simón, 2005, 2017). Tras la muerte de Cabaleiro, y ya en los años posteriores a la muerte de Franco, en la memoria del Hospital de Toén de 1978, se sigue destacando la importancia de organizar servicios asistenciales fuera del manicomio como la psiquiatría comunitaria y ambulatoria, además de la necesidad de que los pacientes sean ingresados al igual que otro tipo de pacientes en un Hospital General. Dicha organización se mantiene hasta 1996.

La psiquiatría regresa al hospital general, 2001. La Red de Dispositivos de Atención Psiquiátrica de Ourense

Estamos ya en el período de la democracia en España, en donde desde la Ley General de Sanidad de 1986 se desarrolla y establece con un Sistema Nacional de Salud del Gobierno de España que cubre al 100% de pacientes hospitalizados y ambulatorios agudos de atención primaria y especializada. La cobertura de medicamentos es del 100% en los mayores de 65 años y el 60% de los menores de 65 años (Bobes et al, 2012).

En el año 2001, ya habían transcurrido cinco años tras la reorganización de los Servicios de Salud Mental en base a las disposiciones del Decreto de Asistencia en Salud Mental de la Consellería de Sanidade (perteneciente a la Xunta de Galicia, Comunidad Autónoma de Galicia-España, con transferencias por parte del Estado centra de las competencias en Sanidad desde el año 1991). Entre otros cambios estructurales y organizativos, fue fundamental la apertura en los inicios de 1996 de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en la ubicación física de un hospital general, el Hospital Santa María Nai.

Nos encontramos en el Hospital Santa María Nai (antiguo Hospital Provincial), a su vez integrado en Complejo Hospitalario de Ourense, perteneciente al SERGAS (Servicio Galego de Saúde-Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia). Es una sala o planta de Hospitalización Psiquiátrica que abre en 1996, con 18 camas, plenamente dotada de personal médico especializado, enfermería, auxiliares y celadores, un psiquiatra de guardia de presencia física y a veces también un médico residente MIR de Psiquiatría. Integrada a su vez en el Área de Salud Mental de Ourense, compuesta por varias Unidades de Salud mental, Hospital de Día, Hospital de Crónicos (Toén), etc. con interrelación funcional entre todos ellos.

Legislación vigente:

Ley General de Sanidad de 1986, que supuso la integración de la Salud Mental en el Sistema Sanitario.

Decreto de Salud Mental de la Consellería de Sanidade, 1994.

Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil

Como se puede observar en los pacientes de la muestra estudiada (ver tabla 3), los diagnósticos se corresponden a los manuales diagnósticos de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV. La atención se dispensaba a todo tipo de patología psiquiátrica, salvo desintoxicación de pacientes con toxicomanías no alcohólicas. No había criterios de rechazo de pacientes en función de edad o de problemas médico-quirúrgicos concomitantes, siempre que éstos no fueran la parte principal de la patología que motivaba el ingreso hospitalario. La complejidad de los casos ingresados, así como los casos psicogerítricos y de patología dual representaban un número cada día mayor. En la muestra aportada había un importante porcentaje de Trastornos afectivos variados que no eran infrecuentes en la planta, aunque era más habitual que al menos el 60% fueran pacientes con cuadros de la esfera psicótica grave. Tampoco era infrecuente que el porcentaje de los pacientes psicogerítricos con más de 75 años fuera mayor que el reflejado en la muestra tomada, con las consiguientes cargas de cuidados básicos para el personal auxiliar y de enfermería.

Se empleaban terapias TEC y psicofarmacológicas habituales en las plantas de internamiento contemporáneas. Se hacía a veces un uso intensivo de las mismas, así como de los recursos aportados por la Trabajadora Social del Hospital, presionados por las necesidades de conseguir rápidas recuperaciones y estabilizaciones que permitieran liberar camas para nuevos ingresos. La presión de internamiento desde Urgencias era grande, así como las complicaciones medicolegales de las mismas. Pese a la adecuada dotación/proporción de personal de enfermería, auxiliares y staff médico en función del número de camas, y pese a que el personal estaba entrenado en técnicas de manejo y contención de pacientes violentos y agresivos, así como en la atención de casos psicogerítricos (con graves riesgos de caídas, desorientación nocturna...) el porcentaje de pacientes que en algún momento del ingreso requería contención mecánica era elevado.

Una diferencia sustancial en comparación a los períodos previos es que el estigma de la hospitalización psiquiátrica era mucho menor al realizarse en una planta general del Hospital. Se atendían casos y pacientes que durante años habían ingresado en hospitales psiquiátricos privados por no querer hacerlo en el “manicomio” de Toén.

Aumento de la Red de Dispositivos de Atención Psiquiátrica de Ourense, 2019: traslado a una nueva unidad de hospitalización

A principios del año 2019 el servicio de Psiquiatría se traslada al nuevo edificio del Complejo Hospitalario de Ourense, perteneciente al Área Sanitaria de Ourense (SERGAS, Servicio Galego de Saúde. Consellería de Sanidade -Xunta de Galicia). La nueva planta de Hospitalización Psiquiátrica consta de 24 camas, plenamente dotada de personal médico especializado, enfermería, auxiliares y celadores. También existen un psiquiatra de guardia de presencia física, psicólogos clínicos y enfermeros especializados en Salud Mental, con sus respectivos residentes (MIR, PIR y EIR) en formación.

Es una unidad integrada a su vez en el Área de Salud Mental de Ourense, compuesta por varias Unidades de Salud mental, Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, Equipo de Continuidad de Cuidados, Hospital de Crónicos (Hospital de Piñor, abierto desde 2012), Unidad de Conductas Adictivas (unidad de dependencia orgánica y gestión mixta dependiente de la Consellería de Sanidade y del Concello de Ourense), etc.

Legislación vigente:

-Ley General de Sanidad-Decreto de Salud Mental de la Consellería de Sanidade, 1994 (Decreto 389/1994, del 15 de diciembre)

-Código Civil.

-Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

Según la muestra elegida (tabla 4) el perfil de los pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos ha cambiado paulatinamente en los últimos años, viéndose cada vez más casos de trastornos afectivos y de personalidad (diagnósticos de CIE-10 y DSM V). Actualmente también ingresan pacientes de manera programada desde la Unidad de Conductas Adictivas para desintoxicación de alcohol y otras sustancias, nuevo criterio de ingreso con respecto al año 2001. Los trastornos de la conducta alimentaria suelen ser derivados a una unidad específica en Santiago de Compostela. Unidades como la Hospitalización a Domicilio Psiquiátrica y el Equipo de Continuidad de Cuidados permiten un seguimiento del paciente a nivel comunitario posterior al alta hospitalaria (Catalán et al, 2013). Dicha actividad asistencial redundante en una menor comorbilidad y menor número de recaídas y reingresos.

El rango de edad es muy variable, aunque previsiblemente aumentarán los pacientes psicogerítricos con las cargas de cuidados que ello supone. España tiene una de las tasas más elevadas de esperanza de vida, y Ourense se encuentra entre las regiones más envejecidas del país. La complejidad de los casos ingresados ya mencionada en el año 2001 siguen en aumento, junto con la presión de internamiento desde Urgencias y las complicaciones medicolegales de las mismas. La presión por las necesidades de conseguir rápidas recuperaciones y estabilizaciones que permitan liberar camas para nuevos ingresos sigue presente, a pesar de que aumentó el número (24 camas hábiles, la mayoría individuales, con margen para aumentar el número). Los casos clínicos de mayor cronicidad se derivan a una unidad de Rehabilitación Psiquiátrica en el Hospital de Piñor, a las afueras de Ourense.

En cuanto a nuestra labor asistencial, existe una óptima formación de personal de enfermería, auxiliares y staff médico en técnicas de manejo y contención de pacientes con diferentes grados de agitación. En el año 2008 se elabora en Ourense un protocolo de aplicación de contenciones mecánicas que se cumple de forma eficiente en nuestro servicio, incluyendo la cumplimentación de hojas de registro. Actualmente toda la actividad asistencial, las historias clínicas y pruebas complementarias se gestionan a través de la Historia Clínica Informatizada (IANUS) del Servicio Galego de Saúde.

Por último, el Servicio de Psiquiatría participa en varios proyectos de investigación (gafas de realidad virtual, Estimulación Magnética Transcraneal en depresión...) integrados en el Living Lab del proyecto "Hospitalización Experimental H2050", integrado en los Planes de Innovación H2050 y de Innova Saúde, de la Consellería de Sanidade (y financiados con Fondos FEDER).

Conclusiones

La sociedad, el poder político-sanitario y la psiquiatría tardaron más de ciento veinte años en dar un vuelco a la marginación y la precariedad en la asistencia a los enfermos mentales ourensanos y gallegos, en un lento tránsito desde el siglo XIX al XXI.

Bobes (2012) refiere que existen en España variaciones entre las diferentes comunidades autónomas y provincias en lo relativo a la asistencia psiquiátrica, y al grado de despliegue y desarrollo conseguido. Por ello pensamos conviene conocer nuestra historia (desde stories locales como las que aquí hemos aportado) para tratar de realizar un análisis objetivo del presente, y comprobar de nuevo en un futuro hasta dónde hemos logrado avanzar.

Es un gran progreso que muchos confiamos que no retroceda, y consigamos disponer de una red comunitaria bien dotada e integrada de dispositivos asistenciales ambulatorios, hospitalarios e intermedios en el marco de un Sistema Nacional de Salud.

NOTAS

Nombre	Sexo	Edad	E. Civil	Meses ingreso	Diagnóstico	Característica
E.D.G	V	26	S	7 meses	Epiléptico	Furioso/peligroso
J.C.B	V	25	S	5 meses	Imbécil	Pacífico
A.V.L	M	26	S	6 meses	Monomanía erótica	Pacífica
B.D.G	M	75	C	11 meses	Imbécil	Pacífica
R.F.R	M	22	S	7 meses	Monomanía misántropa	A veces furiosa
J.S.B	M	60	S	3 meses	Imbécil	Pacífica
R.M.	M	30	S	1 mes	Imbécil lipemaníaca	Parece pacífica

Tabla 1. Relación de enfermos dementes. Diciembre de 1897: documento manuscrito firmado por Ramón Quesada, Médico Decano. (Beneficencia Provincial, A.H.P. Ourense)

Nº Hª	Sexo	Edad	E. Civil	Diagnóstico	Tratamientos	Cuota precios
505	V	40	C	Esq. Paran./ alcohol	NL, AK, BZ, VIT	Privado, 40 p/d
506	V	50	C	Esq. paranoide	NL, AK, VIT, Lu	Privado, 40 p/d
17	V	18	S	Esq. injertada	NL (haloperidol), Closerpil, Akineton	Benef. Ourense, 20 p/d
587	V	72	C	Psicosis post TCE	NL	PANAP
508	V	41	S	Sde. depresivo-ansioso	AD, BZ, terapia antiestrés	Benef. Ourense, 20 p/d
286	V	21	S	Esq. hebefrénica	TEC	Benef. Ourense, 20 p/d
509	V	50	C	Pers. psicopática	NL (tioridacina)	Benef. Ourense, 20 p/d
160	V	29	S	Esquizofrenia	NL, AK, Parsotil	Privado, 40 p/d
510	V	55	C	Esq. paranoide	NL, AK, colin.	Benef. Ourense, 20 p/d
511	V	33	S	Brote esquizofrénico	NL, AK	Benef. Pontev., 25 p/d
512	V	21	S	Esq. simple	NL, AK	Privado, 40 p/d

Tabla 2. Relación de ingresos nuevos mes noviembre 1965. (Libro Registro Enfermos del Sanatorio de Toén, octubre 1954 a mayo 1966)

NL= perfenacina, a veces triperidol, tioridacina o haloperidol
 AK=biperideno, trihexifenidilo (en un caso)
 AD= pertofrana, imipramina
 BZD= diacepam, clordiacepóxido
 Otros: Colin=colinosil; Parsotil, vit=vitaminas grupo B; closerpil.
 “Anti-stress” (otras terapias)

Sexo	Edad	E. Civil	Tipo ingreso	Ing. previos	Diagnóstico	Prob. médicos
M	60	V	Voluntario	SI	Tr. bipolar	Artrosis
V	63	C	Judicial	SI	Tr. bipolar	Diabetes
V	30	S	Judicial	SI	Esq. Paranoide, abuso cannabis	
M	72	V	Judicial	NO	Demencia	
M	52	S	Judicial	SI	Retraso mental, abuso alcohol	
M	63	C	Judicial	NO	Distimia, intento suicidio	Cirug. recto
M	61	C	Voluntario	SI	Tr. afectivo mixto	Legrado ginec.
M	22	S	Voluntario	SI	Esquizof., tr. Disfórico premens.	Amenorrea, galactorrea
M	33	C	Voluntario	NO	Tr. depresivo mayor	
M	73	V	Voluntario	SI	Tr. depresivo delirante (Cotard)	Cardiopatía, TEC
M	32	C	Voluntario	NO	Tr. depresivo, intento suicida	
M	79	V	Judicial	NO	Det. cognitivo	
V	62	S	Judicial	NO	Tr. psicótico por alcohol	Hepatopatía
V	30	S	Judicial	SI	Esquizof., abuso cannabis y alcoh	SIDA
V	39	S	Voluntario	SI	Esquizofrenia, abuso alcohol	
V	51	D	Voluntario	SI	Tr. orgánico personalidad	
M	69	S	Judicial	NO	Psicosis en demencia	Infección orina

Tabla 3. Listado de pacientes ingresados, 12-11-2001, Unidad de Hospitalización de Agudos Complejo Hospitalario Ourense, SERGAS.
(Base datos Servicio Admisión. CHOU Ourense, y datos clínicos del Estadillo del Servicio del Hospital Santa María Nai. 12 de noviembre de 2001)

Sexo	Edad	E. Civil	Tipo ingreso	Ing. previos	Diagnóstico	Prob. Médicos
V	54	S	Judicial	SÍ	Dependencia a alcohol	Hemoptisis
V	23	S	J	SÍ	Esquizofrenia paranoide	
V	67	S	J	SÍ	Trastorno esquizoafectivo	Hipertransaminasemia
V	33	S	J	NO	Tr. mentales por cannabis	
V	76	C	V	SÍ	Episodio depresivo	Parkinson
V	41	D	V	SÍ	Tr. pers., intento autolítico	
M	50	D	V	SÍ	Consumo perj. alcohol	
M	59	C	J	SÍ	Tr. depresivo	HTA, dislipemia
V	45	S	V	NO	Tr. bipolar tipo II	Secundarismo con aripip.
M	64	S	V	SÍ	Tr. personalidad	Demencia frontotemporal
V	82	C	V	NO	Alt. Conductual a estudio	Síndrome metabólico
V	75	S	V	SÍ	Enolismo crónico	Cardiop. Hipertensiva, ITU
M	52	D	J	SÍ	Esquizofrenia paranoide	
M	55	S	J	SÍ	Esquizofrenia residual	
V	64	C	J	SÍ	Ep. depresivo con sint. psicóticos	Aplicación TEC
V	44	S	V	NO	Dependencia alcohol	
V	84	C	V	NO	Tr. ideas delirantes	HTA
V	21	S	J	SÍ	Tr. mentales por cannabis	
M	24	S	V	NO	Ep. depresivo grave	
V	86	C	J	NO	Ep. depresivo grave	Aplicación TEC
M	38	S	J	SÍ	Tr. bipolar tipo I, ep. maniaco	
M	73	C	J	NO	Ep. psicótico	HTA
V	27	C	J	SÍ	Esquizofrenia paranoide	
V	63	D	V	SÍ	Trastorno personalidad	HTA, dislipemia

Tabla 4. Listado de ingresos 15-04-2019, Unidad de Hospitalización de Agudos, Complejo Hospitalario Ourense, SERGAS (Base datos programa informático IANUS, CHOU- Ourense).



Figura 1: Antigo Hospital Provincial de Las Mercedes, Diputación de Ourense (Ourense)



Figuras 2: Manicomio de Toén (1959), PANAP



Figura 3: Hospital Santa María Nai, en el edificio del fondo de la fotografía, y donde se encontraba la antigua Unidad de Agudos de Psiquiatría hasta el año 2019. SERGAS-Consellería de Sanidade



Figura 4: Parte izquierda, nuevo edificio del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. 2019. SERGAS-Consellería de Sanidade.

Bibliografía y fuentes

Archivo Historico Provincial Ourense

Beneficencia Provincial, C-5884. y C-9169

Archivo Deputacion Provincial Ourense

Carpetas Conxo 1890-1969

Archivo Hospital Psiquiatrico “Cabaleiro Goás”

Libro “Registro de enfermos julio 1964 a mayo 1966”

ARCHIVO PARTICULAR DR. ÁLVARO DE CASTRO

Memoria Toen, año 1978. AISNA.

Bibliografía

BOBES J.; GARCIA-PORTILLA M.P.; BOBES-BASCARAN, M.T.; PARELLADA, M.; BASCARAN, M.T.; SAIZ, P.A.; BOUSOÑO M.; ARANGO, C. — The state of psychiatry in Spain. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24:4 (2012) 347–355.

CATALÁN A, GONZÁLEZ MA, ÁLVAREZ DE EULATE S, BUSTAMANTE S, EGUÍLUZ I, QUEREJETA I, GATÓN A, DÍAZ A, RINCÓN T, BRAVO E. — *Alternativas a la hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Programas de seguimiento intensivo ambulatorio*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco. 2013.

DEFENSOR DEL PUEBLO — *Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 1991.

FONT J, SERRANO D, FONT M, OTIN R. — Urgencia y hospitalización psiquiátrica en coordinación con la atención comunitaria. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 11:1 (2012) 79-92.

LA REGIÓN. El CHUO abre el Laboratorio Asistencial, “único y moderno”. *La Región*. 23 de octubre de 2019. <https://www.laregion.es/articulo/ourense/chuo-abre-laboratorio-asistencial-unico-moderno/20191022225603901411.html>

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE. HOSPITAL 2050 - INNOVA SAÚDE. <https://www.sergas.es/Hospital-2050--Innova-Saude?idioma=es> (consultado el 10 de febrero de 2020).

SIMÓN LORDA, D. GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ I, IGLESIAS ABELLÁS F, CIBEIRA VÁZQUEZ A — La hospitalización psiquiátrica en Ourense: 1897, 1965, 2001. (Tres retratos clínico-asistenciales). *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*. 1:6 (2004) 5-13.

SIMÓN LORDA, David — *Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Fundación Cabaleiro Goás-Xunta de Galicia, 2005.

SIMON LORDA, David — El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo manicomial. In HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (Coord.) — *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017. p. 15-46.

APONTAMENTOS HISTORIOGRÁFICOS E PROSOPOGRÁFICOS SOBRE A PERSONAGEM DO “CIENTISTA LOUCO”

Sérgio P. J. Rodrigues

CQC e Departamento de Química, Universidade de Coimbra

Professor auxiliar

Email:spjrodrigues@ci.uc.pt

Resumo

A personagem do “cientista louco” é um dos lugares-comuns mais populares da ciência, literatura, cinema, televisão, banda-desenhada e outras formas e meios artísticos. Dos Drs. Fausto de Goethe, Frankenstein de Mary Shelley e Jeekyll de Stevenson até ao Dr. Doofenshmirtz, da série de desenhos animados Phineas e Ferb, passando pelo Dr. Strangelove de Kubric, são centenas as personagens de ficção, muitas delas baseadas em cientistas reais, que se enquadram no conceito multifacetado de “cientista louco”. Neste trabalho, procurar-se-á fazer uma breve revisão historiográfica e prosopográfica desta personagem, acompanhando o impacto que esta foi tendo, e ainda tem, na imagem da ciência e dos cientistas na sociedade.

Palavras-chave: loucura, ciência, ficção

Abstract

The character of the “mad scientist” is one of the more commonplace in science, literature, cinema, television, toons, and other forms and artistic media. From Drs. Faust of Goethe, Mary Shelly’s Frankenstein, Jekyll of Stevenson to Dr. Doofenshmirtz of the animated cartoons of Phineas and Ferb, passing through Kublik’s Dr. Strangelove, there are hundreds of fictional characters, some of them based in real scientists, which can be framed as “mad scientists”. In this work, we want to have a brief revision, historical and prosopographic, of this character, following the impact it had, and still has, in the image of science and scientists in the society.

Keywords: madness, science, fiction

Introdução

Este trabalho faz uma revisão do conceito de “cientista louco” procurando as raízes deste e o receio em relação à ciência e da relação entre a loucura e o génio. SCHUMMER (1997) que analisou os “cientistas loucos” do século XIX, refere que a primeira história de “cientista louco” é a de *Frankenstein*¹ de Mary Shelley. Esta incorpora a explosividade de Priestley, a excentricidade de Cavendish, a juventude de Davy, o carácter sinistro de Aldini e o encanto e inconoclastia de William Lawrence (HOLMES, 2015). O “cientista louco” é assim uma figura essencialmente semiótica (HAYNES, 2016) mas há uma forte associação à realidade. TOUMEY (1992) tenta demonstrar que as histórias de “cientistas loucos” são devidas à censura social aos cientistas e ciência, mas HAYNES (2016), refere que com a diminuição da ignorância a popularidade do mito diminuiu, sendo substituído pelo do terrorista. Será verdade? A caricatura mantém-se actualmente, assim como a discussão entre a loucura e o génio (SIMONTON, 2014, KYAGA, 2015).

¹Neste trabalho as personagens mais conhecidas assim com os meios que os originaram são apenas citados no texto por razões de limitação das referências.

Discussão

Desde sempre que os heróis, e mais recentemente, os cientistas, travaram lutas entre o *bem e o mal* e procuram salvar o mundo. Nada disto mudou. Quando muito ficou mais gráfico, estilizado e caricatural. Os desenhos animados, por exemplo, mantêm vivo este mito de que é paradigmático o Dr. Heinz Doofenshmirtz de *Phineas and Ferb* (2007-2015, 222 episódios).

A realidade, ou a percepção desta, encarregam-se de confirmar as nossas histórias e mitos (RODRIGUES, 2014), envolvendo poluição, acidentes, fim do mundo, por exemplo. Não gostamos de incerteza. Aquilo que podia ser só uma percepção ou um acidente involuntário e inesperado passa a ser pura maldade ou calculismo, teorias secretas ou de conspiração. Assim, é natural que as histórias de “cientistas loucos” surjam devidas à censura social aos cientistas e ciência (TOUMEY, 1992) tanto mais que a realidade parece por vezes mais negra do que a ficção. Por exemplo, o Dr. Josef Mengele conduz-nos ao Dr. Szell do *Homem da Maratona*, ou o Dr. Strangelove de Kubrik ao Dr. Teller. A tortura, o holocausto, as explosões nucleares são imagens iconográficas do mal que envolvem os cientistas e estes são tão maus nestas narrativas que só podem ser “cientistas loucos”.

Há imensa literatura sobre o “cientista louco” mas no MedChem, procurando “mad scientist”, curiosamente aparecem relativamente poucos artigos. Pensaríamos que o “cientista louco” não é muito querido da ciência, por razões óbvias, mas uma parte dos cientistas, como veremos, adoptou este arquétipo ou imagem ao ponto de já não sabermos o que é realidade e o que é encenação. Por outro lado, a Wikipédia tenta algo muito difícil (se não impossível) que é fazer a lista dos “cientistas loucos” em todas as formas de arte, chegando a centenas de personagens sem que se veja que está perto de esgotar o tema. TOUMEY (1992) e SCHUMMER (1997) analisaram várias listas dos mais conhecidos e icónicos. FLORES (2002) analisou filmes em que apareciam médicos para concluir que a esmagadora maioria eram homens brancos com menos de 40 anos, egoístas, calculistas e sem ética. Michael Crichton contrariou a esta ideia, referindo que todas as profissões estão mal representadas nos romances e filmes. Ou seja o mito mistura realidade e ficção, tendo muitas facetas que são difíceis de definir e isolar.

Vamos, portanto, concentrar-nos na ideia clássica de “cientista maluco” que já é ela própria uma caricatura enganadora e simplista. Nesta imagem (SCHUMMER, 1997), o “cientista louco” teria origem na ideia simbólica do alquimista que quer mudar o mundo (RODRIGUES, 2014). Este é simbolicamente representado por Joseph Wright (1724-1797) no quadro romântico *Alquimista em busca da Pedra Filosofal* de 1771 mas também o Dr. Fausto de Goethe é um bom arquétipo.

Este é tentado por Mefistófeles, uma personagem que querendo o mal vai acabar por fazer o bem, diz o próprio. É de facto curioso que em nome do bem se tenha feito muito mal. Fausto quer o bem da humanidade. Quer acabar com o seu sofrimento. Trabalha incansavelmente para isso mas deixa-se seduzir pelo amor e pelos bens materiais. Finalmente, quando parece contente, quando quer olhar a sua obra, quando se julga perfeito, entrega a sua alma ao Diabo. Vemos aqui a raiz da obsessão incansável do cientista que acaba por ser uma forma de loucura (RODRIGUES, 2014).

Há algum consenso de que o primeiro cientista moderno e louco seria Victor Frankenstein, *o Prometeu Moderno*, numa primeira versão de 1818, seguida de outra de 1823 de Mary Shelley (1797-1851), na qual o monstro tomou o lugar do criador (RODRIGUES, 2018). Victor ainda não é um cientista moderno, ao trabalhar sozinho e em segredo, mas acaba por ser moderno nos seus objectivos (RODRIGUES, 2018). Frankenstein valoriza e mostra o poder da ciência, mas teve o efeito oposto do esperado, diabolizando a ciência. É interessante comparar a ciência como era vista na altura e na actualidade (RODRIGUES, 2018).

Par além dos cientistas já referidos, Mary Shelley, com 5 anos, viu Giovanni Aldini fazer demonstrações em Londres com um condenado, George Foster. Por outro lado, Shelley tinha fascínio pela electricidade e pela alquimia. Fazia experiências com pilhas voltaicas, máquinas electrostáticas, garrafas de Leiden, fazendo faíscas, electrizando animais e pessoas. Além da obsessão, vemos aqui a caricatura do cientista que trabalha sozinho e tem a loucura de mudar o mundo de forma solitária. Hoje em dia há comités de ética, colegas, revisores, decisores políticos e científicos, um sem número de pessoas que verificam o trabalho que é feito, mas nesta personagem não é assim. Devemos notar que a imagem que as pessoas têm da ciência é simplista na sua complexidade. Na verdade, os mecanismos que existem para refrear a obsessão não são conhecidos ou não têm interesse para as histórias.

Por outro lado, há muito mais cientistas no Marquês de Sade (1740-1814) que se pensa e escreve. A personagem moderna do destrutivo, malvado e niilista, químico Almaní, o qual aparece na terceira versão de *Justine de 1797* (SCHUMMER, 1997), com quatro volumes a que se juntarão seis volumes de *Juliete*, num total de dez volumes, em 1799, é extrema e excessiva mas não é a única. Por exemplo, Sade coloca personagens a filosofar longamente acerca da religião e o inferno e sobre Galileu. Discute que o Inferno seria o afastamento de Deus e várias outros assuntos filosóficos e científicos. Ao mesmo tempo que a mesma (ou outra) personagem fazem os maiores deboches e prepararem o assassinato de toda uma família, referindo sarcasticamente *que 500 libras de rendimento podiam ser compradas com 50 centimos de arsénico*. Os venenos têm um papel importante, mas também a análise e crítica social. Por exemplo, o terrível Minki foi condenado à fogueira em Espanha, à forca em Inglaterra, ao desmembramento em França e espezinhamento em Itália, mas de tudo a fortuna o ilibou. Sade, filosofa sobre os avanços da ciência, os quais, segundo alguns personagens são dependentes de experiências cruéis. Refere de forma sofisticada de que os médicos só têm esta forma de testar um remédio: fazendo experiências com inocentes. Um pai explica por que tem que dissecar a filha para entender a anatomia da adolescência, etc. Finalmente, refere que é tudo imaginação: os que quiserem mesmo fazê-lo, *impingido as suas fantasias como realidades, o que seria completamente inaceitável para as pessoas de bom gosto e para aqueles que mostram qualquer interesse pela leitura desta obra*. No pensamento cristão pode-se pecar, e portanto ser criminoso, só por imaginar, ou omitir, contrariamente ao mundo antigo em que só se esperava haver crime quando este era praticado. Os “cientistas loucos” de Sade não pensam e agem não tendo ninguém que impeça as suas loucuras. Sade, o escritor, está entre os dois mundos, é simultaneamente antigo e moderno, tendo passado quase toda a vida adulta na prisão. Isto leva-nos a outras questões, mas Sade acaba por contribuir para a imagem do cientista sem ética, obsessivo, malvado e egoísta, que triunfa a qualquer preço. O “cientista louco” é também um tirano hedonista que não quer saber dos outros e quer impor as suas teorias e ideias. O “cientista louco” não respeita a liberdade dos outros, só a liberdade e opções dele contam. É por isso que Orstead ou Faraday, conhecidos pelas suas bondades (RODRIGUES, 2019a), conquanto tenham momentos negros, não são bons modelos do “cientista louco”.

Para além disso, a realidade, infelizmente pode ser muito mais cruel, como o fez saber o Dr Mengele e o Holocausto. Sade e as suas obras interrogam-nos sobre a maldade, assim como sobre os limites desta e da ciência. Será que a ciência tem limites? O “cientista louco” é também um narcisista egoísta que acredita que a maldade triunfará sobre o bem, tendo sempre uma explicação para a sua maldade.

Jules Verne vai apresentar-nos em geral outra forma de loucura. A confiança racionalista e cega na ciência. De resto, Machado de Assis, em *O Alienista*, faz os mesmo de forma irónica. Se em Frankenstein era central, também em *Jekyll e Hyde* nos interrogamos sobre os limites da ciência. Existem? Há coisas que não podemos fazer? Mas esta obra traz coisas novas à loucura: qual o objectivo da investigação? E ainda refere uma coisa curiosa, a falta que faz

um caderno de laboratório. A organização, a racionalidade. A ciência é uma coisa e o seu contrário. Não é estática. Evolui com os erros.

Há uma imagem célebre de Einstein, Szilard e Teller juntos a escrever ao presidente. Edward Teller que não queria entrar no projecto Manhattan, por a ciência ser uma coisa pura, logo a seguir, ao ouvir “o presidente falar para ele” (RODRIGUES, 2019a) não parou. Envolveu-se tanto, que nos anos oitenta era conselheiro de Ronald Reagan para a guerra das estrelas! Esta imagem adverte-nos para o facto de não haver cientistas completamente bons nem completamente maus. Acreditar nisso também uma forma de loucura!

E os próprios cientistas acabam por usar a imagem do “cientista louco”. Einstein fez-se fotografar com chinelos femininos. Quase todos os cientistas gostam de cabelos e aspectos esquisitos. Como referi atrás, já não sabemos onde começa a imitação e onde esta se torna encenação.

A família Cavendish, da conhecida banana, tem um antepassado célebre que não queria contactos humanos. Diríamos hoje que era doente ao mesmo tempo que era um génio e comentaríamos as relações entre o génio e a loucura. Mas seria ele mesmo doente? Num outro livro sobre a família diz um dos descendentes: *He's not a gentleman. He works. "Cavendish died a millionaire and had its revenge in not leaving a penny of his fortune to the head of the family.* É muito perigoso estar morto! Humboldt, noutro livro, consultando a biblioteca é severamente avisado pelo criado para não interagir com Cavendish. O milionário Howard Hughes (1905-1976) nunca apertava a mão a ninguém e tinha um frasco de álcool sempre com ele. Diríamos hoje em dia que tinha uma perturbação obsessiva compulsiva de que nem todo o dinheiro do mundo curava naquela altura.

Há também a imagem de Robert Oppenheimer (1904-1967) a explicar a bomba atómica aos generais americanos para logo se arrepende, chorar e procurar que não fosse usada a bomba atómica. É conhecido que Harry S. Truman (1884-1972) dizia que era dele, só dele, Truman, a responsabilidade pela bomba. Qual é a loucura que nos faz cumprir os deveres? Arno Gruen (2003-2015) chamava-lhes falsos deuses e radicava tudo no narcisismo, mas há muito mais do que isso.

Paul Dirac (1902-1984), era conhecido pela sua estranheza e inflexibilidade, de que existem muitas piadas e episódios, Wolfgang Pauli (1900-1958), era conhecido pela sua megalomania e compulsões com a comida, bebida e fumo, tendo tentado um tratamento com uma psicanalista, discípula de Jung. Não ficou curado, como seria de esperar, mas fez muitos desenhos de arquétipos. Fred Hoyle (1915-2001) que era pouco convencional e teimoso. Freeman Dyson (1926-2020) que na juventude pensou fazer naves espaciais com bombas atómicas e agora era um defensor do petróleo de xisto. Linus Pauling (1901-1994), conhecido publicamente pela sua megalomania e bonomia, em privado, podia detestar algumas pessoas. Todas estas personagens que deixaram o nome na ciência eram de alguma forma diferentes, mas seriam “cientistas loucos” ou “génios loucos”? Não, era pouco provável, embora Stephen J. Gould (1941-2002) refira um tipo de atenção ao detalhe, obsessão e pensamento divergentes comuns à maior parte dos cientistas. A ciência é uma actividade heterogénea. No entanto, nós gostamos que os cientistas sejam parecidos e caricaturas simplificadas deles próprios. Somos nós que gostamos que eles sejam tomados como “cientistas loucos” porque os queremos assim, ligando a criatividade à doença mental (SIMONTON, 2014, KYAGA, 2015).

Na conferência Solvay de 1922 de química (a primeira desta área depois de duas de física) tem o famoso professor Tounessol do Tintim de Hergé a ser inspirado no professor Auguste Piccard

(1884-1962) da Bélgica. Estarão presentes, além do famoso Svante Arrhenius, outros químicos que ganharão o prémio Nobel, em particular Soddy e Aston, sendo estabelecido que não havia nenhuma regularidade nas massas isotópicas, e a espectrometria de massa como método de identificar as estruturas químicas. Estiveram também presentes Charles Moureau

(1863-1929) que escreve o infamoso *química da guerra*, Henry Edward Armstrong (1848-1937) o presidente da American Chemical Society (ACS) e que revolucionou o ensino da química mas que escrevia cartas para a Nature a contestar que o NaCl fosse apresentado como um tabuleiro de xadrez (iónico) ou que o hidrogénio aparecesse como bigamo (na ligação de hidrogénio) (RODRIGUES, 2019a).

Dois exemplos recentes mostram que o mito e imagem estão bem vivos. Por um lado o Dr. Heinz Doofenshmirtz de Phineas and Ferb perpetua a imagem inconsequente, cómica, mas irritante. Por outro lado temos os “cientistas loucos” disfarçados de pessoas normais. A presença actual dos “cientistas loucos” modernos em *Jogos de Poder* (2018-2019), em que uma companhia chamada Saskia não se importa de enganar os cidadãos e agricultores com um herbicida chamado lymitrol. Há um agricultor que tem cancro e intenta uma acção, ao mesmo tempo que dois dos donos actuais da Saskia discutem o escoamento do produto. Um cientista foi morto, outro esconde-se e outro ainda mente para salvar a vida. São aparentemente normais mas é o medo que os fazer loucuras, explica a ficção da série. A verdadeira “loucura” é agora passada para os políticos e gerentes. Há um elemento de realidade, claro, e as melhores ficções funcionam assim: fazendo-se passar por realidade. Por outro lado, há um cientista que detecta que o produto é cancerígeno qualquer que seja a concentração, “a concentração não define o veneno” diz. E quando um cientista abandona as premissas da ciência, fazendo-as passar como realidade estamos no domínio da pseudociência (RODRIGUES, 2019b) terreno cada vez mais fértil do “cientista louco.”

Conclusão

Empreendemos neste trabalho uma revisão do mito do “cientista louco” e daqueles que com ele conviveram, desde os personagens antigos aos actuais. Descrevemos o que cada um contribui para a personagem que verificamos ser uma manta de retalhos heterogénea. Uma imagem semiótica, mas espelho da realidade ou do receio desta. Concluimos que o mito da criatividade e da loucura, ou do “génio louco” está ligado ao mito do “cientista louco,” estando ambos bem vivos, podendo ser relacionados com a nossa necessidade de histórias e de sentido.

Bibliografia

- FLORES, Glenn — Mad Scientists, Compassionate Healers, and Greedy Egotists: The Portrayal of Physicians in The Movies. *Journal of the National Medical Association*. 70 (2002) 635-648.
- HAYNES, Roslynn D. — Whatever happened to the ‘mad, bad’ scientist? Overturning the stereotype. *Public Understanding of Science*. 25 (2016) 31–44.
- HOLMES, Richard — *A Era do Deslubrimento*. Lisboa: Gradiva. 2015.
- KYAGA, Simon — *Creativity and Mental Illness: The Mad Genius in Question*. Palgrave. 2015.
- RODRIGUES, Sérgio — *Jardins de Cristais – química e literatura*. Lisboa: Gradiva. 2014.
- RODRIGUES, Sérgio — What can Chemists and the Public Learn from Biographies of Chemists? In MORRIS, Peter; MALAQUIAS, Isabel — *Perspectives on Chemical Biography in the 21st Century*. Cambridge Scholars. 2019.
- RODRIGUES, Sérgio P. J. — Some notes on the pedagogical value of historical pathological science examples from Chemistry and Physics, and related sciences. *História da Ciência e Ensino: Construindo Interfaces*. 20 (2019) 747-760.
- RODRIGUES, Sérgio P. J. — Frankenstein 200.0. *Jornal de Letras*. 29 Agosto de 2018.
- SCHUMMER, Joaquim — Historical roots of the “Mad Scientist” Chemists in the XIXth century in literature. In SCHUMMER, Joaquim, BENSUAUDE-VINCENT, Bernardette, VAN TINGELEN, Brigitte — *The Public Image of Chemistry*. New Jersey: World Scientific. 2007.

SIMONTON, Dean Keith — Can creative productivity be both positively and negatively correlated with psychopathology? Yes! *Frontiers Psychology* 5 (2014) 455-456.

TOUMEY, Christopher P. — The Moral Character of Mad Scientists: A Cultural Critique of Science. *Science, Technology, & Human Values*. 17 (1992) 411-437.

Agradecimentos

Centro de Química de Coimbra UID/QUI/00313 e Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

PSYCHIATRY IN THE THIRD REICH: IMPLICATIONS FOR OUR PRESENT

David Teixeira¹; Sandra Borges¹

¹ Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Interno de Formação Específica em Psiquiatria, 3º ano de especialidade
Email: davidlfteixeira@gmail.com

Abstract

The objective of this article is to talk about psychiatry before and during the German Third Reich, and to establish some parallelisms with cases of political misuse of psychiatry around the world during the twentieth century. We will try to point out some historical lessons that can be learned and that can help us face humanity's future biggest challenges for this century. An unsystematic review was performed using the search engine Pubmed® and the words "Psychiatry and Nazism".

Keywords: History of Psychiatry, Nazi Psychiatry, Holocaust, Aktion T4, political misuse of psychiatry around the world

Introduction

The Third Reich represents the darkest chapter in the history of world Psychiatry. Surprisingly, very few psychiatrists know enough about that period, and there is *virtually* no formation about it for psychiatry residents around the globe, even though physicians were the most represented professional group in the Nazi party (and psychiatry the most represented specialty). During the 20th century, other abusive governments used psychiatry as a weapon to control and punish their citizens. The common phrase "history repeats itself" should be a warning for future times to come, as due to the world's current problems new extremist ideologies rise around the world.

Discussion

German Psychiatry at the beginning of the 20th century had a tremendous international prestige. In the year 1911, Germany had 16 University Psychiatric Clinics. Some of the most renowned psychiatrists from all the time lived and worked in Germany before the Third Reich, like Emil Kraepelin, Carl Wernick (who worked in Wroclaw, a Polish city that used to be German), Ernst Kretschmer, Karl Jaspers, Kurt Schneider, Mayer-Gross, Hans Berger, Karl Kleist, Karl Leonhard, etc. Some of these psychiatrists suffered some kind of loss because of their origins or disagreements with the Nazi policies (notably Jaspers, Kretschmer, Mayer-Gross and Hans Berger).

Meanwhile, Germany's economic and social domains were collapsing ever since the end of the First World War. The unemployment rate and the huge inflation of the basic needs contributed to the rise of extremist thoughts and delusional identification of common enemies under the spell of ultra-nationalism (being the most well-known case the persecution of the Jewish communities). As Hitler was elected in 1933 so began the Third Reich and soon 45% of all German physicians joined the Nazi party. Actually, physicians were the most numerous professional group in the Nazi party, being Psychiatry the most represented medical specialty. The result was that top institutional, university and governmental positions were held by Nazi psychiatrists.

However, even before the rise of the Third Reich some eugenistic theories (based on abusive misinterpretations of Darwin theories) posted mental disorders as a prototypical expression

of “degenerations”, and served as the supposed *scientific rational* for the superiority of the *Arian* race. Amongst the biggest representatives of this thought, was Alfred Ploetz, who proposed the theory of racial hygiene in 1895. He also founded the German Society for Racial Hygiene in 1905 and became an honorary doctor of the University of Munich in 1930. Rüdin (1874-1952) was a Swiss Nazi psychiatrist (a close friend and brother in law of Ploetz himself) who worked as Eugen Bleuler assistant and studied with Emil Kraepelin. During his life he became director of the Max Planck institute of Psychiatry in Munich, and president of the Society of German Neurologists and Psychiatrists from 1935 to 1945. Both Kraepelin and Rüdin were advocates of eugenistic theories. He was described as "not so much a fanatical Nazi as a fanatical geneticist". It is worth mentioning that Josef Mengele (Auschwitz “angel of death”) attended Rüdin lectures and worked in his institute.

As soon as Hitler rose to power, in 1933, an "expert advisory committee for population and racial policy" was established with the contribution of Alfred Ploetz and Ernst Rüdin. This “expert advisory committee” had the task of advising the Nazis on the implementation and enforcement of legislation regarding racial and eugenic issues. They elaborated laws for the “prevention of Genetically Defective Progeny”, which led to an estimated number of 300.000 forced sterilizations in four years. Their goal, which they held true, was to eradicate all schizophrenia. During this period, 183 doctoral theses were written by medical students, discussing the criteria, methods and consequences of sterilization, proving that such acts were not only government directed but also considered good medical practices by the official health and educational institutes.

In 1940, AKTION T4, a secret euthanasia plan for the German mentally ill and physically disabled was created, disguised under the name “Charitable Foundation for Institutional Care”. The name AKTION T4 derived from the headquarters of the organization, at Berlin’s Tiergartenstrasse number 4 (a former Jewish family occupied house). It was the first time in registered human history that physicians decided to kill their own patients. Relatives of these forced patients were made into believe that their helpless relatives were receiving the best medical care, and so they sent money and goods to support the institution. The physicians (amongst them psychiatrists) faked causes of death on the certificates of death sent to those relatives. The remaining live patients were not even allowed to consult their clinical files.

Hitler never gave an official order for extermination. He only permitted it in a letter written in October 1939 and backdated to September 1st, 1939 (blitzkrieg day, the day Germany invaded Poland thus beginning World War II). The killings were conducted in gas chambers located in the premises of six psychiatric institutes: Brandenburg, Grafeneck, Hartheim, Sonnenstein, Bernburg and Hadamar. Initially they used carbon monoxide, followed by the methods of starvation and injection of phenol later. Children were the first victims, notably because they were easier to perform experiments with. 48 physicians selected more than 70.000 patients to die and performed horrendous scientific experiments with many others. The number of direct and indirect deaths in the field of psychiatry during the war accounts for roughly 200.000 people. In 1941 the program was suspended for unknown reasons (enough *cleansing*? Public opinion outcry? Catholic Church pressure that came directly from Rome?). AKTION T4 was as a training experience before the Holocaust: much of this process took place before the plan to annihilate the Jews, Gypsies and homosexuals from Europe.

Amongst the most notable psychiatrists behind these operations were Werner Heyde (Schutzstaffel captain and expert psychiatrist for the secret Nazi police; during 1939 to 1941 he was the first medical director of the killing activities); Paul Nitsche (Heyde’s successor; a student from Alois Alzheimer and Emil Kraepelin); Carl Schneider (researcher at Kraepelin’s Psychiatric Institute, Chairman of the Department of Psychiatry of the University of Heidelberg; scientific leader of the euthanasia program).

From all the cases, Hans Asperger is a case apart. Though he was not directly involved with the Nazi policies, he was rewarded for his affirmations of loyalty with career opportunities. He publicly legitimized race hygiene policies including forced sterilization. Plus, the language he employed to diagnose his patients was often remarkably harsh.

There is a special unique case of cruelty worth mentioning, that of Emil Gelnj and his mass killings perpetrated in Austria with an electroconvulsive therapy (ECT) machine modified specifically for that purpose. It is thought that he killed around 4800 people in total (2100 people in Gugging and 2700 in Mauer-Öhling). The reasons for his switch to this particular horrifying killing method might have been related to the rise in the cost and huge amount of drugs that Gelnj needed with his previous method. Under wartime conditions, deprived from the drugs he needed, he had to look for an alternative killing method. Nazi health authorities, including the secret AKTION T4 organization, actively supported the use of ECT, which helped to define the distinction between 'curable' and 'incurable' patients. Fortunately, there are no other records of the use of ECT as a lethal weapon around the world.

But how did German Psychiatry went awry? How a country like Germany, which in 1931 possessed one of the most advanced and sophisticated codes of medical ethics in the world, was the playground for such atrocities? What about all those renowned psychiatrists from the beginning of the century? How did trying to achieve society's best healthcare possible, degenerated into such a perversion of the preventive medicine? Does it mean that scientific progress stopped in Germany during World War II?

Nothing is more distant from the truth. The Nazi era was a time of remarkable scientific advance in a lot of fields, including medicine, biochemistry and quantum mechanics, leading to huge advances in the creation of guided missiles, jet airplanes, electronic computers, electron microscopes, atomic fission, etc.. This proves that scientific advancement does not necessarily goes hand in hand with ethical advancement. Medical malpractice due to theoretical misjudgment and fundamental error in approach to the patient are what led to these atrocities. Plus, the division of the killing process made most people believe that they were not "individually" or "directly" responsible for the killings. Those who did not killed directly, many times felt as if they were "weak" and they weren't doing their part for society if they didn't cooperate. Even the physicians involved in the mass killings weren't just "evil", as many of them committed those crimes due to peer pressure, fear of government sanctions or simply by following orders and to advance their own interests (careerism).

It would be too generalist to simply blame "evil people" and the Nazi party for all the atrocities committed by psychiatrists back then. But we do know that's much easier for Psychiatry to go awry when it's coupled with a totalitarian regime. Totalitarian regimes try to conform the lifestyle and way of thinking of the citizens to the government's pattern, thus the peak of political use of psychiatry was reached when 20th century totalitarian regimes needed acceptability of the public opinion for political persecution of the defective minorities and free thinkers (making more acceptable the imprisonment of enemies in the eyes of the world). Partially because of this, the prejudice that psychiatry is one of the expressions of political power is still widespread. In Brazil, psychiatrist and psychoanalyst Amilcar Moreira da Silva Lobo (Dr. Cordeiro), tortured those against the Brazilian dictatorship; in former Yugoslavia, group therapist and psychiatrist Radovan Karadžić was found guilty of genocide by the International Criminal Tribunal; in Russia, psychiatric hospitals were heavily used to lock up political enemies in the seventies, after the formal closure of gulags; in China, psychiatry was used to justify persecution of religious minorities; in Argentina, psychiatric unities were used as prisons and as a weapon of psychological and social repression (*desapareciementos*). There is very few information about what's going on the psychiatric field in today's North Korea, which is based on the legacy of Soviet psychiatry (where psychiatric

disorders are understood to be caused mainly by biological causes rather than by psychosocial or psychodynamic factors).

Good history knowledge not only makes us understand the past, but empowers us to predict and prevent the future. Humankind is facing huge challenges at the beginning of the 21st century. The immigration crises in Europe, the dismembering of the European Union (Brexit being the most iconic situation, so far), the rise of extremist political parties and leaders all over the world (in the U.S.A., Brazil, Poland, Italy, Hungary, etc.), the lack of jobs and the deepening of the abyss separating the ultra-rich from the poor, the fear of terrorist attacks that polarizes the public opinion and creates the easy and slippery illusion of the common enemy, the climate changes all over the world and the rise of the newest pandemic, the COVID-19: all of these events are happening right now, as this article is being written, and they all show a lack of global cooperation and understanding that reminds us of the political setting in the Europe of the 1930's. In this era of global share of information and resources, more than ever we need to cooperate and stand by the same principals and goals, avoiding leaders and speeches that stimulate the "us vs. them" view, blaming the emigrants, the poor, the mentally ill or physically disabled, or any other kind of minority for the world's problems. As this text is being written, only 3 European countries are left without extreme right-winged parties sitting in their parliaments. In Portugal, a political party with right extremist political views recently emerged, guaranteeing enough votes for electing it's leader as a congressperson. More than ever, the role of the world's regulating institutions (World Health Organization, United Nations, etc.) needs to be put into test for guaranteeing the continuity of human rights all over the globe.

As the burden of mental health disorders rise in Europe and all over the globe, unfortunately the amount of biomedical research done in the field of Psychiatry and the investment in the proper care of these patients remains clearly insufficient. Psychiatry, like any other medical specialty, it's meant to protect and take care of those who are most in need, therefore preventive health policies can't be subverted to fit any ideology or government. Medical students from all universities, and especially psychiatry residents, need to learn more about this dark chapter of human history and medicine, in order to learn with the mistakes from the past how to surpass the challenges of the future.

Results and Conclusion

Preventive health must never take precedence above treatment for those who are ill. The care of the sick must never be subverted to "fit" into an ideology, whether imposed by the state, by the church, by science or by commercial interests. Professional relations with governments require constant vigilance. We should increase the analysis and debate of the "Nazi Psychiatrists" in contemporary medical student and resident ethics training courses. This dark chapter in human history is a powerful reminder of the dangers and challenges that we face today with the rise of new extremist ideologies all over the world.

Bibliography

- BROWNING, Christopher – *Ordinary Men: Reserve Police Battalion 101 and the Final Solution in Poland*. New York: Harper Perennial, 1993
- CZECH, Herwig – Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna. *Czech Molecular Autism* (2018) 9-29.
- GAZDAG, Gábor et al. – Mass killing under the guise of ECT: the darkest chapter in the history of biological psychiatry. *History of Psychiatry*. 28:4 (2017) 1-7.
- MASSIMILIANO, Buoli et al. – The political use of psychiatry: A comparison between totalitarian regimes. *International Journal of Social Psychiatry*. 63:2 (2017) 169-174.
- PARK, Young. et al. – Psychiatry in Former Socialist Countries: Implications for North Korean Psychiatry. *Psychiatry Investigation*. 11:4 (2014) 363-370.

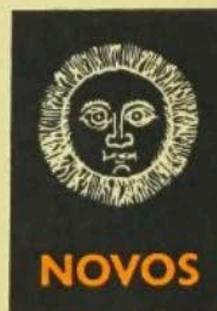
PIAZZI, Andrea et al. – The history of Italian psychiatry during Fascism. *History of Psychiatry*. 22:3 (2011) 251 –267.

STROUS, Rael – Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Annals of General Psychiatry*. 6:8 (2007)

Acknowledgment: This work wouldn't have been possible without the precious help from Dr. Sandra Borges and Dr. Nuno Cunha, psychiatrists at Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Herberto Helder

OS PASSOS EM VOLTA



contistas

PSICOPATOLOGIA E RECURSOS POÉTICOS EM “OS PASSOS EM VOLTA”, DE HERBERTO HELDER – UMA VISÃO DE UM INTERNO DE PSIQUIATRIA

David Teixeira¹; Sandra Borges¹

¹ Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Interno de Formação Específica em Psiquiatria, 3º ano de especialidade
Email:davidlfteixeira@gmail.com

Resumo

Herberto Helder (HH) é um dos autores mais reconhecidos do movimento surrealista português. O seu livro em prosa poética “Os Passos em Volta” (por muitos considerado o seu *Magnum Opus*) é um marco na história da literatura portuguesa. Esta apresentação exclui *a priori* a vida pessoal do autor, para se focar exclusivamente no narrador da obra. Utilizando os contos “Os comboios que vão para Antuérpia”, “Vida e obra de um poeta” e “Brandy”, são descritos os recursos poéticos utilizados e os aparentes sintomas psicopatológicos.

Palavras-chave: Psicopatologia, Poesia Surrealista, Recursos poéticos

Abstract

Herberto Helder (HH) is one of the most recognized poets from the portuguese surrealist movement. “Os Passos em Volta” is a book written in poetic prose, and considered by many to be his *Magnum Opus*, is a major literary event in portuguese literature. This presentation will exclude *a priori* the author’s personal life, to focus solely in the narrator of the book. Using the short stories “Os comboios que vão para Antuérpia”, “Vida e obra de um poeta” and “Brandy”, the author of this article will analyze some of the poetic resources utilized and the psychopathological symptoms that seem to be present.

Introdução

É comum ouvir-se dizer que “de génio e de louco, todos temos um pouco”, reduzindo a genialidade a um certo grau de loucura, sem que a relação que existe entre doença mental e criatividade esteja devidamente provada.

É possível analisar-se o discurso do doente mental de forma a conseguirmos aceder à sua perturbação do pensamento subjacente; mas também é possível analisar-se o mesmo discurso, em busca dos recursos poéticos utilizados.

Sem pretender confundir mais o espaço poético criativo com a experiência subjetiva da doença mental, este trabalho utiliza excertos de três contos do livro “Os Passos em Volta”, de Herberto Helder, identificando simultaneamente a possível psicopatologia presente e os recursos poéticos utilizados pelo autor.

Discussão

A relação entre o génio artístico e a doença mental é uma questão antiga (desde a antiguidade que a poesia é associada à loucura) e que permanece *intuitivamente consensual* mas inexplicada. Em 1992, Kay Redfield Jamison, publicou o livro “Touched with fire: Creativity and bipolar disorder”, onde explora ligações entre diversos artistas mundialmente reconhecidos (por exemplo, o poeta inglês Lord Byron, o pintor holandês Vincent Van Gogh, ou o compositor alemão Robert Schumann) e a doença bipolar. Mais recentemente, um estudo realizado por

OJ Mason et all. (2015) concluiu que nos casos de poesia mais “avantgarde” / “modernista”, havia uma associação mais forte entre esses poetas e traços positivos de esquizotipia, mas também de sintomas bipolares. Existem outros estudos interessantes, mas não é propósito deste artigo discutir detalhadamente as evidências científicas que ligam *genialidade e loucura*. Este trabalho parte de duas premissas. A primeira premissa é que a análise da linguagem expressa é a única ferramenta que dispomos para aferirmos uma perturbação do pensamento subjacente. Da primeira premissa inferimos que uma perturbação mental pode ser reconhecida através da análise cuidada do registo verbal escrito de outrem.

A segunda premissa é que quando um doente mental (incluindo o doente psicótico) comunica verbalmente, fá-lo utilizando recursos poéticos. Pode-se discutir se ele faz um emprego voluntário ou involuntário dos mesmos, mas certamente que é-lhe impossível comunicar sem os utilizar em maior ou menor escala, com maior ou menor decoro, com maior ou menor preocupação estética. Portanto, é possível analisar um texto escrito por um doente psicótico (ou o registo escrito do discurso oral de um doente psicótico) em busca dos recursos poéticos utilizados.

Este trabalho não tem outra pretensão além de ser um exercício lúdico, sendo seu objetivo contrapor, para os mesmos excertos, a possível psicopatologia presente (Psi) com os recursos poéticos (R.P.) utilizados. Importa realçar que a análise dos textos é um produto do autor, sendo que a Psi e os R.P. identificados são por esse motivo suscetíveis de debate aberto.

A obra de arte literária surge do pensamento imaginativo, que trabalha com imagens mentais e representações simbólicas, e que pode dispensar um raciocínio lógico ou substanciação factual. O real literário, enquanto mundo fictício, não tem que ser aquilo que faz sentido no “mundo real”, pois o sentido do texto fá-lo quem o lê, tendo em conta o que pensa, sente e viveu. Por outras palavras, não é por um texto criativo não ter sentido, estar desorganizado ou invocar fantasias impossíveis, que o seu autor deverá ser acompanhado numa unidade de psiquiatria. Esta constatação parece ser particularmente válida quando falamos de poesia.

Herberto Helder nasceu no Funchal, Madeira, no dia 23 de novembro de 1930. Durante a primeira metade da sua vida manteve um vínculo com a publicidade, jornalismo e literatura. No último quartel do século XX escolheu viver em anonimato, raramente concedendo entrevistas e se deixando fotografar, tendo inclusive recusado o Prémio Pessoa em 1994. Apesar da sua reclusão, esta não impediu que ele fosse reconhecido, ainda em vida, como um dos maiores escritores em língua portuguesa da segunda metade do século XX. Herberto Helder morreu aos 84 anos de idade, a 23 de março de 2015, em Cascais.

A obra de Herberto Helder é de difícil categorização, mas ela tende a ser analisada no conjunto do movimento surrealista e experimental português. De facto, tal como acontece com outros poetas experimentalistas, a sua linguagem é exploradora e ambígua, permitindo a criação de novos entendimentos e significados para a linguagem expressa, ao passo que muitos dos seus temas coincidem, grosso modo, com temas populares entre os poetas surrealistas, tais como o erotismo, o onirismo, o ocultismo, a exploração do inconsciente, o «automatismo», a montagem textual ou colagem, e a imagética.

Mas a poesia de Herberto Helder vai mais longe. O seu registo lírico é influenciado por ideais místicos e até alquímicos. Como diz Maria Estela Guedes, *a obra do poeta reata e estabelece laços com a secreta verdade dos seres, através de uma linguagem obscura (...) O oculto é revelador, no sentido em que revela a essência do real (...)*. O poeta é o sujeito portador da chave, a chave mestra que poderá desvendar todas as respostas.

Outra particularidade da sua obra é o conceito do *poema contínuo*, como se toda a sua obra fosse um todo indivisível, apesar das aparentes divisões superficiais. Esse poema contínuo, através do recorrente confronto de signos inconciliáveis visa *desentranbar todo um universo ainda não tocado ou maculado*, o verdadeiro e inextinguível conteúdo que permeia todos os seus textos, através do qual, nas palavras de Carla Carvalho, *o eu poético tende a desmistificar as singularidades da humanidade, realçando a unidade universal e coletiva do mundo*.

Sendo talvez unânime que toda a poesia (pelo menos a “boa poesia”) transmite algum *qualia* do poeta para o leitor (qualidade subjetiva e intransmissível da experiência mental consciente), podemos arriscar dizer que a obra de Herberto Helder reveste-se de tanto maior fascínio e assombro, quanto maior é o nível de intangibilidade do *qualia* que a reveste.

“Os Passos em Volta”, livro publicado em 1963, são uma série de 23 contos escritos num estilo único, que por comodidade designaremos como *prosa poética*. Os contos unem-se através do protagonista/narrador, os temas repetem-se e (con)fundem-se, enquanto certas palavras reaparecem e multiplicam os seus significados e interligações. Uma vez que estes contos desobedecem aos três princípios da coerência discursiva (relevância, não tautologia e não contradição), deduz-se que a escolha do título “Trezentos e sessenta graus” para o último conto do livro não tenha sido inocente. Ora, é precisamente essa ausência de narrativa temporalmente ou causalmente progressiva que dá lugar a estas narrativas onde o tempo, o espaço e o conteúdo narrado são aquilo que menos importa, criando *espaço poético* para a alquimia linguística de Herberto Helder. Nas próprias palavras do poeta, numa autoentrevista concedida ao jornal *Público*, em 1990, inscrever “Os Passos em Volta” *na designação de contos, ou chamar aos meus outros livros conjuntos de poemas, significa apenas ausência de superfície às categorias estabelecidas. (...) Os Passos em Volta são a minha primeira tentativa para superar a dicotomia prosa-poesia.*

É crucial realçar que esta obra foi revista várias vezes pelo autor: o texto que vemos é *intencionalmente/criticamente* assim construído. Por outras palavras, a escolha de palavras apresentada é voluntária e consciente, ou seja, tem *insight*, ao passo que a doença mental, nomeadamente uma doença psicótica, é precisamente uma doença porque o sujeito não tem controlo voluntário e consciente sobre a mesma. Como Earnshaw conclui de forma brilhante, *a poesia é uma forma de “nominar o mundo” através de um particular humor (poético), mas permanece aberta a possibilidade para o poeta de refletir sobre o humor através do qual está a escrever (...) e conseguir interpretar a sua própria linguagem como algo não literal.* Reforça-se aqui que este trabalho exclui qualquer consideração sobre a saúde mental do poeta, optando por reforçar o seu génio criativo e capacidade para navegar no *humor poético* a fim de produzir poesia com um *qualia* sublime.

Adicionalmente, ao elaborar este trabalho, o autor apercebeu-se da possível comparação e justaposição entre as 5 fases de esquizofrenia de Conrad (tabela 1) e as 3 fases da poética herbertiana (tabela 2), nomeadamente: trema – primeira fase; apofania/anástrofe – segunda fase; apocalipse e resíduo – terceira fase. Esta aproximação, tal como os R.P. e Psi identificados estão abertos a discussão.

Fases de Esquizofrenia de Conrad	
Fase	Descrição
Trema	Humor delirante acompanhando uma mudança perceptiva total do mundo
Apofania	A busca e o encontro de um novo significado para as novas vivências psicopatológicas
Anástrofe	Pico de maior intensidade da psicose
Apocalipse/Consolidação	Formação de uma nova visão sobre o mundo baseada em novos significados
Resíduo	Estado residual

Tabela 1. Fases de Esquizofrenia de Conrad

Fases da poética herbertiana	
1ª fase	Desajuste entre expressão e problema. Esta é uma fase de confusão, onde o surrealismo e o anarquismo se entrelaçam
2ª fase	Combinação de um número limitado de expressões e palavras mestras, criando uma linguagem encantatória, ou seja, uma espécie de fórmula virtual mágica
3ª fase	Onde o poeta descobre os vários graus de liberdade da sua poética, sendo esta uma fase ligada ao signo da crença

Tabela 2. Fases da poética herbertiana
(fonte: www.citi.pt/cultura/literatura/poesia/helder/uni_hel.html)

Tecidas algumas considerações sobre o desígnio geral deste trabalho e sobre a vida e obra de Herberto Helder, analisemos então algumas passagens selecionadas desses três contos:

Conto 1 – Passagens de “Os comboios que vão para Antuérpia”

■ Casa sobre a linha férrea(...)

- R.P: *Alegoria (sucessão de metáforas que criam um mundo alternativo)*
- Psi: *Implausibilidade do conteúdo do discurso*

■ Esta minha vida de agora é circular e eu sufoco, sem dela poder sair, com o deus que lá existe, com Deus, com Deus...Comboios que não param de ranger e apitar. Comboios que partem. Durante a noite acordo muitas vezes com Deus a apitar.

- R.P.: *Imagem: carácter cinematográfico/ quiasmo (comboios-pensamentos/ Deus-eu)*
- Psi: *Perda dos limites conceptuais*

■ Penso que desejaria somente a presença incógnita e solitária dessa pessoa atrás da porta. Ela não deveria bater, solicitar, inquirir. - Posso falar? Podemos falar? (...) Não, não está ninguém junto à porta.

- R.P.: *Pergunta retórica?*
- Psi: *Alucinação auditiva? Pseudo-alucinação? Ilusão?*

Conto 2 – Passagens de “Vida e obra de um poeta”

■ Eu não tinha dinheiro nem livro nem cigarros. Não tinha trabalho nem ócio, porque estava desesperado.(...) Estou fechado num quarto. Nem posso fumar. Não posso descansar.

- R.P.: *Paralelismo de construção; assíndeto*
- Psi: *Humor depressivo/ desesperança/ insónia*

■ **TALVEZ SÓ NO MAR NOS SEJA CONCEDIDO MORRER VERDADEIRAMENTE, MORRER COMO NENHUM HOMEM PODE. (...) O UNIVERSO PASSA BEM SEM MIM.**

- Psi: *Ideação suicidária passiva*

■ Ao norte existe o rio Escalda. De lá se parte, chega-se ao mar. já me disseram que a gente que nasce e vive ao pé do mar é mais pura. Penso que o mar dá uma qualidade especial à fantasia, ao desejo e à confiança. É uma propriedade misteriosa do espírito, e por ela se aprende a nada esperar, a não desesperar de nada. Talvez seja isso a inocência. Talvez só no mar nos seja concedido morrer verdadeiramente, morrer como nenhum homem pode.

- Psi: *Descarrilamento do pensamento*

■ (...) para meter-me nalguma casa que tivesse a porta aberta, e ir dormir na retrete. Explico: em Paris, os três filhos de Deus debatiam-se com o árduo problema da dormida. (...) encontrados no acaso de vadiagens e bebedeiras. (...) mas eu precisava de solidão e conforto (era a obra que, secretamente, se desenvolvia em mim...) Era possível dormir nas retretes, nas retretes privadas, nas retretes das casas das outras pessoas! A ideia abalou-me tanto que andei confuso e comovido durante dias.

- R.P.: *Antonómiasia/ alegoria*

- Psi: *Desorganização do comportamento*

■ Avancei muito no conhecimento da divindade, desde o dia em que escrevi um dístico na parede de um urinol de Lisboa até à minha obra-prima (um poema dramático), oferecida com maliciosa ingenuidade a uma prostituta nas docas de Amesterdão (ela não sabia português).

- R.P.: *Oxímoro/ ironia*

- Psi: *Delírio de grandeza / ideia deliroides de grandeza*

■ Foi assim que me pus a escrever (na retrete) (..); O mundo não me tocara e fecundara em vão. (...) Levava tudo para a retrete: o amor, o terror, a grande cidade, o anjo da guarda com que atravessara o bairro atulhado de putas. A minha obra nascia (...) olhava a cara num pequeno espelho de bolso, para ver se eu próprio me transformava por fora, ao sabor do sensível movimento do espírito, este conhecimento que ia ganhando da vida e da poesia. Vi que sim. O rosto anunciava com antecedência a chegada súbita de um sentimento agudo e quase doloroso das coisas, sua concordância e relações, a chegada da iluminação. (...) é um bom poema em que trabalhei quinze noites seguidas, sempre sentado numa retrete da rue des Abesses.

- R.P.: *Alegoria/ enumeração*

- Psi: *Humor delirante/em êxtase (apofania) / pressão do discurso aumentada (hipergrafia)/ insónia total*

Conto 3 – Passagens de “Brandy”

■ Tire a mão de cima da minha. Desejo estar completamente bêbedo. Pare de falar nas pessoas. Que são as pessoas? São eu? Soa mal. A expressão está conforme à gramática? São eu.

- R.P.: *Enálage*
- Psi: *Quebra dos limites do eu*

■ Era arrebatador. Eu via as casas, as ruas, os rostos, os animais que os homens acariciam, esse maravilhoso vagar da terra, e ficava estupefacto, fulminado. Gritava para mim próprio: é um milagre, *o milagre!* (...) estava continuamente acordado; descobria, diante da matéria interrogada, figurações, modelos, réplicas. (...) Todas as noites inventava as mulheres, uma grande mulher perfeita, a mestra da loucura. (...) escrevi poemas sobre as vozes, as luzes, as metamorfoses, as imagens (...) Desejava conhecer tudo, abrir os enigmas (...) Ficava extasiado. Uma noite, só, sentado num quarto vazio, subitamente compreendi.

- R.P.: *Enumeração com gradação ascendente/ metáfora*
- Psi: *Pressão de discurso aumentada/ideias delirantes/deliroides de grandiosidade/apofania/ insónia total*

Resultados e Conclusão: O espaço poético criativo não é sobreponível com a experiência da doença mental. Embora vários sintomas psicopatológicos e diferentes recursos expressivos sejam encontrados nestes contos, não existe evidência de que estes tenham um fim ou fundo psicopatológico. A pessoa que escreve um texto literário está, *a priori*, consciente dos significados metafóricos e figurativos da linguagem que emprega; a qualquer momento, ela pode “desligar-se” da lente emocional através da qual ela navega no *humor poético*. Pelo contrário, um doente psicótico é doente porque, *precisamente*, não consegue “desligar-se” desse estado que fomenta os seus sintomas psicóticos.

Bibliografia

CITI – Centro de Investigação para Tecnologias Interativas – Instituto da Cooperação e da Língua, Ministério dos Negócios Estrangeiros – Universo poético de Herberto Helder. Link: http://www.citi.pt/cultura/literatura/poesia/helder/uni_hel.html (consultado em 20 de abril de 2019)

DAL FARRA, Maria Lúcia - *A Alquimia da linguagem: leitura da cosmogonia poética de Herberto Helder*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1986.

EARNSHAW, Owen – Mood, Delusions and Poetry: Emotional ‘Wording of the World’ in Psychosis, Philosophy and the Everyday. *Philosophia*. 45 (2017) 1697–1708.

GUEDES, Maria Estela – Herberto Helder, Poeta Obscuro. LINK: http://www.triplov.com/poeta_obsкуро/passos1.html (consultado em 20 de abril de 2019)

HELDER, Herberto – Os Passos em Volta. Porto: Porto Editora, 12ª Edição, 2015

MARQUES CARVALHO, Carla Delfina - O Símbolo na Poética de Herberto Helder: Uma linguagem universal de água, fogo, terra e ar. Funchal: Dissertação de Mestrado em Estudos Linguísticos e Culturais, Universidade da Madeira, 2017.

MASON, O.J.; MORT, H.; WOO, J. – Investigating psychotic traits in poets. *Psychological Medicine*. 45 (2015) 667–669.

OYEBODE, Femi - Sims' Symptoms in the Mind, Londres: Elsevier Health Sciences, 6ª edição, 2018 <https://www.publico.pt/2015/03/24/ficheiro/as-turvacoes-da-inocencia-20150324-170603>

Agradecimentos: Este trabalho não teria sido possível sem a ajuda da professora Isabel Prates (professora de Português do Ensino Secundário), e da minha orientadora de formação específica em Psiquiatria, Dra. Sandra Borges (Assistente Hospitalar de Psiquiatria). Um grande bem-haja para ambas.

2008.05.29 ctt Lisboa



140 anos
do nascimento de
Camilo Pessanha

Carimbo Comemorativo dos CTT-Correios de Portugal alusivo aos 140 anos do nascimento de Camilo Pessanha

CAMILO PESSANHA E O ÓPIO – DROGA OU SONHO E POESIA?

Diana Amorim Pires¹; Margarida Passos²; Paulo Horta³

Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

¹Interna de Formação Específica de Psiquiatria;

^{2,3}Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria

Email:dcapires1991@gmail.com;margaridapassos@hmlemos.min-saude.pt;

³paulohorta@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Camilo Pessanha foi um poeta português da segunda metade do século XIX, considerado o expoente máximo da corrente literária do *Symbolismo* nacional. Conhecido principalmente pela sua obra *Clepsidra* e pela proximidade à Geração d'Orpheu, Camilo foi um consumidor constante de ópio ao longo da sua vida, que o levou à sua gradual degradação e morte aos 59 anos de idade.

Na sua obra, é evidente a influência desta droga na criação poética, com relatos na primeira pessoa dos seus efeitos agudos e também do martírio do período de abstinência.

Sendo assim, nesta reflexão pretende-se dar a conhecer este autor obscuro ao olhar do público e refletir na influência e na importância que o consumo de substâncias tem no processo criativo, bem como nos efeitos e consequências para a saúde individual que esta prática acarreta.

Palavras-chave: Camilo Pessanha, ópio, poesia, psiquiatria

Abstract

Camilo Pessanha was a Portuguese poet from the second half of the 19th century, considered the greatest exponent of the literary current of national *Symbolism*. Known mainly for his work *Clepsidra* and for his proximity to the Geração d'Orpheu, Pessanha was a constant consumer of opium throughout his life, which led to his gradual degradation and death at the age of 59.

In his work, the influence of this drug on poetic creation is evident, with first-person reports of its acute effects and also of the martyrdom of the period of abstinence.

Therefore, this reflection intends to make this obscure author known to the public and to reflect on the influence and importance that substance consumption has on the creative process, as well as on the individual health effects and consequences of this practice.

Introdução

Camilo Pessanha, poeta português da segunda metade do século XIX, é considerado o expoente máximo da corrente literária do *Symbolismo* lusitano. É principalmente conhecido pela sua obra *Clepsidra* e, apesar de não ter feito parte da Geração d'Orpheu, é próximo de nomes como Fernando Pessoa e Mário de Sá-Carneiro.

Pessanha foi um consumidor constante de ópio ao longo da vida, que o levou à gradual degradação física e mental, e finalmente à morte aos 59 anos. Na sua obra, é evidente a influência desta droga na criação poética, sendo nela possível encontrarem-se relatos líricos dos seus efeitos agudos euforizantes, bem como do martírio do período de abstinência.

Sendo assim, nesta reflexão pretende-se dar a conhecer este autor obscuro da literatura nacional e refletir sobre a influência e a importância que o consumo de substâncias tem no processo criativo, bem como nos seus efeitos e consequências para a saúde individual.

O Ópio acompanha o Homem desde a Antiguidade

O ópio é uma substância que deriva da papoila *Papaver somniferum* e a evidência do seu uso remonta até à Pré-história, quando este era usado nos mais variados contextos, como por exemplo, em rituais místicos ou religiosos, para fins recreativos ou como substância com propriedades medicinais.

Este padrão de consumo, maioritariamente ligado à Medicina para alívio das mais variadas maleitas, como a dor, os problemas gastrointestinais e respiratórios, a insónia ou as enfermidades mentais, manteve-se durante séculos, predominantemente em regiões como o Médio Oriente ou a Ásia.

Em 1527, Paracelso introduz o láudano na Medicina Ocidental, um medicamento à base de ópio que traz das suas viagens pela Arábia. Um século mais tarde, o inglês Thomas Sydenham comenta, acerca do ópio na medicina europeia, que “entre os remédios oferecidos por Deus Todo Poderoso para aliviar o sofrimento do homem nenhum é tão universal e tão eficaz quanto o ópio”.

Após a sua larga difusão, nos séculos XVIII e XIX, o ópio passou a ser utilizado para tratar múltiplas “doenças nervosas”, como a psicose, dadas as suas propriedades tranquilizantes e sedativas, mas também se foi tornando num grave problema de saúde pública dada a sua crescente utilização abusiva e potencial para a dependência, que levaram à necessidade de uma legislação e controlo de vendas rigorosos. Ao adquirir tal importância, nomeadamente a nível económico, assiste-se no século XIX às *Guerras do Ópio* entre a China e o Reino Unido. Com a evolução do conhecimento médico acerca desta substância, foi-se gradualmente compreendendo o potencial abusivo desta substância e a probabilidade de dependência do ópio e dos seus derivados, fazendo atualmente parte das classificações diagnósticas as perturbações de uso de opiáceos.

O Ópio invade a Literatura Europeia e Portuguesa

Em 1822, surge pelo génio do escritor inglês Thomas De Quincey uma das primeiras descrições literárias sobre o consumo e a adição ao ópio, *Confessions of an English Opium-Eater*. Esta obra de teor autobiográfico descreve na primeira pessoa a facilidade com que se adquiria ópio na Inglaterra vitoriana e a sua queda vertiginosa no abuso e dependência desta substância, oferecendo De Quincey um importante contributo descritivo acerca dos efeitos agudos e consequências desta adição para a comunidade médica. No seu testemunho, o autor enfatiza o perigo da utilização livre de opiáceos mas descreve também o prazer obtido pelo seu consumo. Outro famoso escritor inglês sujeito aos malefícios do uso continuado de láudano foi Samuel Taylor Coleridge, que iniciou o consumo desta formulação como forma de alívio dos sintomas de febre reumática, tendo posteriormente escrito acerca da sua dependência na sua obra lírica.

Em Portugal, os problemas relacionados com o ópio tornaram-se evidentes em escritores como Fernando Pessoa (Álvaro de Campos “é antes do ópio que a minh' alma é doente”), Mário de Sá-Carneiro (“Ópio de inferno em vez de paraíso?”) e Camilo Pessanha, que mantinha estreitas relações com Macau que permitia um acesso fácil ao ópio, de quem falaremos a seguir.

Camilo Pessanha, o poeta

Camilo de Almeida Pessanha, considerado o representante máximo do movimento do *Simbolismo* luso, nasceu em Coimbra a 7 de Setembro de 1867, filho ilegítimo do aristocrata Francisco António de Almeida Pessanha e de Maria Espírito Santo Duarte Nunes Pereira, sua empregada. Durante a sua infância, viveu em vários pontos do país, inclusive nos Açores, de acordo com o destacamento profissional do seu pai. Mais tarde, regressou à sua cidade natal, onde se formou em Direito, como o seu progenitor, pela Universidade de Coimbra. Durante o curso, terá sofrido o seu primeiro desgosto amoroso, que despoletou um

interregno, e possivelmente os primeiros indícios de uma possível doença mental, de carácter melancólico.

Posteriormente, exerceu diferentes cargos em vários pontos do país, até se mudar para Macau em 1894, onde foi professor de várias disciplinas ligadas às Letras e juiz. Julga-se que a sua principal motivação para tal mudança tenha sido o seu fascínio pela cultura oriental. Posteriormente, aquando dos seus regressos falhados a Portugal, o objetivo do eterno retorno àquela colónia portuguesa prendia-se com a perspectiva do fácil acesso ao ópio, do qual se viria a tornar dependente por força da necessidade de combate contra os seus sintomas melancólicos.

Até 1915, regressou diversas vezes a Portugal por motivos de saúde, tendo privado com Fernando Pessoa numa dessas viagens, acérrimo admirador da sua poesia.

Durante toda a sua vida, sem nunca se preocupar em compilar a sua obra lírica, publicou vários poemas em diferentes revistas e jornais e ofereceu outros tantos, prometidos ao esquecimento, não fosse a preocupação dos seus amigos em preservar a sua obra. Assim, o seu único livro *Clepsidra* foi editado, em 1920, pela mão de Ana de Castro Osório, que colecionava recortes de jornais e cartas com os seus poemas, e posteriormente reeditado com futuros acréscimos de mais poemas recolhidos.

A 1 de Março 1926, acabou por morrer em Macau, devido a tuberculose pulmonar, agravada pelas consequências nefastas da dependência crónica do ópio.

Camilo Pessanha, o expoente do *Simbolismo* nacional

O *Simbolismo* foi um movimento artístico, e portanto também literário, com influência em obras de base lírica e poética, que surge no final do século XIX como forma de reação contra o Naturalismo e o Realismo. Apresenta caracteristicamente uma marca imaginativa, onírica e espiritual, por vezes pessimista, e é representado por uma *metafísica nebulosa*, recorrendo frequentemente a uma expressão vaga de ideias mal definidas com recurso a símbolos da Natureza para traduzir realidades transcendentais e absolutas e a uma elocução poética musical e fluída, embora caótica.

Na obra de Camilo Pessanha é evidente a temática da crise existencial, da angústia metafísica e do desencanto pela vida. Nela, o autor fala da fuga a essa angústia, que lhe parece impossível, num discurso por vezes niísta e sem solução, que só poderá culminar na morte. Paralelamente, na vida real, pode-se considerar que o escritor tenta essa fuga com recurso ao ópio, que lhe oferece um prazeroso esquecimento inicial, mas que futuramente se prova insuficiente e fatal.

Branco e Vermelho

Abaixo, segue o poema “*Branco e Vermelho*” de Camilo Pessanha, retirado do livro reeditado *Clepsidra*, seguido de uma breve reflexão, com contextualização médica e psiquiátrica sobre o mesmo, tendo em conta a influência do ópio na vida e na escrita do autor.

*A dor, forte e imprevista,
Ferindo-me, imprevista,
De branca e de imprevista
Foi um deslumbramento,
Que me endoidou a vista,
Fez-me perder a vista,
Fez-me fugir a vista,
Num doce esvaimento.
Como um deserto imenso,
Branco deserto imenso,*

*Resplandecente e imenso,
Fez-se em redor de mim.*

*Todo o meu ser, suspenso,
Não sinto já, não penso,
Pairo na luz, suspenso...
Que delícia sem fim!
Na inundação da luz
Banhando os céus a flux,
No êxtase da luz,
Vejo passar, desfila
(Seus pobres corpos nus
Que a distancia reduz,
Amesquinha e reduz
No fundo da pupila)
Na areia imensa e plana
Ao longe a caravana
Sem fim, a caravana
Na linha do horizonte
Da enorme dor humana,
Da insigne dor humana...
A inútil dor humana!
Marcha, curvada a frente.
Até o chão, curvados,
Exaustos e curvados,
Vão um a um, curvados,
Escravos condenados,
No poente recortados,
Em negro recortados,
Magros, mesquinhos, vis.
A cada golpe tremem
Os que de medo tremem,
E as pálpebras me tremem
Quando o açoite vibra.
Estala! e apenas gemem,
Palidamente gemem,*

*A cada golpe gemem,
Que os desequilibra.
Sob o açoite caem,
A cada golpe caem,
Erguem-se logo. Caem,
Soergue-os o terror...
Até que enfim desmaiem,
Por uma vez desmaiem!
Ei-los que enfim se esvaem,
Vencida, enfim, a dor...
E ali fiquem serenos,
De costas e serenos.
Beije-os a luz, serenos,
Nas amplas frentes calmas.*

Ó céus claros e amenos,
Doços jardins amenos,
Onde se sofre menos,
Onde dormem as almas!
A dor, deserto imenso,
Branco deserto imenso,
Resplandecente e imenso,
Foi um deslumbramento.
Todo o meu ser suspenso,
Não sinto já, não penso,
Pairo na luz, suspenso
Num doce esvaimento.
Ó morte, vem depressa,
Acorda, vem depressa,
Acode-me depressa,
Vem-me enxugar o suor,
Que o estertor começa.
É cumprir a promessa.
Já o sonho começa...
Tudo vermelho em flor...

No início do poema, é possível compreendermos pelas palavras de Pessanha a dor existencial que o acompanha continuamente e a sua procura pela sensação do efeito tranquilizador imediato e euforizante do ópio “*Não sinto já, não penso, / Pairo na luz, suspenso... / Que delícia sem fim!*”, que envolve o escritor num *deslumbramento* e num *doce esvaimento*, permitindo que este se esqueça dessa dor vital.

O “*branco deserto imenso*” e os “*céus claros e amenos, / Doços jardins amenos*” podem remeter para o Oriente, que fascina Pessanha, e para as suas *delícias*, nomeadamente o ópio, onde o escritor se *perde* e elimina temporariamente a sua sofrimento. Aí, ele dissipa a sua dor existencial e encobre o seu pensamento amaldiçoado pelas *necessidades* impostas de sacrifício e sofrimento, conceitos cristãos enraizados na cultura europeia, pairando na luz oriental e nos deleites do ópio.

Porém, sob a luz e o êxtase do Oriente, e à medida que o efeito do ópio se desfaz, o sujeito poético vê “*Ao longe a caravana / Sem fim, a caravana / Na linha do horizonte / Da enorme dor humana, / Da insigne dor humana... / A inútil dor humana!*”. Na linha longínqua do Ocidente, são corpos nus os que o narrador vê, corpos reduzidos, encurvados e exaustos, que antevêm o regresso à dor da existência, ao niilismo, e também o aparecimento da síndrome de abstinência. *Escravos* condenados ao uso inevitável do ópio, que vivem uma dor e uma angústia que os predispõe para o prazer do esquecimento proporcionado por este elixir, sofrem então com os sintomas da abstinência opiácea (*tremem, gemem, desequilibram-se e caem*), bem como com a dor física que se lhes associa, até que finalmente a mesma é vencida, se bem que transitoriamente, pelo retomar do consumo, para apaziguar o sofrimento e para que os beije de novo a luz. E assim, no remate, se contempla o carácter cíclico entre a doçura e a dor do consumo do ópio.

No final, percebe-se que o sujeito poético não tolera mais esta existência, condenada à dor vital e constitucional, apaziguada apenas pelo amortecimento momentâneo de uma droga, suplicando a morte através do *vermelho* das papoilas.

Este é apenas um exemplo de uma possível interpretação da poética de Camilo Pessanha à luz da experiência opiácea. Se por um lado o consumo “ajuda” à concretização poética, proporcionando experiências pessoais passíveis de serem transformadas em arte, também se

pode afirmar que a própria cultura e comunidade médica pode aprender com a literatura e os seus relatos sobre o que as adições significam para as pessoas que as sofrem e o que elas procuram com o consumo destas substâncias. Portanto, tal como se vê em Thomas De Quincey e Camilo Pessanha, é indubitável a importância da arte, seja ela qual for, na compreensão dos comportamentos aditivos.

Outras referências ao Ópio na escrita de Camilo Pessanha

Para além das referências ao ópio na sua obra poética, Camilo Pessanha também expressa a sua dependência física e a sua necessidade de alívio psicológico através do efeito desta substância em várias correspondências trocadas ao longo da sua vida, repletas de teor melancólico, como podemos ver no seguinte excerto dirigido a Trindade Coelho:

“(...) de regresso a casa, deitei-me, segundo o costume ao comprido - perinde ac cadaver - remirar-me no bom acabamento da obra feita. Naturalmente, enquanto Águia de Prata ia preparando e dando-me a inspirar o inefável tóxico consolador produzia-se a pouco e pouco em mim esse delírio lúcido, dizem, da intoxicação pelos hipnóticos, em que sem perder a consciência da situação em que se está, se evoca no espírito com absoluta fidelidade e perfeita nitidez, uma outra situação, em outro lugar ou em outro tempo, como se vivesse simultaneamente das vidas muito distantes uma da outra.”

Tanto na sua obra poética como nas suas correspondências, é notória a necessidade da função escapista e entorpecedora do ópio em Camilo Pessanha, que procurava consolo para as suas dores mentais, possivelmente já constitucionais em si e que o predispunham para este comportamento aditivo. Contudo, a longo prazo verificou-se que o alívio agudo conduziu à fatalidade crónica, como em muitos outros casos conhecidos, e que se a ajuda, ou o tempo, tivessem sido outros, talvez a duração do seu génio tivesse sido mais extensa.

Conclusões

O ópio tem sido uma companhia constante do Homem ao longo da história e, no século XIX, surgem as primeiras descrições do uso indevido desta substância, através de narrações literárias na primeira pessoa, como na obra de Thomas De Quincey.

Em Portugal, muitos poetas foram reconhecidos consumidores de ópio, como Camilo Pessanha, considerado o expoente máximo da poesia simbólica portuguesa. A sua obra está impregnada de referências ao ópio, passíveis de serem analisadas e colocadas a par com o conhecimento científico acerca dos efeitos e consequências globais do consumo do ópio. Nele se materializa a dualidade que representa o ópio: o sonho e a criatividade que proporciona e a fatalidade em que culmina.

Fontes e Bibliografia Final

PESSANHA, Camilo – Clepsidra e Outros Poemas. Lisboa: Atica, 1969.

BARREIROS, António José – História da Literatura Portuguesa, Volume II - Séculos XIX-XX. Lisboa: Editora Pax, 1982.

PIRES, Daniel – Cronologia da Vida e Obra de Camilo Pessanha.

<http://purl.pt/14369/1/cronologia1867.html> (consultado em Fevereiro de 2020)

DUARTE, Danilo Freire – Opium and opioids: a brief history. Revista Brasileira de Anestesiologia. 55:1 (2005) 135-146.

GARMES, Herder, DUARTE, Braga – Uma dupla leitura do cromatismo de “Branco e Vermelho” de Camilo Pessanha.

<https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/14149.pdf> (consultado em Abril de 2019)

SOBRE NARCOANÁLISIS Y LA "AMITAL INTERVIEW": ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICOS Y ACTUALES

**Cristina Carcavilla Puey², David Simón Lorda¹, Jessica Otilia Pérez Triveño³,
Rosana Ortiz Soriano², Sandra Rodríguez Ramos².**

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

¹Médico Psiquiatra. ²MIR Psiquiatría.

³Médico Psiquiatra. Badalona (Barcelona)

Email:Cristina.Carcavilla.Puey@sergas.es

Resumen

El "suero de la verdad " es un nombre coloquial para cualquiera de una gama de drogas psicoactivas utilizadas en un esfuerzo por obtener información de sujetos que no pueden o no quieren proporcionarla de otra manera. Estos incluyen escopolamina, amobarbital, tiopental sódico, midazolam, flunitrazepam... entre otros. El narcoanálisis consiste en el uso de estos fármacos durante la psicoterapia para facilitar el paso a la conciencia de material inconsciente cargado emocionalmente. La entrevista bajo tratamiento con amobarbital (Amital Interview) ha sido una herramienta diagnóstica y terapéutica durante casi 90 años, si bien en las últimas décadas han sido sustituidas por fármacos como las benzodiazepinas. Con este fin, se repasa la literatura psiquiátrica sobre narcoanálisis y su práctica en España y otros países, así como los problemas surgidos a lo largo de la Historia sobre su uso de manera científica, ética y legal.

Palabras clave: narcoanálisis, entrevista con amitil, psicoterapias, psiquiatría legal, bioética.

Abstract

The "truth serum" is a colloquial name for any of a range of psychoactive drugs used in an effort to obtain information from subjects who cannot or do not want to provide otherwise. These include scopolamine, amobarbital, sodium thiopental, midazolam, flunitrazepam ... among others. Narcoanalysis consists in the use of these drugs during psychotherapy to facilitate the passage to the consciousness of emotionally charged unconscious material. The interview under treatment with amobarbital (Amital Interview) has been a diagnostic and therapeutic tool for almost 90 years, although in recent decades they have been replaced by drugs such as benzodiazepines. To this end, the psychiatric literature on narcoanalysis and its practice in Spain and other countries is reviewed, as well as the problems that have arisen throughout the History of its use in a scientific, ethical and legal way.

Key words: narcoanalysis; amitil interview; psychotherapy; legal psychiatry; bioethics.

Introducción

En 1951 se publica en España el libro "El Narcoanálisis como procedimiento diagnóstico y criminalístico". Ha pasado más de medio siglo desde que esta publicación salió a la luz en España, y nos proponemos, a través de este trabajo, realizar un breve repaso de la historia del narcoanálisis, así como de los conflictos a nivel legal y ético que de él se han derivado.

El narcoanálisis como procedimiento diagnóstico y criminalístico (Kranz, 1951)

Este libro¹ que tuvo una importante difusión en ese momento, pero hoy ha sido olvidado, fue publicado en Alemania el año anterior (Die Narkoanalyse als diagnostisches und kriminalistisches Verfahren. Editorial Mohr: Tübingen, 1950) por el psiquiatra alemán Heinrich Kranz (1901-1979). El autor era profesor de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de Heidelberg, y director del Sanatorio de Wieselcho (Baden) en el momento de la edición del libro. En la edición española, lleva un prologuista de máximo prestigio en la psiquiatría académica de ese período del franquismo, el doctor Juan José López Ibor. Fue editado por la Editorial Revista de Derecho Privado (Madrid). Contenía además otros dos estudios que complementaban el texto de Kranz. El primero era "El proceso del pentotal" por el Profesor Maxime Laignel-Lavastine (1875-1953), un psiquiatra francés, y que lo había publicado en el verano de 1950 en la edición española de *Le Monde Medical*. El otro texto era "Narcoanálisis y derecho penal", escrito por el fiscal, magistrado y tratadista de Derecho Penal Antonio Quintano Ripollés (1905-1967) y publicado previamente en la revista *Derecho Procesal*.

2. Historia del narcoanálisis

El término narcoanálisis (del griego "Narkē" -anestesia o letargo-) se usa para describir una técnica diagnóstica y psicoterapéutica mediante el uso de drogas psicoactivas, principalmente barbitúricos,⁵ para crear un estado semejante a un sueño superficial o somnolencia, es decir, un estado de conciencia alterada¹, que facilite el paso a la conciencia de material inconsciente con carga emocional. Estos fármacos han sido conocidos popularmente como "suero de la verdad", y consisten en una gama de drogas psicoactivas utilizadas en un esfuerzo por obtener información de sujetos que no pueden o no quieren proporcionarla de otra manera. Estos incluyen escopolamina, amobarbital, **tiopental o pentotal sódico o Pentothal®** (conocido propiamente como suero de la verdad), **amital sódico o amobarbital**, Eunarcón®, Evipán®, Methedrina®, midazolam, flunitrazepam... entre otros.

Las raíces del narcoanálisis se sitúan en los albores de la década de 1890. En 1893 **Sigmund Freud** defendía que la catarsis es una técnica psicoterapéutica que sirve como purga emocional o descarga de afecto de un evento emocional traumático del pasado del paciente. Para conseguir la catarsis durante la terapia, Freud ayudaba a sus pacientes a alcanzar un estado de relajación, usualmente a través de la hipnosis. Descubrió así que sus pacientes comunicaban pensamientos, deseos o motivaciones inconscientes que de otra manera les causarían mucha ansiedad verbalizarlos fuera del estado catártico. Permitiendo a estos recuerdos salir a la superficie, Freud creía que el paciente obtenía un alivio significativo de la sintomatología meramente a través de recordar eventos pasados, lo que se acabó conociendo como "talking cure".² Por tanto, el narcoanálisis se basa esencialmente en la idea de relajar a los pacientes para vencer sus resistencias y poder acceder al inconsciente, pero sirviéndose, en lugar de la hipnosis, de fármacos.

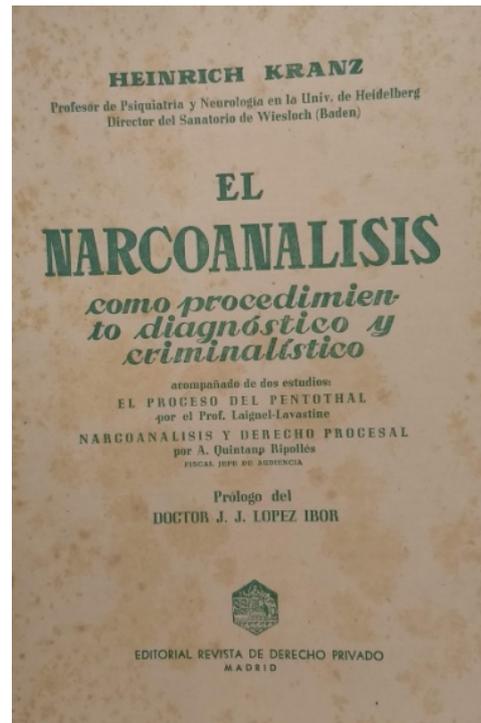
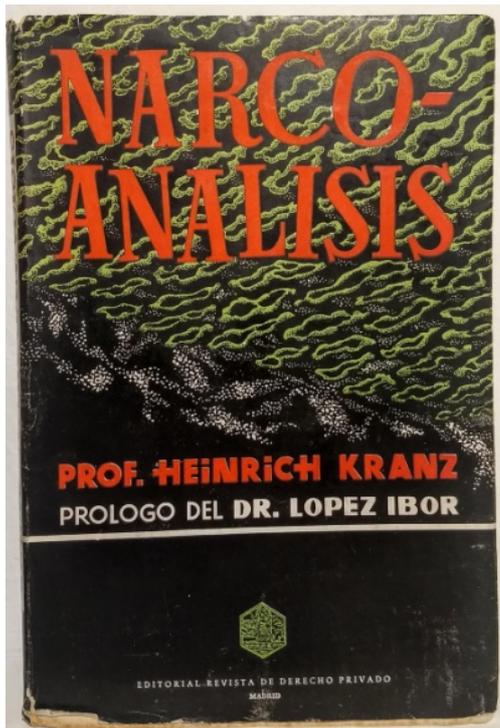


Fig.1 e 2. Heinrich Kranz, *Narcoanálisis*

2.1. Farmacopea

Para hablar de un suero de la verdad, en particular del tiopental sódico, tenemos que hacer referencia a un grupo de medicamentos llamados **barbitúricos**. El ácido barbitúrico es un compuesto orgánico que fue descubierto por el químico alemán y premio Nobel Adolf **Von Baeyer** en 1864. Los barbitúricos son conocidos por sus propiedades sedativas, ansiolíticas e hipnóticas. El auge de estas moléculas fue tal,³ que a lo largo del siglo XX² se llegaron a sintetizar unos 2500 compuestos diferentes, pero sólo 50 se comercializaron.³

El ácido dietil-barbitúrico fue el primero de los barbitúricos que se usó en la práctica clínica, e inicialmente sintetizado en 1881.

Herman von Husen fue el primer psiquiatra que usó barbitol (Veronal®) para tratar insomnio, inicialmente usándolo en sí mismo. A partir de este descubrimiento, los agentes hipnóticos comenzaron a emplearse ampliamente en una gran variedad de trastornos psiquiátricos.²

Los barbitúricos más corrientemente empleados en psiquiatría para la narcosis son Pentothal®, Amytal®, Evipán®. Clásicamente, se ha priorizado el uso de Amytal respecto de Evipán o Privenal, por su gran manejabilidad y por la calidad del estado que permite obtener sin provocar reacciones motoras molestas; por su moderada acción sobre el sistema vagal hace que sea rarísima la posibilidad de producir síncope mortales por inhibición, como los que han descrito autores anglosajones con el uso de Pentothal, accidentes que constituyen el origen de las razones por las cuales los americanos han abandonado su empleo y lo han sustituido por Amytal.



Fig. 3. Evipán

2.2. Aplicaciones

En 1943, J. Stephen **Horsley**, psiquiatra de la universidad de Oxford, publicó “Narco-analysis”, un libro en el cual describió un método psicoterapéutico utilizando barbitúricos intravenosos, que recomendaba aplicar en pacientes con altos niveles de ansiedad y antecedentes de traumas emocionales intensos. El autor llevaba realizando investigaciones en este campo desde 1931, experimentando con sustancias como cloroformo, etanol (alcohol etílico) y éter, encontrando que los sujetos bajo su influencia -especialmente barbitúricos- presentaban un estado de desinhibición que facilitaba la comunicación. Además, observó que una vez que los efectos del sedante terminaban, el individuo no recordaba lo que había contado.

Debido a que durante la embriaguez barbitúrica se experimenta euforia, desaparecen las inhibiciones y sentimientos de pudor, el material preconsciente e inconsciente sale a la luz con menor esfuerzo y tiempo en comparación con el psicoanálisis, de forma que se produce de forma más rápida una abreacción del contenido emocional inconsciente, reintegrándose más fácilmente a su sistema vivencial consciente

La sesión narcoanalítica comprende dos tiempos: la preparación (en la que se explica el procedimiento al sujeto), y la narcosis, que ha de realizarse en ayunas.

Fueron evidentes las ventajas del empleo del narcoanálisis en las denominadas neurosis de guerra de los combatientes. Grinker y Spiegel, en Estados Unidos en 1945 con su obra "Men under stress", publicaron las primeras referencias compendiadas acerca de este asunto. El procedimiento con estos pacientes consistió en que después de una adecuada preparación psicológica y explicación, se consiguió, en estado de seminarcosis, sonsacar, mediante las

preguntas adecuadas, el material de conflictos psíquicos reprimido, olvidado, cargado con tensiones emocionales que parecía haber conducido a aquellos trastornos; y también hacer revivir intencionadamente -en parte incluso utilizando imitaciones fonográficas de los estruendos de las batallas- las situaciones en que aquellos trastornos se habían presentado, para avivar lo más posible los recuerdos en aquellas circunstancias del conflicto. Reactivando la situación, muy frecuentemente también fue reactivada después la vivencia morbosa del individuo afectado, y a veces éste terminó con "abreacciones" bajo violentas reacciones afectivas, llanto, sollozos y con gritos, con lo que después pudo obtenerse la normalización. Otros empleos han sido el diagnóstico diferencial de la simulación, o para esclarecimiento de las psicosis, especialmente los estados esquizofrénicos con mutismo, rigidez motora y negativismo, y estados de ánimo depresivos, aunque con una duración breve.

La eficacia del diagnóstico y terapéutica del método se valora de modos diferentes. Mientras algunos autores lo consideraron como "seguro, infalible e inocuo", otros refirieron estadísticas que no solo registran casos aislados de éxito, sino también los fracasos. La mayoría de los autores indican la necesidad de una elección de los pacientes narcotizables. Una opinión extraordinariamente crítica adopta Mackinnon, el cual previene contra su empleo en aquellos casos en que -según criterio psicoanalítico- los síntomas forman una protección contra el desencadenamiento de una psicosis, y donde, ciertamente, el "yo" necesita esta defensa.

Para psiquiatras como Kurt Schneider, el narcoanálisis es, como máximo, un recurso adicional, pero no indispensable, para el diagnóstico. Quizás permita reconocer interesantes detalles psicopatológicos, pero jamás será una *conditio sine qua non* para el diagnóstico. En resumen, el narcoanálisis puede tener su utilidad como procedimiento abreviado psicoanalítico y psicoterapéutico.¹

2.3. Amital Interview

La entrevista con fines narcoanalíticos bajo tratamiento con amobarbital llevada a cabo por un psiquiatra se denomina Amital Interview, y ha sido una herramienta diagnóstica y terapéutica durante casi 90 años. El uso clínico de amobarbital de sodio (barbitúrico de vida media corta², rápido comienzo de acción,⁴ con propiedades primarias ansiolíticas, sedativas y relajantes musculares, que comúnmente se ha usado en la fase de inducción de la anestesia general) comienza en 1904, por el psiquiatra **William Bleckwenn**. Existe constancia de ser la primera persona en usar barbitúricos intravenosos en la práctica clínica, utilizándolos para la narcosis en 1930. Bleckwenn trató agitaciones de sus pacientes psicóticos con amobarbital. Durante la administración, descubrió que mantenían un discurso coherente los minutos previos a dormirse, y que, durante esos minutos, los pacientes tenían un pensamiento lúcido e insight de sus padecimientos.² Este intervalo lúcido se observó también en pacientes catatónicos incapaces de comunicarse, que tras la inyección intravenosa de dicha sustancia, podían responder preguntas correctamente, conversar y moverse con agilidad.³ El estado de alteración de conciencia obtenido con los referidos medicamentos se designa en la literatura con los nombres de "sueño crepuscular", "somnolencia", "sueño hipnótico", "hipnosis", "narcohipnosis", "narcosis límite", "trance hipnótico", etc.¹ El Dr. Bleckwenn publicó sus estudios en la década de 1930 en prestigiosas revistas (JAMA, ..).³

Enrich Linderman, en 1931, siguiendo el trabajo de Freud y Bleckwenn, experimentó con dosis subanestésicas de amobarbital en sus pacientes, entrevistándolos bajo sus efectos, viendo que eran más apto para discutir "problemas muy íntimos y personales", lo que en ocasiones permitía al médico acceder a la etiología de la sintomatología.

Desde que lo empleó Bleckwenn hasta los 60, el amital de sodio se conoció como el "suero de la verdad". Fue durante la II Guerra Mundial cuando se aplicó el amital de sodio para el tratamiento de la neurosis de guerra como ya antes hicimos referencia; y se sugirió su

aplicación, al igual que durante la I Guerra Mundial, para el interrogatorio de soldados enemigos.

Tanto la CIA como las Fuerzas Armadas Americanas experimentaron con el suero de la verdad en los años posteriores a la segunda guerra mundial.⁴ En los años 40 fue ampliamente usada y desarrollada por los psiquiatras como un medio de tratar el TEPT. También se usó para mejorar movimientos coreicos, hemiparesias en la histeria o estados catatónicos.

Sin embargo, fue durante la época de la Guerra Fría cuando la CIA testó la validez de las entrevistas con amobarbital. En uno de los muchos estudios llevados a cabo, un grupo de participantes fue instruido en memorizar una lista de falsas declaraciones y de retenerlas como si fueran verdaderas mientras se sometían a una entrevista bajo efectos del amobarbital. Los resultados de este estudio no apoyaron el uso de amital de sodio como suero de la verdad en cuanto a que los participantes fueron capaces de acordarse de las falsedades. Coons sugiere que el clínico debería tener mucho cuidado cuando utiliza amital sódico para evitar la producción de memorias falsas o pseudo memorias, así como evitar siempre el uso de técnicas sugestivas por parte del clínico evaluador.² En 1963 la Corte Suprema de Estados Unidos resolvió que la confesión que se produce como consecuencia del uso de amital de sodio en el interrogatorio de prisioneros era “inconstitucionalmente coaccionada”, una forma de tortura, y por lo tanto inadmisibile.³

En las últimas décadas, los barbitúricos como el amital de sodio han sido sustituidos por fármacos como las benzodiazepinas, ya que la disponibilidad de amobarbital ha sido problemática en EEUU en los dos últimos años y ha permitido la investigación de anestésicos como el propofol, etomidato, pentobarbital, methohexital así como Lorazepam para otras aplicaciones como evaluación de la epilepsia refractaria para ayudar en el screening de candidatos a la cirugía o en neurorrehabilitación de pacientes con trastornos neurológicos, incluyendo dolor.²

2.4.algunas referencias al narcoanálisis en España desde finales de los años 40

Henri Ey, psiquiatra y psicoanalista francés, dio en 1949, en Madrid, una serie de conferencias que se publicarían en 1950 bajo el título "Estudios sobre los delirios". En ellas, Ey habló a los psiquiatras españoles acerca de su experiencia personal: “nuestra impresión de la importancia considerable de nuestros medios terapéuticos actuales. En nuestro departamento realizamos todo tipo de terapias: electroshock, insulina, acetilcolina, leucotomía, curas del sueño, narcoanálisis y psicoanálisis, terapia hormonal, etc.”.⁶

En diciembre de 1951, el neuropsiquiatra catalán Belarmino Rodríguez Arias, perteneciente al Departamento de Psicología Experimental del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid dio una conferencia titulada "La exploración mediante el narcoanálisis en neurología y psiquiatría".

Una importante figura del narcoanálisis en España fue Joan Obiols i Vié (1918 - 1980), que fue catedrático de psiquiatría, Decano de la Facultad y Rector de la Universidad de Barcelona, así como uno de los fundadores de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, entre otros muchos cargos que ostentó. Tuvo una gran presencia social en Cataluña, en parte debido a su vinculación y activismo relacionados con las más innovadoras tendencias del momento en arte, música, teatro, cine o fotografía. Además, fue un gran coleccionista de arte, recopilando en su haber obras de Tàpies, Miró, Perejaume o Dalí. A este último, precisamente, tuvo como paciente cuando el artista cayó en una profunda depresión a finales de los años 70. Fue en casa de Dalí, en Port Lligat, donde sufre el infarto fatal que acabó con su vida. Según los autores, debido a las circunstancias y psicopatología del pintor, Dalí nunca fue informado del fallecimiento, y le dijeron que Obiols había emigrado a Sudamérica. Se cree que Obiols hacía sesiones de narcoanálisis con Dalí.^{4,5}

Otra figura significativa fue Juan José López-Ibor (1906-1991), célebre psiquiatra fundador de la Sociedad de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, y de la Sociedad Española de

Psiquiatría, que dominará el ámbito académico de la psiquiatría española hasta su fallecimiento. Además, en el caso que nos ocupa, fue autor del prólogo del libro *Narcoanálisis*, de Heinrich Kranz, cuya opinión sobre el mismo, pese a riesgo de caer en la simplificación, se puede resumir en que supone una perturbación de la conciencia que permite la obtención de confesiones forzadas de hechos falsos, por lo tanto, supone una forma más aséptica pero más cruel de tortura medieval, ya que elimina la libertad personal y técnica al individuo.

3. Algunas controversias legales y éticas a lo largo de la historia

Delay, en 1945, propuso el empleo del narcoanálisis en “peritajes medicolegales, a título puramente médico y en concepto de medio diagnóstico. Es decir, el perito no podrá hacer constar las revelaciones obtenidas bajo la influencia de dichas sustancias, referentes a la materialidad de los hechos de la instrucción, de todo lo cual viene obligado el más absoluto secreto profesional. En ningún caso se podrá establecer la responsabilidad judicial basándose en esta prueba única, cuya interpretación exige una estudiada crítica por parte del perito médico”.¹

En 1945, Charles Richte y Henri Desoille protestaron por la comunicación previa, alegando que “crea un camino, desde todos los puntos de vista, peligroso “; “resulta inadmisibles la privación del libre albedrío, por un procedimiento químico, a una persona inculpada, es decir, a una persona que el Derecho francés, en este caso, presupone inocente”... “tememos que esta violación de la integridad mental de la persona conduzca a futuros abusos”.

Otros autores, como Mellor (1949), llegaron a identificar esta técnica con la “vieja tortura”, dado que violaba la libertad e intimidad del individuo, y solo admitían su empleo para el diagnóstico diferencial de la simulación, ya que simular no es un derecho, pero confesar o guardar silencio sí lo es. En opinión de López Ibor, un buen clínico no necesita apelar al narcoanálisis con fines diagnósticos, salvo, quizás, algún caso excepcional.

Heinrich Kranz lo rechaza como método diagnóstico medicolegal, incluso aunque el individuo de su consentimiento.¹ Asimismo, Eberhard Schmidt también lo rechaza, proclamando que la información que se obtiene del narcoanálisis “no son declaraciones de la personalidad moral libre y carecen por ello de toda relevancia como actos procesales”.

Realmente no existe una relación directa comprobada entre la administración del “suero de la verdad” y la revelación de ningún tipo de secreto veraz. Los profesores Divry y Dr. Bodon, en 1947 afirmaron que “cuando un sujeto esté firmemente decidido a no hablar de algo, tampoco lo hará al ser sometido al narcoanálisis”. Debido a la sugestionabilidad, es posible llegar a obtener confesiones experimentales de hechos delictivos inexistentes (fabricación recuerdos) o falsos (reconstrucción recuerdos) tras un interrogatorio capcioso, incluso una tergiversación intencional hechos. El narcoanalizado manifiesta una “mezcla de recuerdos, sueños, fragmentos de experiencias y reacciones psíquicas “, de las cuales es difícil rescatar parte verídica, por lo que se debe interpretar el material producido durante el proceso narcoanalítico, dando la posibilidad de error. Por tanto, es un procedimiento incierto para atribuirle valor probatorio, con lo cual, no está aceptado por los sistemas legales occidentales en la investigación de casos civiles ni penales. Además, su aplicación supone una posible violación de la Quinta Enmienda de la Constitución de EEUU, como es el derecho a permanecer en silencio. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos refiere que podría considerarse violación de derechos humanos (estar libre de tratos degradantes), y una forma de tortura. Actualmente, se encuentra en desuso, ya que implica una privación de la libertad individual, y un menoscabo de la dignidad del individuo, al que se sitúa en un estado de indefensión.

4.Narcoanálisis en la actualidad

Tras los atentados del 11 de septiembre de 2001, la administración Bush apoyó que los interrogadores usaran medidas físicas y psicológicas para vencer las resistencias de prisioneros. El estatus o posicionamiento respecto del uso de amobarbital en interrogatorios de prisioneros y su permisibilidad basada en medidas de seguridad nacional permanece, hoy en día poco clara.²

Pocos países aplican hoy en día el narcoanálisis en un contexto médico/forense, entre ellos, India, que continúa aplicándolo en investigaciones criminales para extraer información relevante del acusado. El procedimiento requiere una aplicación cauta, por expertos, y siempre garantizar que la voluntad y derechos del sospechoso sean protegidos.⁷

Respecto de las influencias culturales, el suero de la verdad ha sido un producto recurrentemente utilizado en el cine (Meet the Focker -"Los padres de él" en España-, True Lies -"Mentiras arriesgadas", Kill Bill vol.2...), la literatura y la cultura pop.³ Sin embargo, las creencias populares sobre la efectividad del "Suero de la verdad" existen más en las fantasías de los escritores de novelas policíacas y directores de cine y televisión que en la realidad.

Conclusiones

El narcoanálisis y entrevista bajo tratamiento con amobarbital (Amital Interview) ha sido una herramienta diagnóstica y terapéutica durante casi 90 años. Fueron muy utilizadas tanto en contextos psicoterapéuticos, así como en el ámbito de lo medicolegal-forense, así como fue muy notable su uso con fines militares o de seguridad. Estas técnicas o herramientas han sido objeto de controversias (fundamentalmente éticas y legales) a lo largo de la Historia, permaneciendo muchas de ellas hoy en día sin resolverse con claridad.

Bibliografía

- 1.KRANZ, Heinrich — *Narcoanálisis*. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1951. Prólogo de J.J. López Ibor.
- 2.NICHOLS Laura; ZASLER Nathan D; MARTELLI Michael — Sodium amobarbital: Historical perspectives and neurorehabilitation clinical caveats. *Neurorehabilitation*. 31 (2012) 95-106.
- 3.BELTRÁN, Edgar — El suero de la verdad. <https://mundomorbido.com/el-suero-de-la-verdad/> (consultado el 02/04/2019).
- 4.MONTAÑÉS, José Ángel — El psiquiatra que fue amigo de los artistas. El País, edición Cataluña, 26 de octubre de 2018.
- 5.RAHMANI, Reda; MEDRANO, Juan; PACHECO, Luis. — A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría (XXXIII): Joan Obiols Vié. *www.Lmentala.net*, N.º 58. noviembre de 2017. <http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Obiols.pdf> (consultado el 25/01/2019)
- 6.EY, Henri — La psychiatrie française de 1900 à 1950. *L'information psychiatrique*. 90:8 (2014) 691- 697.
- 8.JAGADEESH N. — Narco analysis leads to more questions than answers. *Indian Journal of Medical Ethics*. 4:1 (2007) 9.

PSICADÉLICOS E PSIQUIATRIA: PASSADO E FUTURO

Fábio Gomes Monteiro da Silva
Hospital de Magalhães Lemos
Interno de Formação Específica em Psiquiatria
Email:gomesmonteirodasilva@gmail.com

Resumo

Os psicadélicos são um conjunto de substâncias amplamente usado por várias civilizações, em vários períodos da história. Após a descoberta do LSD, por Albert Hofmann, em 1943, estas substâncias foram incorporadas pela Psiquiatria, quer como uma porta para o estudo da consciência humana, quer como uma ferramenta terapêutica. Neste contexto, surgiram as psicoterapias psicadélica e psicolítica, que se socorriam dos efeitos destas substâncias para facilitar o desenvolvimento de processos psicoterapêuticos. Durante os anos cinquenta e sessenta, vários estudos foram conduzidos em doentes com perturbações mentais. Ao todo, estima-se que mais de 10.000 doses tenham sido administradas neste contexto. Contudo, o que parecia ser uma promessa, rapidamente se tornou uma proibição política, como resposta à disseminação do uso recreativo impulsionado pelo movimento *hippie*. Atualmente, assiste-se a um renovado interesse científico e cultural nestas substâncias, num fenómeno entretanto apelidado de ‘Renascença Psicadélica’.

Palavras-chave: psicadélicos, história da psiquiatria, psicoterapia psicadélica

Abstract

Psychedelics are a group of substances widely used by various civilizations, at various periods in history. After the discovery of LSD, by Albert Hofmann, in 1943, these substances were incorporated by Psychiatry, both as a way of studying human consciousness and as a therapeutic tool. In this context, psychedelic and psycholytic psychotherapies emerged, which relied on the effects of these substances to facilitate the development of psychotherapeutic processes. During the fifties and sixties, several studies were conducted in patients with mental disorders. It is estimated that more than 10.000 doses have been administered in this context. However, what appeared to be a promise quickly became a political ban in response to the spread of recreational use driven by the hippie movement. Currently, there is a renewed scientific and cultural interest in these substances, in a phenomenon meanwhile referred to as the ‘Psychedelic Renaissance’.

Introdução

Os psicadélicos são substâncias cujos efeitos subjetivos são dominados por alterações proeminentes na perceção, cognição, afeto, sentido de significado e sentido de self. Assim, mais do que pelo seu mecanismo neurobiológico, estas substâncias são definidas pelos efeitos subjetivos induzidos no indivíduo que as ingere. É a partir de tais efeitos que, aliás, estas substâncias adquirem as suas várias designações:

—Alucinogénico: que provoca alucinações (ou, de forma mais ampla, alterações da percepção, como imagens caleidoscópicas, ilusões, sinestésias, hiperestésias, entre outras);

—Psicadélico: que revela a mente ou a alma, facilitando o acesso a conteúdos mentais com significado pessoal marcado, como memórias ou *insights* [*psychê* (mente, alma) e *dêlos* (manifestar, revelar)];

—Enteogénico: que provoca inspiração divina, que torna o indivíduo repleto de deus [*éntheos* (repleto de deus, inspirado) e *genésthai* (tornar-se)]

Neste trabalho, pretende-se rever o papel que, no passado, as substâncias psicadélicas tiveram na Psiquiatria; qual o seu papel atualmente; assim como antecipar possíveis contributos para o futuro da especialidade.

As substâncias psicadélicas naturais

Partindo das definições previamente referidas, podem identificar-se várias substâncias psicadélicas, de origem natural ou sintética. Entre as primeiras, encontram-se, por exemplo, a psilocibina (presente nos cogumelos mágicos), a dimetiltriptamina (presente na ayahuasca, um composto de duas plantas consumido sobre a forma de chá), a mescalina (presente nos catos peyote e *San Pedro*) e a ibogaína (presente na iboga, um arbusto originário do continente africano) (Pollan M, 2018).

Cada uma destas substâncias foi utilizada em diferentes períodos históricos, por diferentes povos e civilizações, com intuítos terapêuticos e/ou espirituais. Como exemplos, apontam-se o uso de cogumelos mágicos por civilizações antigas da América Central (Maias e Aztecas), o uso de um psicadélico desconhecido (provavelmente o cogumelo *Amanita Muscaria*) nos ritos eleusianos da Grécia Antiga, o uso de catos pela tribos índias da América do Norte ou o uso de ayahuasca pelos tribos nativas da Amazônia, o qual se mantém nos dias de hoje (Pollan M, 2018).

A descoberta do LSD por Albert Hoffman

Entre as substâncias sintéticas, a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) assume uma posição de especial destaque, pelo seu papel histórico, quer a nível cultural, quer a nível científico.

O LSD é sintetizado pela primeira vez em 1938 pelo químico suíço Albert Hofmann. Na altura, trabalhando para os laboratórios Sandoz, Hofmann investigava substâncias vasoconstritoras para o tratamento de hemorragias pós-parto. A partir de derivados de ácido lisérgico, um composto encontrado naturalmente em alguns fungos, sintetiza várias substâncias, entre elas o LSD-25. No entanto, os seus efeitos apenas seriam descobertos anos mais tarde, quando, em 1943, retoma a síntese de LSD, com base, nas palavras do próprio, num *'pressentimento peculiar (...) de que este composto possa possuir propriedades além daquelas descobertas nos primeiros estudos'*.

É assim que, a 16 de Abril de 1943, ingere acidentalmente uma pequena dose de LSD, a partir da qual identificou a existência de efeitos psíquicos não usuais. Intrigado por tais efeitos, a 19 de Abril de 1943, Hofmann ingere intencionalmente 250 microgramas de LSD. Esta seria, assim, a primeira toma intencional de LSD e Hofmann o primeiro ser humano a experienciar uma *trip* de LSD. Após sentir os primeiros efeitos no seu laboratório, o químico regressa a casa mais cedo do que o habitual. Ao fazer o caminho de regresso, de bicicleta, os efeitos intensificam-se: *'Pouco a pouco, comecei a apreciar cores sem precedentes e formas que persistiam por detrás dos meus olhos fechados. Imagens caleidoscópicas e fantásticas surgiram em mim, alternando, variando, abrindo e depois fechando-se em círculos e espirais, explodindo em fontes coloridas, rearranjando-se e misturando-se num fluxo constante'*. Pela sua carga simbólica, este dia

ficou eternizado, pela cultural popular, como o ‘dia da bicicleta’, sendo celebrado anualmente desde então.

A primeira onda psicadélica - a chegada do LSD à psiquiatria

Em 1947, o LSD é comercializado sob a forma de *Delysid*. Por forma a estimular o estudo do seu uso em contexto clínico, é distribuído a psiquiatras de forma isenta de custos. É assim que, nas duas décadas que se seguiram, proliferam os estudos com esta substância (Johnson MW, 2018).

Inicialmente, o LSD é estudado como um psicomimético, ou seja, como uma substância capaz de mimetizar estados de psicose, servindo, portanto, como uma ferramenta para o estudo dos mecanismos subjacentes aos estados psicóticos. No entanto, rapidamente começa a ser estudado do ponto de vista terapêutico, em condições clínicas tão diversas como perturbações do humor, perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade e perturbações de uso de substâncias. A fertilidade da investigação que decorreu neste período é representada pela publicação de mais de 1000 artigos científicos e pela administração de LSD a mais de 40.000 pacientes (Johnson MW, 2018).

A primeira onda psicadélica - o uso de LSD em psicoterapia

Durante os anos 50 e 60, a ação dos psicadélicos é explicado, em grande parte, com recurso às teorias psicológicas subjacentes às várias correntes psicoterapêuticas da época. Entre elas, encontram-se as teorias psicodinâmicas. Segundo estas, as substâncias psicadélicas permitem o enfraquecimento das defesas utilizadas pelo doente, permitindo um acesso privilegiado a conteúdos inconscientes, como memórias, desejos ou pulsões. Assim, o uso de pequenas doses de LSD é associado aos métodos psicanalíticos tradicionais, resultando na chamada psicoterapia psicolítica (Gardner J, 2019).

No entanto, nas sessões psicoterapêuticas com uso de substâncias psicadélicas, os doentes passam a descrever experiências impossíveis de enquadrar nos modelos psicológicos tradicionais. Entre elas, encontram-se as experiências de dissolução do ego, de união, de êxtase ou de transcendência da temporalidade e da espacialidade. Estas experiências já tinham sido descritas por William James, pai da Psicologia, no século XVIII, sob o nome de experiência mística. No entanto, estas estavam agora a ocorrer em gabinetes médicos de forma não programada, exigindo ferramentas terapêuticas para com elas lidar. Foi neste contexto que surgiu a chamada quarta força da psicologia – a psicologia transpessoal. Esta acrescentava aos modelos dinâmicos, comportamentais e humanistas, a dimensão espiritual ou transcendental da vivência humana (Grof S, 1973).

Stanislav Grof, psiquiatra e psicanalista húngaro, foi um agente central no desenvolvimento desta nova forma de compreender a experiência humana, ajudando a criar uma linguagem e um modelo conceptual para descrever e compreender estados de consciências não ordinários (Grof S, 1973).

A primeira onda psicadélica - o movimento de contracultura dos anos 60

Do campo médico e científico, o uso de psicadélicos disseminou-se para os agentes da contracultura dos anos 60. Uma figura central na ampliação do uso destas substâncias do contexto restrito dos ensaios clínicos e investigações laboratoriais para a população geral é Timothy Leary, neurocientista da Universidade de Harvard. Enquanto proponente público do uso de LSD como forma de exploração do potencial humano, transforma-se numa personagem de culto entre o movimento *hippie*. No entanto, acaba por ser expulso da academia após ter administrado LSD a uma turma inteira de estudantes, numa das suas experiências, reforçando a controvérsia que o rodeava (Pollan M, 2018).

Certo é que não podemos separar o movimento hippie do uso de substâncias psicadélicas, tal foi a importância das mesmas no movimento. Um exemplo simbólico dessa importância é o festival *The Happening*, decorrido em 1970 em Laguna Beach, durante o qual uma avioneta, sobrevoando a multidão de festivaleiros, distribuiu milhares de selos de LSD com a mensagem ‘*May the Great Spirit watch over you as long as the grass grows and the water flows*’.

Os efeitos subjetivos fomentados pelo uso de substâncias psicadélicas, como as experiências de união, a transcendência do ego ou o amor universal, alimentavam os valores da contracultura, como a liberdade individual e sexual, o amor livre e a espiritualidade (Pollan M, 2018). Este valores, por sua vez, motivavam as manifestações contra a guerra do Vietname, que viram o seu apogeu no Verão 1967, eternalizado como o *Summer of Love*.

O fim da primeira onda psicadélica - a guerra contra as drogas

Não tardou a que o uso de psicadélicos, associado ao movimento de contracultura e à dissidência do governo de Nixon, fosse amplamente reprimido. Em 1968, a posse de LSD é considerada ilegal nos Estados Unidos da América e, em 1971, Nixon declara publicamente que o uso de drogas é o inimigo público número um do país. Timothy Leary, entretanto transformado no bode expiatório do governo de Nixon, é preso em 1972. Esta *war on drugs* tem efeitos não só no uso popular de substâncias psicadélicas como também na investigação médica. Paralelamente à estigmatização pública do uso de substâncias psicadélicas, o LSD foi declarado uma substância pertencente ao ‘*schedule I*’, no qual são incluídas substâncias com alto potencial de abuso e que não possuem qualquer uso médico aceite. O último estudo com uso de LSD aprovado pela FDA termina em 1980.

A segunda onda psicadélica – a renascença psicadélica

Após cerca de duas décadas de interrupção na investigação médica sobre o potencial terapêutico das substâncias psicadélicas, o novo milénio trouxe um novo interesse pelas mesmas. Michael Pollan, jornalista norte-americano e autor do livro *How to Change Your Mind - What the New Science of Psychedelics Teaches Us About Consciousness, Dying, Addiction, Depression, and Transcendence*, publicado em 2018 e bestseller do *New York Times*, localiza o início da segunda onda psicadélica, entretanto também referida como renascença psicadélica, a 2006 (Pollan M, 2018).

Neste ano, três acontecimentos marcaram o início desta nova fase:

1. Publicação de um artigo científico sobre os efeitos subjetivos de uma substância psicadélica: na revista *psychopharmacology*, griffiths rr e colegas publicam um ensaio clínico randomizado e controlado, duplo-cego, que avalia os efeitos psicológicos agudos e de longo prazo de uma dose única de psilocibina (griffiths rr, 2006). Este estudo confirma a capacidade de, ao ser administrada em condições de suporte, a psilocibina ocasionar experiências místicas. Outro achado que chamou a atenção da comunidade científica foi o facto de, quando reavaliados ao fim de dois meses, mais de 50% dos participantes terem considerado que a sessão de ingestão de psilocibina se encontrava entre as cinco experiências de vida mais significativas. Esta publicação abriu caminho a uma nova vaga de investigação médica sobre os efeitos das substâncias psicadélicas em pessoas saudáveis e com doença mental – por um lado, por validar os efeitos subjetivos desta classe de substâncias; por outro, por ter sido o primeiro estudo clínico de qualidade em várias décadas. Desde então, vários outros trabalhos têm sido publicados, a maior parte deles com recurso à administração de psilocibina. A predileção por esta substância,

em relação a outras com o mesmo tipo de efeito, é um reflexo do estigma deixado pela campanha anti-lsd levada a cabo nos anos 60 e 70, cujo rasto permanece décadas depois.

2. Celebração do centésimo aniversário de Albert Hofmann: a 11 de janeiro de 2006, o criador de uma das substâncias mais controversas do século xx, o lsd, celebra o seu centésimo aniversário. A celebração do seu aniversário e a homenagem pública que a acompanhou chamam a atenção do público geral para a importância que esta substância teve no desenvolvimento do conhecimento sobre a mente humana e a doença mental, contribuindo para um novo interesse pela ciência psicadélica.

3. Legalização do uso religioso de ayahuasca nos estados unidos da américa: por fim, no mesmo ano, é autorizado o uso de ayahuasca durante as cerimónias de uma religião sul-americana, a união do vegetal, na qual estados modificados de consciência são obtidos através do chá originalmente produzido e consumido pelas tribos nativas da floresta amazónia.

Estes três acontecimentos, de naturezas científica, cultural e legal, respetivamente, marcam, simbolicamente, o início de um renovado interesse pelo potencial que este tipo de substâncias representa para o desenvolvimento humano e para a cura de doenças psiquiátricas. Ao contrário da primeira onda psicadélica, em que o movimento científico precedeu o movimento cultural e em que ambos foram interrompidos por um movimento legal, na segunda onda psicadélica estas três forças encontram-se aliadas de forma sincrónica.

Do ponto de vista cultural, o interesse e aceitação das substâncias psicadélicas é refletido por vários fenómenos, de que são exemplo:

1. Turismo psicadélico: no mundo globalizado, rituais espirituais e religiosos com uso de substâncias psicadélicas, até agora restritos a tribos geograficamente isoladas, passam a ser universais. Assim, tem-se falado de turismo psicadélico, em que xamãs viajam por países desenvolvidos oferecendo rituais tradicionais dos seus locais de origem e cidadãos de países europeus, dos estados unidos da américa e outros viajam até à floresta amazónia em busca de experiências psicadélicas, geralmente em retiros de dias a semanas (Winkelmann, 2005).

2. Sociedades psicadélicas: paralelamente, em vários países, pessoas interessadas no potencial deste tipo de substâncias reúnem-se em sociedades psicadélicas. Estas providenciam encontros informais entre os seus membros, onde se discutem os riscos e benefícios, se partilham experiências e conhecimentos.

3. Festivais transformacionais: uma forma de celebrar a cultura psicadélica é através dos chamados festivais transformacionais, cuja programação é formada por espetáculos de música, dança, artes performativas e plásticas e palestras sobre vários temas, geralmente relacionados com o desenvolvimento humano, ecologia, sustentabilidade, entre outros. Portugal é anfitrião de um dos maiores destes festivais a nível mundial, o *boom festival*, o qual ocorre a cada dois anos.

4. Comunicação social: também na comunicação social se tem observado uma cobertura mais neutra sobre as substâncias psicadélicas, tendo-se como foco novos achados científicos e possíveis usos futuros destas substâncias na medicina.

Em alguns países, este movimento cultural tem exercido alguma influência sobre os sistemas jurídicos, pressionando-os a descriminalizar o consumo de substâncias psicadélicas. A título de exemplo, em 2019, em Denver, Estados Unidos da América, um movimento civil teve sucesso na descriminalização do consumo de cogumelos mágicos contendo psilocibina, havendo outros movimentos semelhantes noutras partes do país (Chavez N, 2019).

Do ponto de vista científico, têm surgido vários grupos de investigação nos Estados Unidos da América, Reino Unido e Alemanha, focados em estudar o potencial terapêutico de substâncias como a psilocibina e o LSD em condições tão diversas como a ansiedade relacionado com doenças terminais, perturbações do uso de substâncias (tabaco, álcool) e perturbações do humor (depressão resistente) (Sessa B, 2018). Embora não seja um psicadélico clássico, a metilenodioximetanfetamina (MDMA) está na dianteira da investigação, prevendo-se a sua aprovação pela *Food and Drug Administration* (FDA) no tratamento da perturbação de stress pós-traumático em 2021 (MAPS, 2020).

Além disso, têm surgido estudos sobre os efeitos a longo prazo em indivíduos saudáveis, que mostram aumento do bem-estar, qualidade de vida abertura à experiência e conexão interpessoal (Pollan M, 2018).

Mais uma vez, o movimento científico encontra-se amplamente relacionado com o movimento cultural. As duas principais associações para o estudo de substâncias psicadélicas nos Estados Unidos da América (MAPS – *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*) e na Europa (MIND – *European Foundation for Psychedelic Science*) têm sido, em parte, financiadas por *fundraising*. Em 2019, no Reino Unido, foi possível a criação de um centro de pesquisa no *Imperial College of London*, o *Imperial Centre for Psychedelic Research*, a partir do financiamento de doações privadas (Centre for Psychedelic Research, 2020).

Os estudos existentes, no entanto, ainda são insuficientes e têm como viés a autosseleção de doentes com interesse prévio por substâncias psicadélicas, o que poderá sobrestimar os resultados obtidos. Na população clínica geral, não sabemos ainda qual a real utilidade deste tipo de ferramentas terapêuticas. No entanto, esta é uma linha de investigação estimulante, com resultados novos a surgir todos os meses (Gardner J, 2019).

Conclusões

Nos próximos anos, é provável que tratamentos com recurso a substâncias psicadélicas sejam aprovados em patologias como perturbação de stress pós-traumático e depressão resistente. Face a esta possibilidade, é necessário que psiquiatras e psicólogos se familiarizem com a fenomenologia própria dos estados modificados de consciência induzidos por estas substâncias, que conheçam os seus riscos e que compreendam os seus mecanismos de ação, quer a nível biológico quer psicológico.

Revisitar o passado prepara-nos para o futuro. O passado dos psicadélicos em Psiquiatria é um exemplo notável de como os avanços científicos dependem de questões culturais, legais e políticas. Também nos alerta para alguns riscos já cometidos – entre eles, uma divulgação excessivamente positiva destas substâncias entre a população geral, iniciada por académicos, a qual acabou por se mostrar deletéria. Assim, teremos de abraçar as potenciais qualidades terapêuticas dos psicadélicos, sem esquecer os seus riscos e, sobretudo, tendo em atenção que o uso em contexto terapêutico, sob supervisão de profissionais treinados, nunca será o mesmo que o seu uso em contexto recreativo, quando este se dá de forma desinformada e impreparada.

Fontes e bibliografia final

Centre for psychedelic research – about us. Link: <https://www.imperial.ac.uk/psychedelic-research-centre/about-us/> (consultado em: 31, março, 2020)

CHAVES, N.; PRIOR, R. — Denver becomes the first city to decriminalize hallucinogenic mushrooms. Link: <https://edition.cnn.com/2019/05/08/us/denver-magic-mushrooms-approved-trnd/index.html> (consultado em: 31, março, 2020)

GARDNER, J.; CARTER, A.; O'BRIEN, K.; SEEAR, K. - Psychedelic-assisted therapies: the past, and the need to move forward responsibly. *Int j drug policy*. 2019 (25, maio 2019) 94-98

GRIFFITHS, R.R.; RICHARDS, W.A.; McCann, U.; JESSE, R. — Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*. 2006 (7, julho, 2006) 268-283

GROF, S. — Theoretical and empirical basis of transpersonal psychology and psychotherapy: observations from lsd research. *Journal of transpersonal psychology*. (1973) 15-53.

JOHNSON, M.W. — Psychiatry might need some psychedelic therapy. *International review of psychiatry*. 2018 (3, dezembro 2018) 285-290

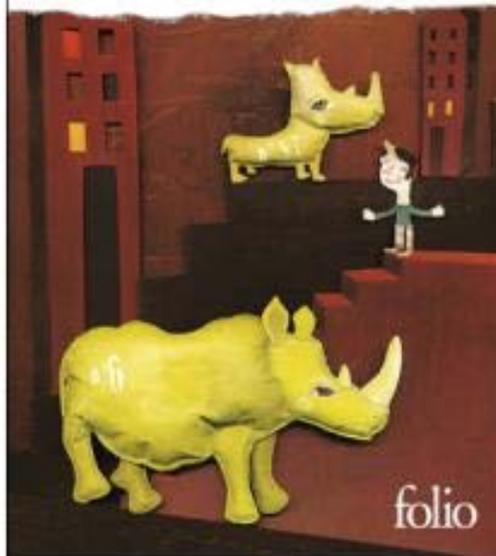
Maps — mdma-assisted psychotherapy study protocols. Link: <https://maps.org/research/mdma> (consultado em: 31, março, 2020)

POLLAN, M. — *How to change your mind – the new science of psychedelics*. Estados unidos da américa: Penguin books, 2018.

SESSA, B. — The 21st century psychedelic renaissance: heroic steps forward on the back of an elephant. *Psychopharmacology*. 2018 (23, agosto, 2017) 551-560

WINKELMAN, M. - Drug tourism or spiritual healing? Ayahuasca seekers in amazonia. *J psychoactive drugs*. 2005 (7, outubro, 2005) 209-218

Eugène Ionesco
Rhinocéros



METAMORFOSES FANTÁSTICAS COMO METÁFORA DE PATOLOGIA MENTAL: OLHARES SOBRE O TEATRO DE EUGÈNE IONESCO

Rosário Neto Mariano

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Professora Universitária

Email:mariarosariomariano@yahoo.fr

Resumo

Considerado como uma das figuras maiores do Teatro do Absurdo, Eugène Ionesco assume-se desde o início como um dramaturgo que rejeita radicalmente a tradição teatral do realismo psicológico das personagens. Como tal, o seu teatro irá afastar-se da coerência discursiva do teatro existencialista de ideias, assim como da racionalidade lógica ou emotiva das situações protagonizadas pelas personagens. Por outro lado, as personagens sofrem frequentemente metamorfoses sob a forma de animais ou de objetos, cuja agressividade ativa ou passiva representa, metaforicamente, a desumanização e a solidão do indivíduo nas sociedades contemporâneas e suas consequências no plano das patologias mentais.

Palavras-chave: metamorfoses fantásticas, desumanização, patologia mental, solidão, Teatro de Ionesco

Abstract: Considered one of the biggest figures of the Theatre of Absurdity, Eugène Ionesco assumes whether from the beginning as a playwright that radically rejects the theatrical tradition of the psychological realism of the characters. As such, his theatre will depart from the discursive coherence of the existentialist theater of ideas, as well as the logical or emotive rationality of the situations assumed by the characters. On the other hand, the characters often suffer metamorphoses in the form of animals or objects whose active or passive aggressiveness represents, metaphorically, the dehumanization and loneliness of the individual in contemporary societies and its consequences on the plan of mental pathologies.

Key Words: fantastic metamorphoses, dehumanization, mental pathology, loneliness, Ionesco Theatre

Introdução

O presente estudo visa perscrutar algumas das peças mais emblemáticas do dramaturgo francês Eugène Ionesco, enquanto autor representativo do designado anti-teatro ou “teatro do absurdo”, nascido na década de cinquenta do século XX e muito marcado pela mundividência sombria e pessimista, mesmo quando figurada em registos cómico-farsescos hilariantes, que muitos intelectuais, escritores e artistas interiorizaram e tematizaram nos anos subsequentes à Segunda Guerra Mundial.

Com efeito, a maioria das peças de Ionesco, tal como de outros autores congéneres (Beckett, Adamov, Genet) opera uma verdadeira disrupção nas conceções dramáticas tradicionais, sobretudo no que respeita o desenho e funções dos cenários e adereços cénicos, a configuração psicológica das personagens no tocante a atitudes, expressão verbal, pensamento lógico, passando estas a evidenciar, no próprio espaço cénico, a profunda incoerência de personalidades, o pensamento paralógico ou absurdo, a radical incomunicabilidade entre os indivíduos - mesmo em contexto familiar ou conjugal -, a

malevolência e violência subjacentes ou patentes nas relações humanas, e, acima de tudo, a “patologização” dos comportamentos e da linguagem nas cenas mais banais e prosaicas do seu quotidiano. Tais figurações dismórficas e patológicas ocorrem, quer em dimensões compatíveis com a realidade comum, quer sobretudo em dimensões simbólicas e metafóricas que se sustentam no plano do fantástico e das suas categorias estéticas, psicológicas e metafísicas. É justamente esse bizarro e fascinante mundo que as peças agora revisitadas oferecem ao espectador/ leitor.

Num ensaio tão revelador como irreverente e por vezes desconcertante sobre a sua obra e o teatro em geral, Ionesco afirma que a psicologia nos ensina que o ser humano, muito mais do que adaptar-se ao real, na realidade o reconstrói, o reinventa, dando-lhe uma nova configuração. Deste modo, “interpretação e invenção identificam-se, conhecer é inventar. Nós criamos o mundo à nossa imagem”. Por outro lado, para o autor, conhecer significa atribuir um sentido, e mesmo quando se não atribui à realidade do mundo qualquer sentido, tal significa ainda que ela tem o sentido de não o ter, ou seja, que é absurda; mais precisamente, afirmar que o mundo é absurdo, “é interpretá-lo, é dizer que a forma que constituímos a partir dele já não nos corresponde, já não me convém. (...) significa criticar a imagem que dele criámos”.¹

Por outro lado, para o autor o teatro é essencialmente linguagem, constituindo-se a partir das personagens, da sua interioridade e da relação que estabelecem com a realidade cenicamente representada ou simbolizada.

Assim, réplicas, gestos, adereços, cenários, ação participam dessa mesma linguagem como meios de significação, independentemente de as personagens terem mais elos com a realidade social ou, pelo contrário, com uma surrealidade simbólica e onírica.

Referindo-se a uma das suas peças mais marcantes, *Les Chaises*, incluída no *corpus*² deste estudo, Ionesco afirma que nela “il y a des personnages dont je ne saurais dire moi-même s'ils existent ou s'ils n'existent pas, si le réel est plus vrai que l'irréel ou le contraire”³.

Neste contexto ideológico e dramaturgicamente, o próprio espaço cénico em que as personagens evoluem só inicialmente se enquadra numa estética realista, e a estratégia dramaturgicamente ionesciana consiste em cativar o leitor-espectador de horizontes de expectativa mais convencionais, a fim de o confrontar posteriormente com um espaço cénico de segundo grau, cuja surrealidade fantástica, de valor acentuadamente simbólico-metafórico, desconstrói as coordenadas do espaço inicial.

Estes aspetos surreais são tanto mais inquietantes – no plano visual, auditivo, tátil, espacial – quanto a sua presença cénica nos é dada de modo progressivo, cumulativo, expansivo, em clara analogia com um surto epidémico. Com efeito, a progressão exponencial, a acumulação de objetos ou adereços, de personagens antropomórficas ou zoomórficas, a sua expansão no espaço visual e auditivo acessível ao espectador, constituem alguns dos processos técnicos mais recorrentes do seu teatro, a ponto de se identificarem com um estilo muito próprio, no qual a surrealidade fantástica se mistura com as tendências mais regressivas e patológicas das

¹ Ver IONESCO, Eugène - *Notes et Contre-Notes*. Paris : Gallimard/Folio, 1966. PP. 366-367.

² Constituem o *corpus* deste estudo, de modo particular, as peças: *La Cantatrice Chauve*, *La Leçon*, *Les Chaises*, *Amédée ou Comment s'en débarrasser*. Ver IONESCO, Eugène - *Théâtre I*. Paris: Gallimard, 1954 ; IONESCO, Eugène - *Les Chaises*. Paris : Gallimard, 1990

³ Cf. IONESCO, Eugène - *Notes et Contre-Notes*, p.194. Veja-se também, sobre esta problemática do fantástico e do onírico : IONESCO, Eugène - *Entre la vie et le rêve, entretiens avec Claude Bonnefoy*. Paris : Gallimard, 1996; HUBERT, Marie-Claude - *Langage et corps fantasmé dans le théâtre des années cinquante: Ionesco, Beckett, Adamov*. Paris : J. Corti, 1987.

personagens, cuja fictícia identidade se constitui como símbolo ou metáfora das personalidades dos indivíduos que cruzamos ao longo da existência, ou com os quais nos familiarizamos através da mundividência do autor.

Assim, se as indicações cénicas destas peças são pródigas em notações cenográficas, tal facto explica-se pelo trabalho do mesmo na sugestão estética de uma progressiva disrupção entre as estruturas triviais do quotidiano das personagens – com os seus adereços realistas – e a sua desestruturação, mediante elementos de uma sobre-realidade improvável e de duplo nível de leitura : o literal e o metafórico, nas suas figurações só descodificáveis na categoria estética do fantástico e na categoria epistemológica de uma transracionalidade que confina frequentemente com a patologia.

Sem que disso se apercebam na maioria dos casos, as personagens de Ionesco são conduzidas ou motivadas por desejos, pulsões e forças inconscientes (veja-se, por exemplo, as peças *La Cantatrice Chauve*, *Amédée ou Comment s'en débarrasser*, *Le Nouveau Locataire*) ou que afloram ao subconsciente, traduzindo-se em pulsões obsessivas, da ordem da megalomania ou da mitomania, compensatórias de uma realidade exígua, trivial, monótona e sem horizontes de transformação ou rutura viáveis no plano da realidade imediata.

Daí que o autor recorra a estratégias dramáticas que desfiguram a reconstituição verista da existência, tão cara à estética dramática do realismo social, desorganizando-a através da comicidade burlesca ou grotesca, ou seja, colocando à vista de todos, ou ao seu discernimento, as incongruências e a pequenez da vida comum, bem como a solidão radical dos indivíduos, os seus recalamentos quase sempre desestruturantes da personalidade e raramente superáveis, o isolamento e a incomunicabilidade, aspetos que com frequência se exacerbam numa gestualidade e/ou em verbalizações burlescas, a que se soma, por vezes de modo subliminar, um dramatismo e uma energia patética que emergem dos mais triviais diálogos; enfim, a disfuncionalidade patológica nas relações interpessoais e familiares – lacunas que o realismo didático de certas dramaturgias tradicionais (a de Brecht ou a de Sartre, por exemplo) não lograva manifestamente superar, de acordo com a perspetiva dramática de Ionesco. É que o seu Teatro constrói essencialmente as situações cómicas a partir da condição, a um tempo risível e aterrorizadora, do ser humano esmagado e ultrapassado pela complexidade da existência.

Nesse sentido, as múltiplas representações surreais ionescianas, configuradas por metamorfoses de carácter fantástico - zoomórficas, objetais ou teratológicas, ou seja, reveladoras de diversas dimensões de loucura no ser humano, subliminar ou manifestamente monstruosas -, tendem progressivamente a desconstruir, mediante a sua exuberância onírica ou os jogos absurdos e risíveis em que se comprazem as personagens, aquilo que noutro autor seria um mero teatro realista de denúncia social, por muito negras ou disfóricas que fossem as suas perspetivas.

Na peça *Les Chaises*, por exemplo, os protagonistas, um casal de nonagenários dramaticamente sós e privados de reconhecimento e conforto humanos, figuram o cómico de situação que, na realidade, mais não é do que metáfora da patética condição metafísica do ser humano em si mesmo, bem como da sua condição psicossocial na fase mais crítica do envelhecimento, a que se aproxima do fim da vida e mergulha já numa degenerescência das faculdades mentais que não diferencia os acontecimentos reais dos meramente virtuais ou desiderativos. Nesse sentido, elas são sobretudo personagens inteira e inquietantemente alienadas da realidade geográfica e social – únicos habitantes de um farol numa ilha isolada, privadas há muito de contactos humanos -, metamorfoseadas numa espécie de autómatos e assumindo comportamentos demenciais, tais como contratar um Orador para comunicar com um honroso auditório inexistente, para tal amontoando cadeiras até ao limite possível, sem que alguém as venha alguma vez ocupar. Claramente inscrita na categoria do fantástico, toda a cena constitui uma metáfora de diversas sociopatias do indivíduo nas sociedades contemporâneas, tais como a privação de afeto, de atenção e escuta por parte da comunidade

e da família, a insularidade psicológica, a depreciação geracional, a condenação à irrelevância e ao silenciamento pelos que detêm a palavra e os poderes.

Parafraseando pateticamente os conferencistas prestigiados e rodeados de admiradores, as personagens *Le Vieux* e *La Vieille* mais não são, afinal, do que a sua paródia grotesca, apoiando-se em *clichés* ideológicos, fórmulas de cortesia pomposas e descontextualizadas, lacunas discursivas e, enfim, naquilo que será o clímax do seu projeto: a palestra inaudível do orador-convidado, manifestamente afásico.

Acresce que estas personagens, tal como as de *La Cantatrice Chauve* ou o novo locatário, da peça homónima, são extremamente deficitárias na consciência de si e de outrem, manifestando-se por automatismos verbais e gestuais reveladores de uma perturbadora alienação. Parcial ou radical, esta é linguisticamente representada por paralogismos, truísmos ou falsas analogias, afirmações que indiferenciada e acriticamente nos colocam perante uma verdade e o seu contrário, comparações incongruentes que colocam comparante e comparado em planos semanticamente inconciliáveis, puras assonâncias ou aliteraões sem qualquer afiliação semântica, sílabas descontextualizadas, sons onomatopéicos, guinchos, urros, acompanhados de gestualizações delirantes e/ou violentas, as quais denunciam já claramente uma fuga demencial ou uma fuga para a demência, impossibilitados como estão de tomar o leme das suas existências, resgatando-as do morno e indiferenciável magma comum.¹

Assim, o espaço e as situações cénicas em que as personagens evoluem sugerem, num primeiro momento, uma aparente mimese com a realidade, parodiando, todavia, no plano subliminar, os princípios estéticos do teatro realista/naturalista, o qual preconizava, militantemente, um didatismo que acreditava ser regenerador de diferentes sectores da sociedade por ele visada.

Progressivamente, porém, os processos de enunciação verbal e gestual, bem como as atitudes cénicas das personagens, revelarão a disparidade e incongruência entre as figurações iniciais e o seu devir, com a tónica na interação social das personagens, a qual claramente desconstrói o que seria o quadro de uma sociabilidade regular. Refira-se, a este respeito, a bizzarria comportamental das personagens de *La Cantatrice Chauve* e a reclusão social e profissional de Amédée e Madeleine, inicialmente escamoteada pelo que parecia um dia comum na entediante existência de um casal, na peça *Amédée ou Comment s'en débarasser*; ou ainda, a aparente normalidade de uma mudança de casa na peça *Le Nouveau Locataire*, que rapidamente se converte numa aterradora proliferação de móveis e objetos de toda a ordem, convertendo o protagonista num pobre objeto entre objetos, esmagado e anulado pela sua alucinante preponderância.

Por outro lado, estas personagens, tal como a generalidade das personagens ionescianas, não participam da economia de uma intriga na aceção própria da dramaturgia de modelo tradicional, nem tão pouco de uma ação que se inicie, desenvolva e conclua, de acordo com as convenções do mesmo cânone. Elas são inseridas num espaço físico normalmente interior e doméstico ou, mesmo quando público, de algum modo sempre fechado sobre si mesmo: espaço-ilha de incomunicação ou, em alternativa, de mera verborreia enquanto dispositivo de preenchimento de vazios e silêncios, aspirações colapsadas ou realizações em processo de entropia. O protagonista da peça *Le Nouveau Locataire*, por exemplo, se aparentemente é uma personagem que se encontra na situação trivial de uma simples mudança de casa, bem depressa manifestará a sua compulsividade objetal e consumista, ao receber dos empregados

¹ Veja-se, a este propósito: EMELINA, Jean - "Les conduites comiques. Procédures et procédés". In *Le Comique, Essai d'interprétation générale*. Paris : SEDES, 1996, caps. 3,4. Sobre diversos aspetos do universo de Ionesco, ver: LAUBREAU, Raymond (dir.) - *Les Critiques de notre temps et Ionesco*. Paris: Garnier Frères, 1973. Sobre os diferentes elementos paraverbais em contexto cénico e sua função, veja-se LARTHOMAS, Pierre - *Le Langage dramatique, sa nature, ses procédés*, IIª Parte. Paris: PUF, 1993.

de uma empresa de mudanças uma torrente infindável de móveis e objetos, que não somente bloqueiam completamente os seus movimentos no interior da residência, como se estendem posteriormente já pelas ruas circundantes ao prédio. Metáfora fantástica de patologia obsessivo-compulsiva, esta extraordinária figuração cénica simboliza, simultaneamente, a progressiva reificação do indivíduo nas sociedades capitalistas ocidentais que, a partir da década de 50, começaram a evidenciar o seu poder de expansão, de sedução e de alienação que haveria de marcar sucessivas gerações posteriores.

Acresce que tais personagens não se enquadram na análise psicológica clássica; ao contrário desta, a psicologia do inconsciente, pela sua atenção aos comportamentos automáticos e involuntários, figurados em imagens de acentuada simbologia e pendor onírico, pode preparar o leitor/espectador para a compreensão progressiva de certas incongruências bizarras que irrompem aqui e ali, por meio de atitudes e figurações cénicas de inspiração aparentemente realista mas, na verdade, acentuadamente metafóricas e inscritas nas categorias do fantástico enquanto figurações de patologias mentais das personagens. Estas, na maioria dos casos, nem mesmo tomam consciência de tais patologias, ou delas possuem apenas uma consciência larvar, demasiado difusa para poder ser catártica e transformadora.¹ Herdeiras de alguns tópicos dos universos kafkianos – designadamente, a famosa metamorfose fantástico-grotesca do protagonista Gregor Samsa num repulsivo e aparentemente monstruoso inseto –, estas personagens manifestam um crescente desconforto face aos espaços envolventes, de que o autor acentua simultânea ou alternadamente a degradação, o isolamento afetivo, a proliferação contaminadora ou opressiva de animais ou de objetos, a constrição sócio-familiar, criando assim múltiplas formas de entropia e de distopia. No seu conjunto, portanto, estas formas anómalas impedem um equilibrado e tranquilo desenvolvimento das características humanas das personagens, levando-as a procurar diversos modos de evasão: da compulsividade para a logorreia, o ruído permanente ou as movimentações cénicas frenéticas (vejam-se as personagens da peça *La Cantatrice Chauve*), à agressão sexual e homicida em série e desprovida de quaisquer juízos de ordem ética ou afetiva (assumida pelo professor para com as suas quarenta e uma discípulas, perante uma empregada doméstica imperturbável, na peça *La Leçon*), ou à emulação zoomórfica, fazendo, por redução ao absurdo, a comédia da apologia eufórica da beleza bruta, da ausência de racionalidade e de empatia em animais selvagens como os rinocerontes, por exemplo (na peça *Rhinocéros*).

Por outro lado, é de sublinhar que a racionalidade e o perfil psicológico das suas personagens mostram-se amiúde inconsistentes e lacunares, e não são o caráter, os valores, o temperamento ou o meio, mas antes o inconsciente patológico, a verdadeira sede de comando das suas emoções, decisões e ações, que frequentemente irrompem de forma violenta e insólita para os próprios sujeitos-objeto de tais manifestações. Na verdade, em quase todas as personagens do autor, a razão é fonte de mal-entendidos e simulacros, os quais escondem relações autoritárias e constrictivas ou uma irrealização existencial recalcada por imperativos do dever individual e coletivo. Daí que subitamente elas pareçam desagregar-se diante do leitor/espectador, deixando cair máscaras, *clichés* linguísticos e comportamentais, convencionais existências e relações de catálogo – dispositivos de sustentação de uma unidade psicossocial fictícia e que funcionam como bomba-relógio de ulteriores comportamentos demenciais. Em alternativa, preparam metamorfoses aterrorizadoras, tais como a do cadáver que cresce dentro de uma casa até impedir que o casal nela residente aí

¹ Sobre os múltiplos aspetos do pensamento e dramaturgia ionescianos, veja-se : ESSLIN, Martin – “Eugène Ionesco”. In *Théâtre de L’Absurde*. Paris: Buchet/ Chastel, 1971. Sobre a problemática e representação da loucura na literatura e outras artes, veja-se BRENOT, Philippe – *Le génie et la folie en peinture, musique et littérature*. Paris: Plon, 1997.

possa viver: metáfora de registo fantástico da degradação nauseante da sua relação conjugal, que terminará somente quando Amédée lança o cadáver pela janela, libertando-se de Madeleine, sua mulher, e do confinamento patológico em que o casal vivia, prisioneiro no espaço doméstico, sem relações sociais ou afetivas, recolhendo os próprios alimentos por uma janela, até ao ponto em que o próprio cadáver já se apropria igualmente do exíguo espaço físico que ocupam. No momento em que o cadáver de dimensões monstruosas é lançado pela janela, transforma-se num balão que transportará Amédée para novos espaços, metáfora de liberdade física, geográfica e, sobretudo, psicológica. (Veja-se *Amédée ou comment s'en débarasser*).

A partir de determinado momento da ação, as situações cénicas e o movimento dramático das peças serão definidos por processos de desconstrução sistemática da arquitetura psicológica e social das cenas anteriores, operando tais processos uma ruptura nos horizontes de expectativa do leitor/espectador – inicialmente modelados por uma peça de aparente construção realista. Mas é igualmente todo um horizonte mental pequeno-burguês que colapsa diante do público¹, denunciando dessa forma as suas falácias, inseguranças, medos e insuficiências.

Globalmente, tais processos traduzem-se em atitudes cénicas de inesperado furor colérico ou erótico, de negação ou efabulação mitómanas, manifestas numa espécie de pirotecnia verbal em contradição com todos os princípios lógicos, ou em ações que subvertem grotescamente os códigos de comportamento social; enfim, em acontecimentos cénicos que desafiam as leis fundamentais da matéria orgânica e inorgânica : recorde-se o caso da personagem *Amédée*, que levanta voo a partir do cadáver metamorfoseado em balão, libertando-se desse modo de um quotidiano conjugal afetiva e existencialmente patológico. Nesse sentido, os modelos de análise convencionais revelam-se insuficientes para descodificar toda a significação dramática das personagens, exigindo níveis simbólicos e metafóricos de interpretação e mesmo algumas leituras de dimensão psicanalítica.²

Em *La Cantatrice Chauve*, o movimento dramático, mais do que a ação, aliás incipiente, é definido com notável virtuosismo pelo ritmo crescente e por fim vertiginoso das réplicas das personagens, que de lugares-comuns casuais passam a verborreia irracional e risível. Paralelamente, as suas atitudes cénicas, de início aferíveis por uma normalidade banal e cordata, evoluem para situações de absurdo, turbulência e cólera surreais, desconstruindo e parodiando assim toda a ilusão de civilidade social sugerida nas primeiras cenas da peça. Segundo Freud, todo o indivíduo carrega em si tendências mórbidas e violentas que devem encontrar um exatário eficaz, para que a sociedade possa funcionar num certo nível de higiene mental e de civilidade. Para Ionesco, diversamente, a crueldade, a violência física e psicológica e o absurdo constituem a própria substância do ser humano, e não havendo exatário possível para essas tendências mórbidas dos indivíduos, só o riso sarcástico e impiedoso induzido no espectador/leitor, através das personagens e situações criadas pela farsa, pode atenuar um pouco essas tendências, projetadas nas indefesas personagens farsescas. Contudo, o pseudo-realismo que constitui o início da peça já havia sido comprometido por alguns adereços cénicos, como o relógio que bate horas indiscriminadamente, sem qualquer congruência com o tempo cronológico e perante a mais completa naturalidade dos protagonistas; além disso, pela natureza dos próprios diálogos entre os casais Smith e Martin: no que respeita o primeiro casal, evidencia-se sobretudo no

¹ “L’esprit petit bourgeois peut se trouver, comme je vous l’ai dit, dans n’importe quelle catégorie sociale. Je ne crois pas non plus à un théâtre prophétique, chargé d’un “message”. La thèse c’est l’intrusion de l’intention rationnelle là où il s’agit d’autre chose.” Cf. IONESCO, Eugène - *Notes et Contre-Notes*, p.189.

² Ver ABASTADO, Claude – « Étude analytique du théâtre ». In *Ionesco*. Paris- Montréal : Bordas, 1971, pp.55-65. Veja-se ainda, HORVILLE, Robert – « L’usure du langage au centre de *La Cantatrice Chauve* ». In *La Cantatrice Chauve, La Leçon*, Paris, Hatier, col. “Profil d’une oeuvre”, 1992.

conteúdo abstruso dos seus comentários ao obituário do jornal; no que toca o segundo, na natureza das réplicas trocadas pelos cônjuges – personagens que se comportam como desconhecidos e iniciam uma conversa de circunstância. No decurso da mesma, descobrem que afinal habitam o mesmo bairro, a mesma rua, o mesmo prédio, o mesmo apartamento, e até são casados, tendo inclusive uma filha comum, configurando esta cena de registo fantástico a metáfora de milhares de cônjuges que coabitam como desconhecidos um do outro, ao mesmo tempo que as suas virtualidades sócio-afetivas se vão degradando dramaticamente. Tal degradação é já bem evidente na forma como se comportam em cena, mostrando-se, enquanto convidados do casal Smith, marcadamente passivos, sem criatividade nem mundo a partilhar, limitando-se a esperar, numa atitude próxima do entorpecimento, que personagens vindas do exterior – o comandante dos bombeiros, por exemplo – possam ‘salvar’ o malogrado serão, introduzindo elementos que fundem o insólito, o incongruente e o absurdo com disfuncionalidades sócio-afetivas muito próximas do distúrbio de natureza patológica.

Paralelamente, na peça *Amédée*, só os níveis de consciência mais profundos, decantados do turvo e inerte quotidiano pela dimensão poética e onírica, revelam a verdadeira identidade dos protagonistas, projetando assim o leitor/espectador para uma nova dimensão existencial, psicologicamente transfigurada pelo insólito e o fantástico, numa alusão clara a uma alternativa que venha substituir-se à realidade doentia e soturna do quotidiano do casal. No caso de Madeleine, personagem emocionalmente frígida, acrimoniosa e algo sinistra, que arrasta um quotidiano com contornos de filme negro e de pesadelo, não haverá catarse nem saída possível. No caso de Amédée, pelo contrário, as dimensões estética e poética dessas revelações oníricas conseguem libertá-lo por momentos da sombria reclusão da existência real, servindo simultaneamente de elemento propulsor da evasão aérea e definitiva da sua disfórica existência.¹ Além disso, é o adereço mais mórbido e surreal da peça, o cadáver gigantesco que progressivamente invadia o seu exíguo e recluso espaço doméstico – metáfora, como disse atrás, de degradação relacional e de opressão -, que o emancipará fisicamente, servindo-lhe de instrumento voador rumo a um futuro regenerado e liberto.

Desse modo, é a dimensão fantástica e metafórica das figurações cénicas ionescianas que claramente se sobrepõe à consciência diurna, aparentemente “normal” e civilizada das personagens criadas pelo autor, subvertendo, assim, os pressupostos tradicionais do teatro, mesmo quando cómico ou satírico, fundamentados no pretenso poder da racionalidade, da moderação e suas volições sobre o destino final das personagens. A crença na supremacia dessas faculdades humanas sobre o obscuro magma dos instintos mais destrutivos fora apanágio do Pensamento ocidental, mas tão dramaticamente desacreditada nesses anos do pós-Guerra em que eclodiu o Teatro do Absurdo, de que Ionesco foi, sem dúvida, uma das figuras mais singulares, fascinantes e consagradas.

Num estudo dedicado às metamorfoses da personagem no teatro do século xx, relativamente ao teatro clássico ou ao teatro realista-naturalista, Robert Abirached sublinha com pertinência a perda das importantes relações de causalidade entre o carácter e o meio, a lógica da linguagem e o discurso, os comportamentos e as funções sociais, relações essas assumidas como pelo teatro tradicional como princípios indiscutíveis. Doravante, pelo contrário, o dramaturgo pode reclamar para a personagem a emancipação das convenções ideológicas e dramaturgicas do passado, assentes em postulados que a História do século XX tão tragicamente desmentiu: “(...) Le personnage perd ainsi ses attributs les plus significatifs, soit qu’on dénonce, sur le mode du burlesque ou de la parodie, ses rapports avec famille, métier, culture, économie, soit qu’on le réduise rageusement au schéma d’une fonction et qu’on le montre aliéné par ses plus élémentaires relations avec les autres, soit encore qu’on l’inscrive d’emblée dans un autre univers, aux coordonnées insolites, où il puisse vivre une

¹Cf. ABASTADO, Claude - *Idem*, pp.105-106. Para a peça *Les Chaises*, cf. *id.,ib.*, pp.86-94.

histoire dont les développements échappent aux mesures des arpenteurs de l'âme. Ce qui est partout disqualifié, c'est l'individu, tel que l'exprime la notion de moi, avec ses intérêts, ses passions, ses raisonnements, ses démarches ; c'est la société, avec ses rites, ses coutumes et ses lois; c'est enfin l'histoire, avec sa prétention au sens et ses perspectives ordonnées".¹

Conclusões

O teatro de Ionesco constitui um excelente *corpus* de observação das características, tíques e disfunções das sociedades ocidentais do pós-Guerra, muitos deles presentes ainda e até ampliados e hiperbolizados na nossa contemporaneidade. As suas personagens, profunda e pateticamente neuróticas, manifestam traços psico-sociais e linguísticos irreduzíveis a qualquer dramaturgia fiel ao realismo, enquanto princípio epistemológico de abordagem do mundo real e estética dramaturgicamente representacional. Deste modo, a sua leitura só nos planos simbólico, metafórico e psicanalítico se revela inteiramente profícua, ou, por outras palavras, cada personagem é sempre simultaneamente ela mesma e o seu duplo patológico, alienado ou enlouquecido, e só raramente a catarse é possível, devido à enigmática espessura metafísica da condição humana e ao elevado grau de alienação em que vegeta uma parte imensa da Humanidade.

Fontes e bibliografia selecionadas

ABASTADO, Claude — *Ionesco*. Paris-Montréal: Bordas, 1971. 286 p. ISBN 2040077413

ABIRACHED, Robert — *La Crise du personnage dans le théâtre moderne*. Paris: Gallimard, 1994. 506 p. ISBN-10 2070737454; ISBN-13 9782040077419

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

EMELINA Jean — *Le Comique. Essai d'interprétation générale*. Paris: Éd. du Panthéon, 1995. 190 p. ISBN 2718194162

ESSLIN, Martin — *Théâtre de L'Absurde*. Paris: Buchet/ Chastel, 1971. 456 p.

HORVILLE, Robert — *La Cantatrice Chauve, La Leçon*. Paris: Hatier, coll. "Profil d'une oeuvre", 1992. 79 p. ISBN 9782218740763

HUBERT, Marie-Claude — *Langage et corps fantasmé dans le théâtre des années cinquante: Ionesco, Beckett, Adamov*. Paris: J. Corti, 1987. 293 p. ISBN 27143 01843.

IONESCO, Eugène — *Théâtre I*. Paris: Gallimard, 1954. 323 p.

IONESCO, Eugène — *Rhinocéros*. Paris : Gallimard, 1959. 246 p. ISBN 2070368165.

IONESCO, Eugène — *Notes et Contre-Notes*. Paris: Gallimard/Folio, 1966. 371 p. ISBN 2-07-0326314

IONESCO, Eugène — *Les Chaises*. Paris : Gallimard, 1990. 178 p. ISBN 2070364011

IONESCO, Eugène — *Entre la vie et le rêve, entretiens avec Claude Bonnefoy*. Paris: Gallimard, 1996. 240 p. ISBN-10 2070746279

LARTHOMAS, Pierre - *Le Langage dramatique, sa nature, ses procédés*, II^a Parte. Paris: PUF, 1993. 478 p. ISBN 2130453279

LAUBREAUX, Raymond (dir.) - *Les Critiques de notre temps et Ionesco*. Paris: Garnier Frères, 1973. 188 pp.

¹Cf. ABIRACHED, Robert - "Tout ce qui est réel est irrationnel". In *La Crise du personnage dans le théâtre moderne*. Paris : Gallimard, 1994, p.392.

SÍNDROME DE CAPGRAS — UMA ANÁLISE DE TRÊS FILMES DA HISTÓRIA CINEMATOGRAFICA

Gustavo França¹; Diana Pires²

Hospital de Magalhães Lemos

¹Médico, Assistente Hospitalar de Psiquiatria

²Médica, Interna de Formação Específica de Psiquiatria

E-mail: Gustavosantos@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

A síndrome de Capgras foi descrita pela primeira vez por Joseph Capgras em 1923. É classificada como uma síndrome de falsa identificação delirante e envolve o delírio de que um familiar próximo foi substituído por um duplo ou um impostor. Esta síndrome é uma das síndromes mais fascinantes e menos compreendidas encontradas na psiquiatria.

O cinema sempre teve uma grande influência na representação cultural da loucura. Pretendemos mostrar como a síndrome de Capgras é retratada na história do cinema, apresentando uma análise abrangente dos seguintes filmes: *Invasion of the Body Snatchers* (Don Siegel, 1956), *The Broken* (Sean Ellis, 2008) e *Ich seh ich seh* (Severin Fiala, 2014). Discutimos também como a experiência cinematográfica ajuda a compreender um fenómeno psicopatológico intrigante, que tem implicações para a teoria geral da percepção.

Palavras-Chave: Síndrome de Capgras; Cinema; Psicopatologia

Abstract

Capgras syndrome was first described by Joseph Capgras in 1923. It is classified as a delusional misidentification syndrome and it involves the delusion that a close relative has been replaced by a double or an imposter. This syndrome is one of the most striking and least understood syndromes found in psychiatry.

Cinema has had a strong influence on cultural representation of madness. We will show how Capgras syndrome is portrayed in the history of cinema, by presenting a comprehensive account of the following movies: *Invasion of the Body Snatchers* (Don Siegel, 1956), *The Broken* (Sean Ellis, 2008) and *Ich seh ich seh* (Severin Fiala, 2014). We will also discuss how the cinematic experience help to understand this intriguing psychopathologic phenomenon, which bears implications for a general theory of perception.

Keywords: Capgras Syndrome, Cinema, Psychopathology

“Films portray mental illness and mental health problems in a variety of ways. Some can be used to teach medical students and psychiatric trainees about certain aspects of psychiatry” (Dinesh Bhugra, 2003)

“Capgras Syndrome is a frightening yet uncannily familiar phenomenon. The idea of doubles has long had a place in human religion and literature, and to make the Syndrome more comprehensible and thus more treatable it is appropriate to examine the use of the idea of doubles in fiction. It is also useful to build a continuum from the psychotic delusion of doubles through the neurotic “family romance” toward a recognition of similar dynamics in normal life” (Robert J. Bertson, 1982)

Introdução

A Síndrome de Capgras foi descrita pela primeira vez por Joseph Capgras em 1923. Classificada como uma síndrome de falsa identificação delirante, corresponde ao delírio de que um familiar próximo foi substituído por um duplo ou um impostor. A síndrome de Capgras permanece como um dos quadros clínicos mais fascinantes e menos compreendidos da psiquiatria.

O cinema tem uma grande influência na representação cultural da loucura. Pretendemos mostrar como a síndrome de Capgras é retratada na história do cinema, através da análise das seguintes películas: *Invasion of the Body Snatchers* (Don Siegel, 1956), *The Broken* (Sean Ellis, 2008) e *Ich seh ich seh* (“*Goodnight mommy*”, Severin Fiala, 2014). Discutimos também como a experiência cinematográfica ajuda a compreender um fenómeno psicopatológico intrigante, com implicações para a teoria geral da percepção.

Síndrome de Capgras

A Síndrome de Capgras (SC) foi descrita pela primeira vez na literatura em 1923, por Capgras e Reboul-Lachaux (“*l’illusion des sosies*”), numa senhora (“*Mme M.*”) de 50 anos que desenvolveu a crença que o marido, os filhos e os vizinhos tinham sido substituídos por duplos. Ao mesmo tempo, também acreditava que existiam dois duplos que lhe pretendiam usurpar a identidade (Capgras & Reboul-Lachaux, 1923). Em conjunto com a Síndrome de Fregoli, a Síndrome de Intermetamorfose e a Síndrome dos Duplos Subjetivos, a SC integra atualmente o grupo de Síndromes de falsa identificação delirante (Oyebode, 2015). Estas síndromes partilham o fenómeno psicopatológico do duplo e do desdobramento do Eu. É relativamente comum existir um *overlap* entre estas síndromes, sendo que não é infrequente a simultaneidade de vários quadros num mesmo doente (Greener, 2017).

Tradicionalmente conceptualizada como tendo origem num conflito psicodinâmico, vários estudos nas últimas décadas demonstraram anormalidades no processamento cerebral de faces nestes doentes, sugerindo uma etiologia neurofisiológica para esta síndrome.

O reconhecimento facial é, aliás, uma das tarefas visuais mais complexas realizadas pelo cérebro. De uma forma muito reducionista, os modelos cognitivos do processamento facial focam-se em dois estágios: o reconhecimento “cognitivo” da face e a geração de uma resposta afetiva à presença de uma face familiar (ambos na dependência do funcionamento de vias neurológicas distintas). O modelo de desconexão visuoanatômico, proposto por Ellis and Young, postula que os estímulos visuais são processados por duas vias anatómica e funcionalmente diferentes (Ellis & Lewis, 2001). Na SC, não existe uma alteração do componente “cognitivo” da percepção do objeto (pelo que o doente, quando questionado, admite que o duplo se assemelha ao original). Existe, sim, uma falência na percepção “afetiva” da face que advém da incapacidade do sistema em reconhecer e processar a familiaridade do estímulo (no modelo de Ellis, este défice é anatomicamente atribuído à via dorsal que conecta o sistema visual com as estruturas límbicas).

A SC pode surgir em quadros clínicos, quer de perturbações psiquiátricas mais “funcionais”, quer de doenças neurológicas mais “orgânicas”, entre as quais se destacam a epilepsia, os acidentes cerebrovasculares e as doenças neurodegenerativas. Atendendo a esta heterogeneidade clínica, não é surpreendente que as anomalias do processamento facial pareçam ser insuficientes para compreender a etiopatogenia da SC. A dificuldade em construir um modelo explicativo satisfatório foi, aliás, uma das principais conclusões da revisão sistemática mais recente sobre o tema (Pandis C et al., 2019).

A arte em geral, e o cinema, em particular, têm um grande potencial para representar, de uma forma estética e alternativa, quadros psicopatológicos extremamente complexos. De seguida, refletimos sobre a dimensão cinematográfica da SC, em três obras escolhidas. Para esta

reflexão, o ponto de partida são as particularidades fenomenológicas comuns (no sentido de invariável) da SC, nomeadamente:

—Existe uma diminuição ou perda total da familiaridade do sujeito para com o duplo;

—O duplo é apercebido como vil, mal-intencionado, ou perigoso de alguma forma;

—Estas alterações do campo perceptivo coexistem com uma alteração do conteúdo do pensamento: a crença que a pessoa próxima ou o familiar foi substituído por um duplo. Esta crença tem as características psicopatológicas de um delírio, o que significa que é uma crença falsa baseada numa inferência incorreta acerca da realidade externa e firmemente defendida, apesar de opiniões ou evidência contrária.

—O comportamento do sujeito é alterado face ao basal, existindo algum grau de sofrimento e de disfunção no funcionamento psicossocial habitual.

***Invasion of the Body Snatchers* (Don Siegel, 1956)**

Realizado por Don Siegel e baseado no guião de Jack Finney (*Body Snatchers*, 1955), este filme é indissociável do seu contexto histórico. A invasão dos “*body snatchers*” (algumas das propostas de tradução para a língua portuguesa são claramente insatisfatórias) surge em plena guerra fria, tendo como fundo vários temas emergentes, nomeadamente a conquista do espaço e as invasões alienígenas.

Quando o médico Dr. Miles Bennell regressa, vindo de um congresso, à sua pequena cidade e é recebido pela enfermeira, Sally Withers, que lhe transmite notícias perturbadoras, reage inicialmente com aparente despreocupação. Durante a sua ausência, vários doentes reportaram a convicção que os seus familiares e vizinhos foram substituídos por um impostor. Entre esses doentes encontra-se o tio Ira (“*Uncle Ira*”), familiar da outra protagonista do filme, Becky Driscoll, e de Wilma. É Wilma quem fornece uma das descrições mais minuciosas da SC no filme, salientando as semelhanças físicas óbvias entre o tio Ira e o “impostor”, assim como a verosimilhança do comportamento. No entanto, Wilma sublinha as diferenças óbvias entre os “duplos” e os “seres humanos originais” que consistem num padrão emocional alterado (“*He is not! [...] There is something missing. There’s no emotion, none!*”), evidente no comportamento psicomotor, na mímica facial e na prosódia do discurso. Estas diferenças são, ainda assim, subtis e difíceis de serem explicadas verbalmente, pelo que os relatos cursam com um descrédito do público geral, e da comunidade médica.

A “conspiração” aos poucos é “diagnosticada” pelo Dr. Miles: uma invasão alienígena, a larga escala, inexorável e avassaladora. Os seres alienígenas têm a capacidade de reproduzir um duplicado de cada ser humano, assimilando as suas características físicas, memórias e personalidade, embora sejam destituídos de emoção humana. O processo de intermetamorfose ocorria durante o sono. Não nos é apresentado, durante o filme, uma razão mecânica plausível para a incapacidade de assimilar também as emoções humanas. É-nos, no entanto, sugerido que essa “incapacidade” seria uma vantagem, já que o ser-humano ficaria liberto de emoções negativas, incluindo da angústia da existência, que se dissipava findo o processo de transformação (estamos no período pós segunda guerra-mundial, no apogeu do existencialismo).

A profissão médica do protagonista principal da obra não será também aleatória. Dr. Miles Bennell, médico generalista, provinciano (que se autodescreve como “*I’m just a general practitioner. Love is handled by the specialists.*”, demarcando-se da psiquiatria) acaba por ser envolvido numa trama a nível mundial. A sua ação médica, mas também social, é valorizada pela pequena comunidade, traduzindo-se na confiança dos doentes e no seu reconhecimento geral. A sua ação pode ter também leituras epidemiológicas, já que, em vários momentos do filme, se incumbe de um papel “profético” ou até messiânico de prevenir a humanidade do perigo que os duplos constituem para a saúde pública (“*Look, you fools, you’re in danger! Can’t*

you see! [...] You're next!"). Não será também aleatório o facto do primeiro contacto com um dos duplos alienígenas ser através da objetificação de um corpo inerte disposto, como se estivesse numa sala de autópsias. A análise ao corpo de um dos “duplos” revela a ausência de impressões digitais, marca física distinta da subjetividade.

O filme não deixa de ser uma crítica (e, em alguns momentos, uma sátira) à psiquiatria da época. Pode ser aliás analisado numa perspetiva da antipsiquiatria. Esta crítica à psiquiatria realiza-se por etapas sequenciais. Primeiro, pela desvalorização inicial dada pelos psiquiatras do filme (na pessoa do Dr. Dan Daniel Kaufman): “*strange neurosis [...] Epidemic mass hysteria*” (a neurose teria um caráter mais benigno que um quadro psicótico como a SC). Num segundo momento, pela sugestão dada pelo Dr. Dan Kaufman que o protagonista principal, Dr. Miles, pudesse ter um quadro psicótico grave “*Doctors can have hallucinations too [...] your mind starts playing tricks [...]*”, criticando-se aqui o excesso indevido de diagnósticos psiquiátricos (a primeira edição do DSM surge em 1952). Por fim, e de forma mais significativa, ao longo do desenlace do filme é o próprio psiquiatra, Dr. Kaufman, que “lidera” o movimento da intermetamorfose mandatória ou compulsiva (que pode ser observada como uma crítica aos tratamentos coercivos da psiquiatria). Dr. Kaufman afirma que a intermetamorfose é uma solução para os problemas e para o sofrimento da humanidade: “*out of the sky came a solution [...] there is no pain [...] tomorrow you will be one of us. [...] there is no need for love [...] love, desire, ambition, faith. ...without them life is so simple.*” Interessantemente, este apelo ao entorpecimento dos afetos, ou, em linguagem mais técnica, ao embotamento afetivo surge numa altura histórica que marca o início da era da psicofarmacologia na psiquiatria (com o desenvolvimento do lítio e dos primeiros antipsicóticos).

Por fim, uma palavra para Becky Driscoll, que ao longo do filme desenvolve uma relação amorosa com o Dr. Miles Bennell. A protagonista feminina reporta, logo no seu primeiro diálogo com o Dr. Miles, uma certa ideia de estranheza, de perda de familiaridade (no sentido psicopatológico de *unheimlich*): “*I feel almost like a stranger in my own country*”. É nesta perda de familiaridade, explorada ao longo de todo o filme, que se instalam os vários casos de SC. Através da técnica de analepse, usada por várias vezes nas filmagens, o tempo onírico e o tempo do presente confundem-se, emergem memórias e conteúdos imagéticos fantasiosos, criando-se um território fértil para o terror psicológico do filme.

Para além de ser um thriller de terror psicológico, esta obra é sobretudo uma história de amor. O romance intenso que se vai desenvolvendo entre o Dr. Miles Bennell e Becky Driscoll representa a última resistência à massificação do homem. Pela voz de Becky Driscoll temos uma das passagens mais belas do filme: “*I want to love and be loved [...] I don't want a world without love, or grief or beauty, I would rather die*”. O casal não pode confiar em ninguém e vê-se permanentemente em fuga. A psicose tradicionalmente isola o sujeito do mundo, mas aqui é o oposto. Existe uma luta pela sanidade, os dois medicam-se para ficarem acordados e assim tentarem impedir a intermetamorfose. A luta por sobreviver à intermetamorfose adquire uma importância planetária. Nas palavras de Dr. Miles: “*In my practice, I've seen how people have allowed their humanity to drain away. Only it happened slowly instead of all at once. They didn't seem to mind... All of us - a little bit - we harden our hearts, grow callous. Only when we have to fight to stay human do we realize how precious it is to us, how dear.*”

***The Broken* (Sean Ellis, 2008)**

Sean Ellis é um cineasta reconhecido por filmes de cariz psicológico, como sejam a obra-prima *Cashback* de 2006. A película *The Broken* inicia com uma referência explícita a William Wilson, conto de Edgar Allan Poe que aborda o tema do *Doppelgänger* (que é geralmente aceite como um equivalente aos duplos subjetivos, em psicopatologia). Este conto, publicado pela primeira vez em 1839, explora em termos literários a problemática do duplo, do “segundo” Self que ameaça o protagonismo da personagem principal, levando-o à insanidade.

Este filme, gravado numa Londres sombria, tétrica, transporta claras influências de realizadores como Lynch e Hitchcock (é particularmente saliente a referência à banheira, de *Psycho*, 1960).

A personagem principal é Gina, uma médica radiologista de sucesso. O filme inicia quando um espelho se quebra no jantar de aniversário do seu pai, interrompendo a conversação pacata familiar. A referência aos espelhos vem a ser uma constante do filme e permite a interseção com autores psicodinâmicos. Numa visão Lacaniana, o reconhecimento de si próprio (do Self) dá-se através de um outro (é descentrada), numa altura crítica que Lacan apelidou da fase do espelho. O espelho quebrado pode ser um símbolo da fragmentação do Self, da impossibilidade de apreender um Eu coerente e completo. Para além do espelho partido, logo na primeira cena, já outros sinais haviam sido detetados no filme. É como se o realizador nos propusesse um humor delirante, um terreno psicopatológico fértil onde o delírio se vem a desenvolver. Este humor delirante é preenchido pela ideia de assimetria. Na primeira cena do filme, Gina analisa um caso de “*Dextrocardia com situs inversus*”, referindo-se “*it’s not uncommon, but it’s pretty rare*”. Logo a seguir, no diálogo inicial na festa de aniversário do pai, Daniel, irmão da protagonista, pergunta ao pai a idade e este responde “*twenty-seven*” (27 em vez de 72).

O argumento do filme prossegue quando Gina vê uma pessoa exatamente igual a si, a conduzir o seu carro, perseguindo-a o que viria a resultar num acidente grave de viação. Depois do acidente sobrevém um período de amnésia. É nessa amnésia que se instalam os “fragmentos” quebrados da dúvida. A memória é, afinal, uma reconstrução ativa de fragmentos, e face à amnésia, tudo se coloca em causa. Após o acidente de viação, o corpo, as vivências de si mesmo e do ambiente são completamente alteradas em Gina, e permeáveis por uma dúvida constante acerca da identidade, dos limites do eu-mundo e da unidade do Self. Uma das primeiras dúvidas é se o seu namorado Stefan é realmente o seu namorado (“*No, he looks like him, but he’s not him*”). Esta dúvida faz com que o médico que a observa, o Dr. Zachman, sugira o diagnóstico de delírio de Capgras, no contexto da lesão cerebral traumática, tendo-a encaminhado para um psicoterapeuta (valorizando os aspetos dissociativos e traumáticos, por contraposição à certeza psicótica de um delírio).

O filme mostra-nos essencialmente este esforço de construir sentido num mundo dissociado, “fragmentado”, em risco de colapso. Neste filme estamos perante vários fenómenos psicopatológicos, a perturbação dos duplos subjetivos (“*she looked like me. I followed her*”), a paramnésia reduplicativa (o apartamento da protagonista) sustidos numa dúvida permanente, oscilante entre a dissociação e a psicose.

As várias personagens acabam por ser substituídas (são assassinadas) por *doppelgangers* do outro lado do espelho, sem que se compreenda bem o objetivo (a única pista são espelhos partidos no chão). Várias leituras são possíveis, já que o realizador não se compromete com nenhum cenário explicativo. É como se o vidro fosse uma janela, mas em que apenas um dos lados vê, o lado de dentro. O desenlace é o confronto físico final de Gina com o seu duplo, que termina no último assassinato. O filme termina exatamente como começa: radiologicamente. Na última cena, o duplo de Gina examina o seu próprio Raio-X que revela ter um *Situs Inversus* (sugere que esta marca anatómica é um símbolo do processo de intermetamorfose).

Ich seh ich seh “Goodnight Mommy” (Severin Fiala, 2014)

Severin Fiala, realizador austríaco, propõe-nos uma viagem metafórica à relação primordial mãe e filho.

Elias e Lukas Schwartz são irmãos gémeos que vivem com a mãe numa casa de campo isolada. Os rapazes ficam emocionalmente instáveis e com medo da mãe quando esta retorna a casa, depois de uma cirurgia cosmética, com a sua cabeça ainda envolta em ligaduras. As crianças ficam incomodadas pelo seu comportamento estranho, sendo particularmente

notório o facto de a mãe ignorar deliberadamente Lukas. Num jogo familiar de adivinhar o nome de personagens (o mesmo do filme *Inglourious Basterds*, de Tarantino) a mãe manifesta óbvias dificuldades em conseguir acertar o seu próprio nome, mesmo com descrições específicas: “apresentadora de televisão”, “gosta de animais”, “com dois filhos”. A mãe desculpa-se com o cansaço da cirurgia. No entanto, as crianças começam a duvidar se a mãe é realmente a sua mãe (“*She is so diferente [...] She is not like our mother*”). Perdida a confiança básica, torna-se virtualmente impossível estabelecer ou manter uma relação de vinculação segura. Mesmo com a ligadura desfeita, e o rosto visível, a dúvida mantém-se. A mãe é assim encarcerada, torturada, e por mais que sejam devolvidos aspetos anatómicos únicos, como sejam a coloração da íris, a dúvida mantém-se. O filme pode ser perspetivado como uma tentativa frustrada na recuperação da relação afetiva primordial (“*we want our mother back*”).

A questão que é deixada em aberto é o porquê de se ter perdido essa noção de familiaridade. Uma hipótese possível é o facto da mãe ser “castigada” por não parecer alinhar mais no “jogo” de Elias, em relação ao Lukas. É nos transmitido que Lukas terá falecido (provavelmente na sequência de um afogamento acidental), no entanto permanece vivo na fantasia autística de Elias. A mãe quando regressa da cirurgia ignora essa fantasia de Elias, não lhe dá sumo, nem roupa, ignora-o no jogo.

É possível que o falecimento recente do irmão com o qual Elias tinha uma relação muito próxima, simbiótica até, tenha-o deixado transtornado, a sentir-se “culpado”, desenvolvendo uma reação psicopatológica depressiva do tipo stress pós-traumática. O delírio de Capgras pode ter surgido para explicar a experiência anómala da ausência de familiaridade com a mãe, mas também pode ser um mecanismo inconsciente de lidar melhor com a culpa. Aspetos psicodinâmicos do desenvolvimento da SC em quadros como a perturbação de stress pós-traumática foram já explorados por alguns autores (Mester & Braun, 1986).

Esta obra cinematográfica tem um grande impacto a nível visual. Os diálogos no filme são escassos, e muitas vezes os atores são filmados de costas, sem rosto, ou quando são filmados de frente a cara surge tapada (por ligaduras, no caso da mãe; por máscaras, no caso dos gémeos). O filme vive essencialmente de contrastes. Embora a família esteja isolada, sente-se que o filme mobiliza forças apocalípticas (não parece ser alheia a ambiência introdutória do filme “*Signs*” de Shyamalan, 2002, com o cenário dos campos de milho). Existe um contraste entre a casa muito moderna, bem apetrechada, e a sua inserção num campo isolado, recolhida da civilização. Tal como a disparidade entre a tranquilidade sugerida pela ambiência visual e a violência provocada pela experiência da SC. Em relação à violência, o filme explora ao limite as implicações forenses da SC, que foram recentemente debatidas na literatura (Klein & Hirachan, 2014).

O aparecimento de voluntários da Cruz-Vermelha no fim é um aspeto simbólico. A ajuda médica esteve perto, chegou, mas tardiamente e não de forma suficiente. O final é enigmático, catártico, a imolação representa um renascimento. Não se pode matar um duplo.

Conclusões

Os três filmes descritos, de forma diferente, exploram de forma sublime a ideia aterrorizadora de alguém se poder infiltrar na nossa existência, substituir as pessoas que nos são familiares, e, por fim, suceder-nos (Tabela 1). Para além de capitalizarem esteticamente a sensação de ameaça permanente e de perda de familiaridade, estes filmes materializam vivências de outra forma inacessíveis (como sejam a do *doppelganger*) e oferecem uma experiência por vezes “despatologizante” da duplicidade do Self.

As síndromes de identificação delirante no geral, e a SC em particular, abalam uma ideia pré-estabelecida do Self enquanto unidade e estabilidade. Por um lado, o duplo lembra-nos que a sensação de familiaridade tem de ser fenomenologicamente construída sempre que existe

um encontro de seres humanos. Por outro lado, o duplo alerta-nos que a subjetividade é uma conquista que deve ser incessantemente reclamada.

		
<p><i>Invasion of the Body Snatchers</i> (1956)</p> <p>Dimensão <i>transpessoal</i></p> <p>Uma SC "epidêmica"</p> <p>A "capgarização" da humanidade e luta derradeira do ser-humano pela subjetividade</p>	<p><i>The Broken</i> (2008)</p> <p>Dimensão <i>intrapessoal</i></p> <p>O doppelganger e o desdobramento do Eu como um equivalente a um "Capgras" interno</p>	<p><i>Goodnight Mommy</i> (2014)</p> <p>Dimensão <i>interpessoal</i></p> <p>A SC num conflito pré-edipiano, a mobilização de angústias psicóticas, a perigosidade e implicações forenses</p>
<p>Normativo (não patológico)</p>	<p>Psicótico/ "Dissociativo-like"</p>	<p>Psicótico (SC)</p>

Tabela 1: Síntese de aspetos dimensionais da SC nos três filmes

Bibliografia

- CAPGRAS, J. & REBOUL-LACHAUX, J. – L'illusion des sosies dans un delire systematise chronique. *Bull. Soc. Clin. Med. Ment* 11 (1923) 6–16
- ELLIS, HD. & LEWIS, MB – Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends Cogn Sci.* 5:4 (2001)149–56.
- GREENER, Mark – New insights into delusional misidentification syndromes. *Progress in Neurology and Psychiatry* 21:2 (2017)
- KLEIN, Carolina & HIRACHAN, Soniya – The Masks of Identities: Who's Who? Delusional Misidentification Syndromes. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 42:3 (2014) 369-378.
- McGEE, Mark - *Invasion of the Body Snatchers: The Making of a Classic*. Duncan: BearManor Media, 2012.
- MESTER, Roberto & BRAUN, P. – Capgras-like symptoms in a delayed posttraumatic stress disorder. A clinical riddle. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 23:1 (1986) 77-81.
- OYEBODE, Femi – *Sims' Symptoms in the Mind: Textbook of Descriptive Psychopathology*. UK: Elsevier, 2015.
- PANDIS, C. et al. – *Capgras' Delusion: A Systematic Review of 255 Published Cases*. *Psychopathology* 52:3 (2019) 161–173.
- TRIFONOVA, Temenuga – *Warped Minds: Cinema and Psychopathology (Film Culture in Transition)*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2014.



Prof. Doutor Magalhães Lemos (1855-1931)
(In:U.Porto-MemoryU.Porto-U.Porto Famous Alumni-António de Sousa Magalhães e Lemos)

PERSONALIDADE BORDERLINE: NA FRONTEIRA DA LOUCURA?

Carolina Machado

Hospital de Magalhães Lemos
Médica interna de psiquiatria, 5º ano
Email:carolinaarmachado@gmail.com

Resumo

Entidades como a insanidade moral de Prichard ou as monomanias de Esquirol, poderiam considerar-se precursores do conceito de borderline. Só em 1938, Stern utiliza este conceito para pacientes que despertavam fortes reações contratransferenciais nos seus terapeutas e que regrediam intensamente na falta de um ambiente organizado.

Houve diferentes nomeações destes quadros intermediários entre neurose e psicose, inclusivamente esquizofrenia subclínica ou oculta. Só em 1980, no DSM III, o quadro borderline é transferido do espectro da esquizofrenia para o capítulo das perturbações da personalidade.

O objetivo deste trabalho é apresentar um resumo da evolução dos critérios de classificação da personalidade borderline (PB). Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Pubmed e Googlebooks com os termos: "history" e "borderline", selecionando-se 10 artigos e 5 livros para realização deste trabalho.

Os aspectos característicos da PB, segundo Kernberg: difusão de identidade, utilização de defesas primitivas e manutenção do teste da realidade, tornaram e tornam a abordagem da PB um desafio.

Palavras-chave: Borderline; história; neurose; psicose; Kernberg

Abstract

Entities like Prichard's moral insanity or Esquirol's monomanias, could be considered precursors of the concept of borderline. Only in 1938, Stern used this concept for patients who aroused strong countertransference reactions in their therapists and who tended to regress in the absence of an organized setting.

There were different designations for these intermediate conditions between neurosis and psychosis, including subclinical or occult schizophrenia. Only in 1980, in DSM III, the borderline designation was transferred from the spectrum of schizophrenia to the chapter of personality disorders.

The main aim of this work is to present a summary of the evolution of the borderline personality (BP). classification criteria A bibliographic search was performed using Pubmed and Googlebooks databases with the terms: "history" and "borderline" and they were selected 10 articles and 5 books.

The characteristic criteria of BP, according to Kernberg: diffusion of identity, use of primitive defenses and maintenance of the reality test, made and make the BP approach a challenge.

Introdução

A personalidade borderline (PB) é o diagnóstico **mais comumente utilizado** em perturbações da personalidade (PP) na prática clínica. Efectivamente, se na população geral estima-se que 2-3% cumpram critérios para esta PP, em populações com contacto com a psiquiatria, ascende aproximadamente para 25% dos pacientes internados e cerca de 15% dos seguidos em ambulatório. Estima-se que em pacientes com PB, 75% sejam do género feminino e este diagnóstico está presente entre 9-33% de todos os suicídios concretizados. Ao longo do tempo, existiram e continuam a existir, diferentes visões para a classificação desta PP, desde considerações sobre se as suas manifestações se enquadram numa dicotomia *versus* num *continuum*, até à distinção entre uma organização ou carácter da personalidade. O objetivo deste trabalho é apresentar as principais visões sobre os critérios de classificação desta personalidade, desde a psiquiatria do século XIX até aos manuais de diagnóstico mais recentes.

1. Precusores do termo Borderline

Em 1835, o médico britânico James Cowles Prichard foi quem usou pela primeira vez a entidade diagnóstica de “*moral insanity*”, para descrever uma perturbação mental que definiu como: uma perversão mórbida dos sentimentos naturais, afetos, inclinações, temperamento, hábitos, disposições morais e impulsos naturais, sem qualquer perda significativa no interesse ou nas capacidades intelectuais e, particularmente, sem ilusões ou alucinações.

Já Pinel, usava o termo *Manie sans délire*, para descrever quadros com as mesmas características, e, o seu discípulo, Esquirol para se referir a uma forma de insanidade em que havia uma fixação numa área de funcionamento.

No final do século XIX, para o alienista Chaslin, haveria de fato um território fronteiro, entre a loucura e a sanidade, uma *borderland of insanity*, que deveria ser mais estudada pelos alienistas.

Também o trabalho de Kahlbaum contribuiu para uma melhor compreensão desta personalidade, através da distinção que fez entre **Hebefrenia** e **Heboidofrenia**. A primeira que corresponderia a doentes com sintomas evidentes de loucura; e a segunda a doentes que não perderiam as capacidades cognitivas básicas e cujo quadro não evoluiria para estados terminais confusionais ou deficitários. A seguinte descrição dos heboídes relembra muitos dos traços de PB:

“ Oscilam rapidamente de um estado melancólico para um expansivo, ficando facilmente irados. São jovens que, embora pensem e raciocinem corretamente, discutindo os mais variados assuntos com facilidade têm, de facto, uma certa dificuldade em apreender de forma precisa a realidade. Entretanto, apesar desta forma de pensar dispersa e pouco útil, os heboídes, ao contrário dos hebefrénicos, não apresentam ideias delirantes verdadeiras”.

Bleuler é o primeiro autor a salientar um quadro clínico que havia observado em jovens, que apesar de socialmente funcionantes, teriam elementos de esquizofrenia, quadro que chamou **esquizofrenia latente**:

“ uma jovem normal e inteligente casa-se aos vinte anos e vive feliz por mais de cinco anos. Muito gradualmente torna-se irritável, gesticula enquanto fala, as suas peculiaridades aumentam continuamente(..) Discute constantemente com seus vizinhos. Dentro de seu próprio grupo familiar converteu-se numa tirana doméstica insuportável que não reconhece seus deveres, apenas seus direitos. (...)

provoca transtornos constantemente com suas reclamações e caprichos. (...) não obstante, mostra-se completamente indiferente para coisas importantes, como as relações com seus familiares próximos”.

2.Surgimento do termo Borderline

Em 1938, **Stern** utiliza o termo *borderline*, num texto intitulado “Terapia e investigação psicanalítica nas neuroses *borderline*”. Utilizava para pacientes que despertavam fortes reações contratransferenciais nos seus terapeutas e que tendiam a regredir intensamente na falta de uma estrutura ambiental mais organizada, situação que, paradoxalmente, evitavam. Tais traços não “encaixavam” na dicotomia neurose *vs* psicose vigente na época e daí a designação *borderline*, que se aplicava a pacientes “na fronteira da neurose”.

Sensivelmente na mesma altura, surge a designação de Personalidade “*as if*”, defendida por Winicott e Helen Deutsch. Para Winicott, todos possuímos um falso *self*, que corresponde a um *self* necessário para proteger o *self* verdadeiro de angústias impensáveis (ambiente caótico, inesperado ou ameaçador.) Este *self* acompanha o desenvolvimento do mundo subjetivo individual e constrói-se com a mimetizações, identificações e introjeções das figuras de vinculação. Assim, em pacientes *borderline*, cujo ambiente durante a infância é frequentemente repleto de negligências, o falso *self* passa a ser a verdadeira personalidade: tudo parece ser, sem sê-lo verdadeiramente.

Helen Deutsch salienta que estes pacientes conduzem a sua vida interpessoal como se possuíssem uma capacidade emocional completa e sensível, mas face à ausência da resposta emocional esperada, ou mesmo frustrações insignificantes, há uma rápida dissolução das relações afetivas significativas.

Em 1949, Hoch e Polatin introduziram o termo esquizofrenia pseudoneurótica, definido como uma condição psicopatológica específica, caracterizada pela combinação de “pan-neurose”, “pan-ansiedade” e perturbações da esfera sexual.

Nas décadas de 40/50, vários termos foram sugeridos, tais como: pré-esquizofrenia, carácter esquizofrénico, esquizofrenia abortiva, esquizofrenia pseudopsicopática, carácter psicótico, esquizofrenia subclínica, síndrome *borderland* e esquizofrenia oculta.

Este tipo de pacientes tornou-se mais amplamente reconhecido no início dos anos 50, como resultado de vários artigos redigidos por Robert Knight (1953,1954). Este autor, salientou que a designação, *border* presente na denominação, se relacionava igualmente com a fronteira da psicose. Como Stern, alertou para o facto de, por um lado, este diagnóstico poder ser usado em demasia para rotular todas as situações com diagnóstico pouco esclarecido ou, por outro, a sua não identificação resultar na falha de um ambiente contentor (capaz de prevenir a regressão).

3.Organização Borderline: A Visão de Kernberg (1967)

Kernberg, psicanalista de origem austríaca, em 1967 num artigo publicado no Jornal da Associação Psicanalítica Americana apresentou os critérios para definir a organização da personalidade *borderline*.

Para Kernberg, a organização da personalidade é distinta das características fenomenológicas que caracterizam uma perturbação da personalidade específica. Defendia que as abordagens diagnósticas da Organização Mundial de Saúde e da Associação Americana de Psiquiatria, seriam apropriadas para fins de investigação, mas não para fins clínicos, uma vez que os sistemas de classificação sobrepujam perturbações graves de personalidade.

Para Kernberg, o diagnóstico de organização *borderline* da personalidade implicaria então: **difusão da identidade, mecanismos de defesa específicos e teste da realidade preservado.**

A **difusão da identidade** diz respeito à falta de integração do conceito do *self* e do conceito de outras pessoas significativas, revelando-se frequentemente, através de sentimentos crónicos de vazio, de percepções do *self* contraditórias, bem como na instabilidade das relações interpessoais, dos afectos e da relação com o próprio corpo.

Os **mecanismos de defesa primitivos** mais destacáveis na PB são: regressão, clivagem, idealização primitiva, identificação projectiva, negação, onnipotência e desvalorização. Dada a sua importância nesta PP, segue-se uma breve descrição de cada um.

A **regressão**, corresponde a uma reversão temporária, ou a longo prazo, do ego para um estadio anterior de desenvolvimento, como forma de lidar com impulsos inaceitáveis face a um stressor extremo.

A **clivagem** é um mecanismo de defesa normativo no 1º ano de vida, que permite à criança (ego imaturo) dividir contradições que observa no comportamento dos outros e entre os comportamentos dos outros e as suas experiências internas (ex: a criança separa a “mãe boa” aquela que lhe dá afectos, da “mãe má”, aquela que não a alimenta por estar indisponível). Quando este mecanismo persiste na idade adulta, como no caso da PB, há uma constante divisão dos outros e do próprio *self* entre “bons” e “maus”, divisão que vai oscilando ao longo do tempo.

A **idealização primitiva**, mecanismo também normativo na infância, diz respeito à atribuição pela criança de características não realísticas a objetos (pessoas), cujo objetivo principal é sentir-se protegida de “maus objectos” (ex: idealização das figuras parentais). Pacientes com PB usam este mecanismo, atribuindo características idealizadas a pessoas à sua volta, com o objetivo de se sentirem protegidas, não sentido, contudo, preocupação ou culpa quando as agredem.

A **identificação projectiva** pressupõe ocorrer inicialmente projecção, isto é, atribuição de pensamentos/emoções inaceitáveis ou indesejados do próprio a outra(s) pessoa(s). Geralmente, este mecanismo, diminui a agressividade, reduzindo o medo e a ansiedade. No entanto na PB, a projecção leva à perda de diferenciação entre o *self* e o objeto em que a agressão é projectada, mantendo-se o medo de agressão pelo outro em quem se projectou os sentimentos agressivos. Assim, os pacientes continuam a agredir e a tentar controlar o outro, e este sente-se pressionado a comportar-se de acordo com o conteúdo projectado.

A **negação** consiste no esforço, mais ou menos inconsciente, de evitar pensamentos, sentimentos ou desejos geradores de angústia.

A **omnipotência**, também presente durante a infância, surge como forma da criança negar a dependência face ao cuidador e o medo de abandono, criando a fantasia que pode controlar o outro consoante a sua vontade. Em pacientes com PB mantém-se na idade adulta, manifestando-se na incapacidade de reconhecerem que os outros têm desejos próprios (nem sempre coincidentes com os seus) e na convicção de que os podem “controlar”. Por outro lado, perante a frustração ou a incapacidade dos outros os protegerem, surge a **desvalorização** e comportamentos de retaliação.

O **teste da realidade**, entendendo-se por teste da realidade o conjunto de processos envolvidos na separação entre os mundos interno e externo e entre fantasia e realidade, está intacto na PB. No entanto, em situações de extremo stress ocorre perda da integridade deste teste, surgindo microepisódios psicóticos.

Kernberg enumerou ainda elementos presuntivos para o diagnóstico de PB, destacando a presença dos seguintes sintomas: sintomas ansiosos, neurose polissintomática (múltiplas fobias, sintomas obsessivo-compulsivos, sintomas bizarros de conversão, reações dissociativas, hipocondria, traços paranoides), perversões sexuais, neuroses de impulso e adições: alcoolismo, adição a drogas, obesidade psicogénica e cleptomania.

Kernberg salientou, ainda, que nestes pacientes as relações precoces com as figuras de vinculação são caóticas, sendo incapazes de formarem introjeções e identificações com características simultaneamente positivas e negativas. Surge então a clivagem, acima referida,

como mecanismo de defesa principal para evitar a ansiedade e para “proteger” as introjeções e identificações positivas.

Esta descrição de Kernberg foi um grande avanço na comunidade psicanalítica permitindo a integração de elementos da psicologia do Ego e das relações de objecto.

Segundo este modelo de organização da personalidade, as personalidades que raramente apresentam organização borderline são: personalidades histéricas, obsessivo-compulsivas, depressivas e masoquistas. Por outro lado, as que frequentemente apresentam organização borderline são: personalidades infantis, narcisistas, antissociais, paranóides, esquizóides e ciclotímicas.

4. Contribuição de outros autores

Numa linha mais descritiva, como Stern, Grinker realizou o primeiro estudo empírico de pacientes com PB, culminando na publicação de *The Borderline Syndrome* em 1968. Do seu estudo, resultado da observação minuciosa de vários pacientes, emergiram um conjunto de critérios empíricos: falhas na identidade do self, relações anaclíticas, episódios depressivos marcados por sentimentos de solidão e o domínio de raiva expressa.

Gunderson e Singer (1975) levaram a cabo uma revisão de toda a literatura presente até à época para melhor definir as diferenças entre pacientes com PB e esquizofrenia. Esta revisão culminou no desenvolvimento de uma entrevista estruturada, a Entrevista Diagnóstica para Pacientes Borderline, com a qual foi possível definir um conjunto de características discriminatórias.

Spitzer, como responsável pelo desenvolvimento do DSM-III, utilizou essas características e, acrescentando o critério sobre difusão de identidade de Kernberg, todas as características foram validadas como as mais discriminadoras na prática clínica. A partir do trabalho deste autor, foi possível distinguir dois grupos de pacientes que estavam sobre o rótulo de borderline. O primeiro, com difusão de identidade, padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, impulsividade, raiva inapropriada, atuações autodestrutivas, instabilidade afetiva marcada e sentimentos crónicos de vazio, correspondente à PB. O segundo, com comunicação bizarra, ideias de referência, ideação paranóide, pensamento mágico e isolamento social, que foi classificado como “personalidade esquizotípica”, sugerindo-se relação genética e nosológica com a esquizofrenia.

5. A contribuição das relações de objecto

As relações precoces com as figuras de vinculação foi um tema estudado por vários autores, como acima referido os nomes de Winnicott e Helen Deutsch.

Também Mahler (1975) e Fraiberg (1969) tiveram um papel importante na compreensão da PB, defendendo que a organização borderline resulta de uma perturbação precoce do desenvolvimento psicoafectivo, designadamente na **sub-fase de reaproximação**, da fase de separação-individuação. Nesta subfase, que se estende dos 15 até aos 22-24 meses, surge, de forma normativa, uma ansiedade de separação e uma diminuição na capacidade de suportar a frustração, sendo a criança incapaz de aceitar substitutos do cuidador principal. O marco desta fase é a ambivalência: por um lado a criança é capaz de se locomover e afastar da figura libidinal/materna, mas, por outro, a ansiedade de separação, impede esse afastamento desejado. A resolução desta “crise” só ocorre na subfase seguinte (subfase de individuação e consolidação de objeto) quando a criança, partindo de momentos de díade securizantes, constrói uma imagem materna securizante e não necessita mais da sua presença física; esta imagem construída já é capaz de conter elementos “bons” e “maus” na mesma pessoa (a falha nesta capacidade está presente no mecanismo de defesa de clivagem.)

Assim, uma falha na presença de figuras securizantes, designadamente ambientes familiares caóticos e/ou negligência impedem que a criança resolva com sucesso a “crise” da subfase

de reaproximação, permanecendo ao longo da sua vida uma ambivalência, uma dificuldade na regulação emocional e uma má diferenciação do *self*, todas características da PB.

6. Estudos sobre o self

Kernberg abordou a falta de diferenciação entre o self e o objecto, referindo que a persistência do mecanismo de clivagem impede a integração de aspectos bons e agressivos do *self*. O *Ego*, o *Id* e o *Superego* só podem desenvolver-se de forma adequada quando ocorre a integração das representações opostas do *self* e do objecto. Assim, na PB a destrutividade, o masoquismo e o narcisismo, traduzem a fragilidade das fronteiras do Eu.

Fonagy nos seus estudos sobre mentalização aborda pacientes com PB. A mentalização compreende um espectro de capacidades que englobam, desde a capacidade de atribuir o seu próprio comportamento a estados mentais, até à diferenciação psicológica dos outros. Numa interação normal com o seu cuidador, as crianças encontrarão a versão “modulada” dos seus estados internos nas respostas dos seus cuidadores, aprendendo que o seu estado mental corresponde ao que é reflectido. Se as respostas dos cuidadores são congruentes, as crianças evoluem na representação dos seus estados internos, regulando os seus próprios afectos e compreendendo os dos outros. Não sendo congruentes (como ocorre em famílias de origem de muitos pacientes com PB, com negligência emocional, abuso físico e sexual), as crianças internalizam representações do estado mental dos cuidadores, como parte da sua própria auto-representação.

7. Os manuais de classificação

Como referido, o DSM III (1980), marca o início da PB nos manuais de classificação de psiquiatria enquanto PP, sendo que, até então, encontrava-se como sinónimo de esquizofrenia latente. Os primeiros critérios diagnósticos apresentados foram:

1. Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
2. Esforços permanentes para evitar o abandono real ou imaginário;
3. Sentimentos crónicos de vazio ou de tédio;
4. Instabilidade afetiva, com mudanças marcadas do humor basal para a depressão, irritabilidade ou ansiedade (por exemplo, irritabilidade ou ansiedade que dura algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);
5. Raiva inapropriada e intensa ou falta de controle da raiva (por exemplo, oscilações de temperamento, raiva constante, conflitos físicos recorrentes);
6. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução imprudente e compulsão alimentar);
7. Comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças, ou comportamentos de automutilação;
8. Perturbação da identidade, com incerteza marcada e persistente, em pelo menos, dois dos seguintes itens: autoimagem, orientação sexual, objetivos ou escolha de carreira, tipo de amigos e valores.

Na DSM IV (1984) surgem ligeiras modificações à classificação anterior: no item três desaparece os sentimentos crónicos de tédio; no quarto enfatiza-se a marcada reactividade do humor e acrescenta-se a possibilidade de disforia intensa episódica; no item oito a perturbação da identidade, passa a requerer uma auto-imagem e/ou auto-conceito persistentemente instável e, por fim, surge um nono critério: ideação paranóide transitória relacionada ao stress ou sintomas dissociativos graves. Este novo item põe em evidência a possibilidade, anteriormente relatada por Kernberg, de o teste da realidade, sob stress extremo, não estar mantido.

O DSM 5 (2013) não apresentou alterações significativas face ao descrito no DSM IV, tendo sido criticado por vários autores, só ter ocorrido a introdução de um novo critério desde 1980. Gunderson sugere a divisão da psicopatologia da PB em três áreas: Hipersensibilidade interpessoal (critérios 1, 2 e 3), Desregulação Afetiva / Emocional (critérios 4, 5) e Desregulação Comportamental (critérios 6, 7), bem como a adopção de níveis de gravidade dos sintomas ao invés de um sistema dicotómico.

Na CID-9 (OMS, 1976) o termo *borderline* estava situado dentro do espectro das psicoses, sinónimo de esquizofrenia latente: “trata-se de um quadro mental que se manifesta por um comportamento excêntrico ou inconsequente e de anomalias que dão a impressão de esquizofrenia, apesar de não haver manifestação, presente ou passada, de anomalias esquizofrénicas definidas e características. Os termos de inclusão indicam que este é o melhor lugar para classificar outras variedades de esquizofrenias mal definidas”.

Na CID-10 a PB surge como um subtipo de **personalidade emocionalmente instável**, sendo necessário para o seu diagnóstico que se cumpram três critérios dos seguintes (do tipo impulsivo): tendência a agir impulsivamente e sem considerar as consequências; tendência a ter um comportamento conflituoso (especialmente quando contrariados ou criticado); tendência a explosões de raiva e violência, com incapacidade em controlar os resultados consequentes; dificuldade em manter qualquer ação que não ofereça recompensa imediata ou humor instável; mais três de: perturbações e incertezas sobre a autoimagem, objectivos e preferências internas (incluindo sexualidade); tendência a envolver-se em relações intensas e instáveis; esforços excessivos para evitar o abandono; actos ou ameaças recorrentes de autolesão ou suicídio e sentimentos crónicos de vazio.

8. Na Fronteira da Loucura?:

Na prática clínica, pacientes com PB representam um desafio, quer pela diversidade de psicopatologia que apresentam, quer, muitas vezes, pela falta de um *setting* apropriado para a sua contenção emocional, incluindo a disponibilidade do próprio terapeuta.

A elevada frequência de comportamentos auto-lesivos e tentativas de suicídio, obriga o clínico a constantes julgamentos ponderados sobre o risco de suicídio dos pacientes, tomando em consideração a motivação subjacente; o acesso a meios letais e o tipo de relacionamento do paciente com outras pessoas significativas, incluindo o próprio clínico. Paralelamente, é frequente que nas proximidades de momentos de alta hospitalar (situações potencialmente vivenciadas como abandono) possa ocorrer um incremento destes comportamentos.

Assim, é desafiante a construção de uma relação terapêutica em que o paciente se comprometa com a mudança, sem considerar o terapeuta como a única barreira à sua auto-destruição. Quando o oposto ocorre, a experiência interna dos pacientes é de que o terapeuta é uma fonte de proteção, ocorrendo uma idealização das capacidades do mesmo e uma intensificação da transferência. Tal pode ser contraproducente, pois as desilusões são inevitáveis nas relações e sentimentos de desilusão, podem precipitar ideias e comportamentos suicidas.

O terapeuta é também frequentemente uma “vítima” do mecanismo de identificação projectiva, recebendo a raiva incontrolada do paciente e fazendo um esforço activo para não responder à pressão de se comportar de acordo com o conteúdo projectado.

O desafio primordial para o terapeuta é, portanto, o estabelecimento claro de papéis e limites no início da relação, sem deixar que uma possível “ansiedade de transgressão” impeça um interesse genuíno pela história do paciente.

Pelo exposto, é extremamente importante que clínicos que lidam com estes comportamentos na “fronteira da loucura” estejam atentos à sua própria contratransferência e discutam as suas dificuldades e anseios em equipa. Por fim, não pode ser esquecido que estes pacientes podem apresentar regressões transferenciais psicóticas na relação com o terapeuta e quadros

micropsicóticos face ao stress, “ultrapassando a fronteira” até à psicose.

Conclusões

Ao longo dos tempos, vários autores, com diferentes linhas de orientação, reconheceram quadros clínicos que não pertenciam nem ao espectro da neurose, nem da psicose. No entanto, dada a diversidade de sintomas psicopatológicos da PB, a maioria dos autores posicionou-se num dos extremos. Stern, criador do termo borderline, mais perto da neurose e, outros autores, mais a favor de uma esquizofrenia latente.

Kernberg propõe uma sistema de classificação inovador, falando de uma organização borderline e destacando nesta PP três elementos diagnósticos: difusão de identidade, utilização de defesas primitivas e manutenção do teste da realidade. Os estudos sobre relações de objecto e da formação do self, foram contribuindo para uma compreensão mais aprofundada e dinâmica desta personalidade.

Na prática clínica pacientes com PB representam um desafio para os terapeutas, uma vez que no seio da relação terapêutica surgem fenómenos marcantes desta PP, como o medo de abandono, a idealização e a regressão, obrigando a uma constante monitorização da contratransferência.

Bibliografia

GABBARD, Glen — *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. 5a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MCWILLIAMS, Nancy — *Diagnóstico Psicanalítico*. 2a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

American Psychiatric Association-Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 4a Ed. Washington Dc: Apa Publications, 2013.

World Health Organization — *The Icd-10 Classification Of Mental And Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria For Research*, 9 Ed. Geneve: Who Publication, 1993.

KERNBERG, Otto — Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 15:11 (1967) 641:685.

BERRIOS, German — European Views On Personality Disorders: A Conceptual History. *Compr. Psychiatry*. 34:1 (1993) 14:30.

SPITZER, R.; ENDICOTT, J.; GIBBON, M. — Crossing The Border Into Borderline Personality And Borderline Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 36:1 (1979) 17:24.

GUNDERSON, J.; CARPENTER, W.; STRAUSS, J. — Borderline And Schizophrenic Patients: A Comparative Study. *Am. J. Psychiatry*. 132:12 (1975) 1257:1264.

MARANGA, Rita — Organizações Borderline: Aspectos Psicodinâmicos. *Análise Psicológica*. 20:2 (2002) 219-223.

FONAGY, Peter; BATEMAN, Anthony — Adversity, Attachment, And Mentalizing. *Compr Psychiatry*. 64:1 (2016) 59:66.

Agradecimentos

A autora agradece à Dra. Paula Valente, o ter suscitado em si o interesse pelo estudo da perturbação de personalidade borderline e o apoio dado com a escolha da bibliografia, bem como na revisão do presente texto.

MODELO DE PERSONALIDADE DE BARAHONA FERNANDES

**Bruna Daniela de Melo Guedes¹; Ana Lúcia Costa¹;
João Brás¹; Rui Sousa¹; Elsa Monteiro²**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

¹Médica Interna de Psiquiatria; ² Assistente Graduada de Psiquiatria

Email:brunamlgd@gmail.com

Resumo

Barahona Fernandes (1907-1992), um dos mais distintos psiquiatras portugueses, deixa-nos um legado histórico impulsionador da Psiquiatria em Portugal através do seu trabalho sobre o Modelo de Personalidade Antropológico-médico, com sólidas bases na obra de grandes figuras da Psicopatologia do séc. XX, como Kraepelin, Karl Jaspers, E. Bleuler, Lopez Ibor e tantos outros. Muito além da sua importância histórica, ele oferece-nos este modelo clínico assente no conhecimento completo e holístico da pessoa doente e na reflexão da complexidade do real, por oposição aos anteriores modelos de personalidade, que o autor considerava como «unilaterais e parcelares e, muitas vezes exclusivos, rígidos, dogmáticos». Este trabalho tem como objetivo a apresentação do Modelo da Personalidade em Situação de Barahona Fernandes e a reflexão sobre a sua pertinência na Psiquiatria atual.

Palavras-chave: Barahona Fernandes, Modelo de Personalidade em Situação

Abstract

Barahona Fernandes (1907-1992), one of the most distinguished Portuguese psychiatrists, leaves us an historical legacy that pushed Portuguese Psychiatry forward, based on the work of great figures of Psychopathology of 20th century, like Kraepelin, Karl Jaspers, E. Bleuler, Lopez Ibor and so many others, thought his work on Anthropological-medical Personality Model. Beyond its historical importance, he gives us this clinical model based on the complete and holistic knowledge of the sick person and on the reflection of the complexity of reality, in opposition of previous personality models, which the author considered as “unilateral and partial, often exclusive, rigid, dogmatic”.

This paper aims to present the Barahona Fernandes Personality Model and to reflect on its relevance in current Psychiatry.

Introdução

Barahona Fernandes, investido na necessidade de compreender a pessoa doente em toda a sua complexidade e inspirado por distintas figuras da Psiquiatria e Psicopatologia, como Kraepelin, Karl Jaspers, Bleuler, Lopez Ibor, deixa à Psiquiatria um legado composto por centenas de obras que superam o valor literário e académico, contribuindo de forma marcante para a reinvenção da prática clínica na área das neurociências.

O seu trabalho centrado na Medicina Humana, que vai desde o “Homem como ser perturbável” à “Superação Humana do Homem Perturbável”, procurou sempre estabelecer as conexões entre o somático e o psíquico, entre o neurológico e o psicomotor. Daqui surge a necessidade de um novo Modelo da Personalidade, integrando o conhecimento Neurocientífico, Psicopatológico e Fenomenológico, que superasse as teorias rígidas vigentes à época.

Neste trabalho, pretendemos rever os conceitos do Modelo de Personalidade em Situação, Antropológico-médico, de Barahona Fernandes, realçando a sua importância e inovação.

Discussão

Henrique João Barahona Fernandes, nascido a 29 de julho de 1907 em Vinhais, viria a tornar-se, por meio das suas magníficas obras, um dos mais reconhecidos psiquiatras portugueses do século XX.

Completa os seus estudos no Liceu Pedro Nunes. Influenciado pelos feitos de Egas Moniz, colega de curso de seu pai, António Augusto Fernandes, escolhe ingressar no curso de Medicina que viria a terminar em 1930, em Lisboa. Posteriormente, em meados dos anos 30, opta por realizar um estágio clínico na Europa, frequentando diversas e prestigiadas clínicas Neuropsiquiátricas alemãs, onde tem a possibilidade de privar e aprender com alguns dos mais conceituados Psiquiatras, como Carl Kleist, Kurt Schneider e Karl Jaspers.

Da aprendizagem frutífera no seu estágio na Alemanha, traz o gosto e a noção de importância que atribui às neurociências, nomeadamente à neuropsiquiatria, alicerçada no trabalho, experimentação e reflexão vividos na prática clínica hospitalar nos anos que se seguiram.

Regressado a Lisboa, conclui o seu Doutoramento em 1938. Barahona Fernandes dizia-se “médico psicólogo, de orientação humana e social, das ciências da vida e do Homem, aprendiz de filósofo, e apenas curioso da política.”

Barahona começou a desenvolver a sua “Teoria Antropocêntrica da Personalidade” em 1956, mas só em 1958 iniciou a sua atividade clínica no Hospital de Santa Maria. Nessa data introduz pela primeira vez o ensino da cadeira de Psicologia na Faculdade de Medicina. Posteriormente exerceu também nos Hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos.

A sua apetência e dedicação às neurociências são notórias nos temas que opta por desenvolver nos seus trabalhos científicos ao longo dos seus nobres anos de carreira, dando sempre preferência à investigação das relações entre o somático e psíquico, neurológico e psicomotor. É vasta a sua obra na área, destacando-se trabalhos como “Estruturas cerebrais e suas correlações fisiopsicológicas” e outros estudos na área da Neurologia e Psicocirurgia como “Formas de existência dos leucotomizados” (1950-1957), o seu “Modelo das Psicoses Sintomáticas (1957), o trabalho “Grupo das Holodisfrenias” (1957), o “Modelo de Personalidade em Situação” (1957-1979), em análise neste capítulo, “Da psiquiatria para a saúde mental: um modelo antropológico médico” (1977), A Psiquiatria em Portugal – Um século de Psiquiatria P. Pichot (1984)

Torna-se reitor da Universidade de Lisboa, cargo que exerce entre 1975 e 1977, inaugurando também o Curso de Psicologia nesta Instituição. Na Europa, era à data conhecido como “o reitor dos cravos”.

Foi laureado com o distinto prémio da Psiquiatria Wagner-Jauregg em 1985.

Vem a falecer em 1992, em Lisboa, com 84 anos.

Porquê um novo Modelo de Personalidade?

Para Barahona Fernandes, “A Medicina Humana (...) não é redutível a um esquema conceptual unitário. O Homem é um ser extremamente complexo e está situado num Mundo altamente diferenciado.”. Tendo esta complexidade do ser humano como base, o autor considerava os modelos de estudo da Psiquiatria e da Personalidade vigentes na sua época muito rígidos e pouco abrangentes. Julgava-os inadequados para grande parte das condições psiquiátricas, referindo-se-lhes como “unilaterais e parcelares, e muitas vezes, exclusivos”, podendo, por isso, conduzir a “visões também unilaterais e parcelares da realidade clínica, excluindo as outras perspetivas que neles não cabiam e eram as mais adequadas àquela realidade.”. Tecendo estas críticas, referia-se aos modelos biológico, psicanalítico, comportamental e também ao da psicopatologia elementar de Jaspers. Relativamente à psicanálise, referia ser uma teoria exclusivamente interpretativa e que “o Id de Freud não tem sido estruturado biológica nem neurofisiologicamente” e não considerava os “dados genéticos” da pessoa. Quanto ao comportamentalismo puro, modelo diretamente explicativo, declarava que “reduzia a estrutura da personalidade a hábitos” e em relação à

fenomenologia de Jaspers, considerava não trazer uma “teoria claramente conceptualizável e muito menos estruturada da personalidade”.

A Barahona Fernandes fazia sentido um modelo Antropológico-Médico, centrado no ser humano, não exclusivamente existencial, mas baseado na Medicina e especificamente na Psiquiatria, permitindo a sua aplicação direta à clínica, nos âmbitos da etiopatogenia, diagnóstico e também da terapêutica.

Procurava, portanto, um modelo assente no conhecimento aprofundado do Sistema Nervoso Central (do organismo), como base das funções mentais, convergente com o saber da Psicopatologia Clínica e Fenomenologia.

Modelo da Personalidade em Situação

Barahona Fernandes teorizou, então, o seu **Modelo da Personalidade em Situação**, modelo antropocêntrico e estrutural da Personalidade, que conheceu várias versões entre 1957 e 1979. Propôs um modelo estrutural da Personalidade, que pretende ser “heurístico e ordenador”, integrando estruturas da própria Personalidade e do Ambiente (situação), sistemas que considera indissociáveis.

Este Modelo da Personalidade em Situação, personalidade essa que pode ser perturbada por síndromes psicopatológicas, bebe a sua inspiração nas teorias de Nikolai Hartmann - “teoria das camadas” e de Hughlings Jack - “desintegração de funções”. Sendo um modelo de personalidade cujas estruturas hierarquizadas assentam no Sistema Nervoso Central, integrando dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais, é também comparado ao modelo de “Organo-Dinamismo” de Henry Ey.

Este novo modelo de Barahona Fernandes é, como já descrito anteriormente, por um lado antropológico pois tem como objeto de análise o ser humano e médico pois orienta-se pela ciência médica psiquiátrica. Desta forma, o modelo visa contribuir para uma melhoria da prática clínica, nomeadamente através de um maior conhecimento da patologia mental e seu sujeito - “o Homem perturbado” - permitindo assim, um diagnóstico mais aprofundado.

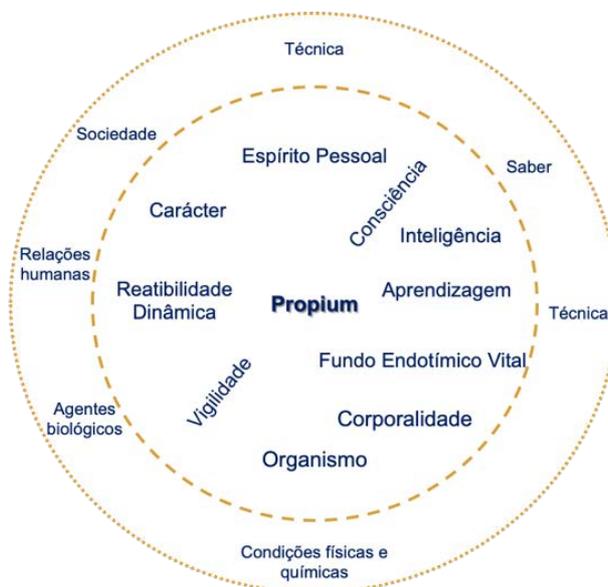


Figura 5. Modelo de Personalidade em Situação (adaptado de B. Fernandes, 2013)

Para este autor “A Personalidade é uma complexa organização estrutural, cuja trama não se pode separar da situação ambiental em que se encontra.” – Personalidade em Situação. O modelo apresenta-nos a perspectiva de que diferentes sistemas da Personalidade, hierarquizados, mas em constante interação e partilha, se organizam em torno de um centro unificador – o núcleo do **Proprium** (que inclui o Eu) e se interrelacionam com a situação **ambiental** (condições físicas, químicas e biológicas, do contexto social e cultural, bem como relações humanas, conhecimento e técnica). Esquemáticamente, torna-se clara a ideia do todo que Barahona Fernandes pretendia transmitir com este seu modelo. Este todo pretendia ser dinâmico e não estático.

A Personalidade do modelo em análise é composta por diferentes estruturas organizadas em conjuntos de sistemas hierárquicos, como temos vindo a reforçar.

Na base, encontramos as **Infraestruturas da Personalidade** (Estruturas da Base), que são o **Organismo**, a **Corporalidade**, o **Fundo Endotímico Vital** e a **Vigilidade**, infraconscientes na sua globalidade e por isso não acessíveis à compreensão empática, embora possam ser objeto de avaliação psicobiológica. O **Organismo** compreende o conjunto de órgãos físicos do corpo humano, incluindo o Sistema Nervoso Central. Este associa-se de forma próxima à **Corporalidade**, que corresponde a um conjunto de processos tais como a expressão das emoções, psicomotricidade e outras componentes neurovegetativas. A Corporalidade é composta por uma área Psicovegetativa e outra área Psiconeurológica, e dela fazem parte os processos de perceção e ação entre o organismo e restantes estruturas da personalidade e do ambiente. Das Estruturas da Base faz também parte o **Fundo Endotímico Vital**, a base anímica da personalidade, que corresponde ao humor, ao temperamento, pulsões primárias e afetos vitais; esta estrutura equivale aos constructos de Fundo Endotímico, de Philipp Lersch, Vitalidade de Ortega e Gasset e de Ânimo de López Ibor. A **Vigilidade** regula os ciclos de sono-vigília, e acima dela, a todo o momento se organiza a consciência.

Estas Infraestruturas que acabamos de descrever sustentam as **Supraestruturas da Personalidade**, hierarquicamente mais elevadas, e que incluem o **Espírito Pessoal**, o **Carácter** e a **Inteligência**. O **Espírito Pessoal** corresponde à Pessoa Cultural, que se estrutura por aculturação de normas e valores sociais e pela autorrealização do próprio. Este é o meio de interligação do indivíduo com o contexto sociocultural. As estruturas **Carácter** e **Inteligência** são construídas progressivamente através dos processos de Reatibilidade Genética e Aprendizagem, respetivamente.

Aculturação, **Reatibilidade Dinâmica** e **Aprendizagem**, processos referidos anteriormente e que colocam as Supraestruturas da Personalidade em interação bidirecional e troca constante com o ambiente, são denominados, no seu conjunto, por **Processos Genéticos**. A **Reatibilidade Dinâmica** corresponde, no modelo de Barahona Fernandes, ao mecanismo de defesa e adaptação da personalidade que evolui com o Carácter, em interação com as relações humanas e sociais, enquanto que a **Aprendizagem** diz respeito a um mecanismo adquirido que evolui a partir da relação com a Inteligência e das trocas com as áreas do saber e da técnica.

Por último, a estrutura nuclear deste modelo de Personalidade é o **Proprium**, que concilia todos estes conceitos, e em torno do qual se organizam e dinamizam todas as outras estruturas supracitadas, ao longo da história biográfica do sujeito. A **Consciência**, a par com o Proprium, é também uma estrutura globalizante das atividades atuais do indivíduo, uma vista em corte transversal da vida psíquica num dado momento. Trata-se da consciência pessoal, dos objetos e do transcendente.

Este conjunto de estruturas da personalidade, ainda que fluído, está perfeitamente edificado, tendo as infraestruturas como base sobre as quais assentam as supraestruturas pessoais. Existe assim um todo em constante interação e dinamismo com o exterior, a **Situação**, da

qual fazem parte Sociedade, Relações Humanas, Saber e Técnicas, Cultura, e Agentes Biológicos, Físicos e Químicos.

O Homem Perturbado

A par dos desenvolvimentos académicos e científicos deste autor, mantém-se a sua intensa atividade clínica. A partir desta atividade, com base na ativa observação de doentes, surgem no início da década de 70 novos conceitos que integram o modelo original.

Estes novos conceitos são as “**Formas Gerais de Perturbação**” e as “**Estruturas Psicopatológicas Básicas**” e permitem uma aplicação do modelo desenvolvido à prática clínica da Psiquiatria.

As **Formas Gerais de Perturbação**, podem ser normativas ou patológicas, derivando da vivência psicológica, única e pessoal de cada indivíduo, sendo por isso muito diversas na sua expressão. Podem manifestar-se de forma vivenciada, expressiva ou sob forma de comportamento, e são exemplos delas o *ansiar, desconfiar, deprimir, enciumar-se, delirar, alucinar, angustiar, inibir*, entre outros.

As **Estruturas Psicopatológicas Básicas** medeiam o percurso entre a etiologia da doença e a sua sintomatologia fenomenológica. Barahona referia-se a este grupo como os “diferentes modos de organização de conjuntos sintomáticos e sindromáticos”, sendo estas estruturas “transfenoménicas” e “invariantes”. São elas as *variações, evoluções infantis, evoluções anormais, organizações*, estas de dimensão quantitativa, e as *alterações e desintegrações*, mais de dimensão qualitativa dos sistemas funcionais.

As Formas Gerais de Perturbação consideram-se dentro de um processo de doença quando coexistem com as Estruturas Psicopatológicas Básicas e são por elas moduladas. Assim, os sintomas são detetados nestas formas gerais de perturbação, inferindo-se as estruturas psicopatológicas básicas que lhe estão subjacentes, atuando nos sistemas funcionais da Personalidade, desde a base (infraestruturas) até ao topo (supraestruturas). Como este modelo de Personalidade pretende ser dinâmico, não podemos esquecer-nos da **Situação**, o ambiente que influencia direta e bidirecionalmente todas as estruturas, inferindo-se, portanto, que uma mesma pessoa, em diferentes momentos e contextos, ou seja, diferente Situação, poderá apresentar sintomatologia muito heterogénea, em resultado das estruturas psicopatológicas básicas e sua sequência. Esta sequência diacrónica de estruturas psicopatológicas básicas ocorrendo em diferentes sistemas funcionais, foi designada por Barahona Fernandes de **Gradiente de Perturbação**.

Barahona Fernandes considerava, assim, que a Patologia Mental derivava da “dissolução”, “desintegração” das estruturas da Personalidade, com conseqüente surgimento de sintomas que poderiam facilmente ser agrupados em Síndromes. Esta desintegração, sendo patológica e atuando no indivíduo, não se processa de forma uniforme e previsível, podendo destruir funções em certos casos (originando sintomas negativos), ou libertar funções latentes noutros (correspondendo, por exemplo, a sintomas positivos). Portanto, as Síndromes Psiquiátricas correspondem à desintegração de Estruturas específicas da personalidade.

Assim, considerando as Estruturas da Base, teremos como **Síndromes de Desintegração** a confusão mental ou o onirismo, quando atingida a Vigilância; a Depressão Vital, Distímia, Angústia Vital ou Estados Maniformes se afetado o Fundo Endotímico; a Distonia Vegetativa Ansiosa, se existir desintegração da Corporalidade; ou ainda Paralisias ou Colites se o Organismo for a estrutura acometida.

Quando estamos perante a desintegração das Estruturas Centrais, globalizantes, como o *Proprium*, podemos observar desintegrações formais do Eu (como vivências de influência e passividade), alterações da vivência entre o Eu e o mundo (por exemplo a despersonalização), ou evoluções vivenciais anormais (como o Síndrome Paranoico, segundo o autor).

Tendo em consideração a psicopatologia referente às Supraestruturas, enquadrada neste modelo de Personalidade em Situação, Barahona Fernandes descreve a deterioração,

demência ou atraso mental, relativa à Cognição; a psicopatia sensitiva, amoral, depressiva, asténica nas deteriorações do carácter; em relação com a desintegração do Espírito Pessoal poderemos ter atitudes descaradas e Cosmovisões Perversas.

Por último, atendendo às desintegrações dos Processos Genéticos, podem existir Síndromes Ansiosos vivenciais e Depressões reativas, bem como Reações Psicossomáticas, associadas à patologia da Reatibilidade Genética, além de desvios da formação educativa e adestramento ocupacional, relativos à Aprendizagem.

O autor considerava ainda, que poderiam ocorrer Processos de Reintegração Espontânea (compensações, atitudes, defesas, maturação, superações, entre outros). Esta imprevisibilidade do sintoma, e a possibilidade de se organizarem esforços no sentido de o minorar, oferecem à Síndrome um “cunho peculiar”, tornando-a diversa e sempre relacionada com as estruturas de personalidade de cada indivíduo.

Barahona Fernandes teoriza assim um novo constructo de Personalidade, um modelo de Personalidade em Situação, baseado na hierarquização das diferentes estruturas e sistemas pertencentes a um todo pessoal, que se distribuem em camadas concêntricas em torno do Núcleo da Personalidade. Afasta-se, como pretendido, dos modelos rígidos impostos à época, enquanto se aproxima da prática clínica e do doente, “o Homem Perturbado”, no sentido de melhor o ajudar.

Conclusões

Barahona Fernandes, sempre atento ao homem por trás da doença, tentando compreendê-lo nas suas diversas dimensões, integrando conhecimentos da Neurologia, Psicopatologia e Fenomenologia, desenvolve os seus trabalhos sempre com uma orientação clínica, na perspetiva da relação e do encontro médico-doente.

O modelo de Personalidade em Situação aqui apresentado, e por ele elaborado entre os anos 1957 e 1979, é possivelmente um dos melhores exemplos da visão integrativa deste autor. Apresentando este modelo como uma totalidade integrada de sistemas e elementos da personalidade, não esquece nunca a sua individualidade e relatividade, nem tão pouco as suas múltiplas e constantes inter-relações, entre os sistemas e entre eles e o meio, ou seja, a tão importante Situação. Este modelo está impregnado de dinamismo e constante mutação, tal como o Homem, que este médico pretende, em toda o seu humanismo e dedicação, ajudar.

Bibliografia

FERNANDES, Barahona – Um modelo teórico da personalidade em situação como ordenador da psiquiatria clínica. In FERNANDES, Barahona – *O modelo da personalidade e a psiquiatria*. Lisboa: Padrões culturais editora, 2013. p. 63-122.

JARA, José Manuel – O modelo antropológico-médico de Barahona Fernandes e a psicopatologia!. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 1:1 (2015) 21-24.

MARQUES, João Gama e Telles-Correia, Diogo - Barahona-Fernandes e o seu contributo para a psicopatologia. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 13:1 (2015) 52-65.

(DES)DRAMATIZAR A DOENÇA MENTAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PSICODRAMA

Rita Almeida Leite*, Tiago Santos**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Baixo Vouga

*Médica, Interna de Formação Específica em Psiquiatria

**Médico, Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria

Email:rita.almeidaleite3@gmail.com

Resumo

O Psicodrama é uma psicoterapia individual, realizada em grupo. As suas técnicas receberam a inspiração do teatro, da psicologia e da sociologia. Foi criado em 1922 por Jacob Levy Moreno, médico psiquiatra. Os autores deste trabalho pretendem, através de uma pesquisa bibliográfica em bases relevantes, apresentar a evolução histórica desta psicoterapia e a sua metodologia de ação.

Este modelo psicoterapêutico parte da premissa de que os indivíduos adotam padrões de interação, condicionados pelas suas circunstâncias psicológicas e culturais, potencialmente geradores de sofrimento e comportamentos recorrentemente desajustados. O seu potencial psicoterapêutico assenta na forma de trabalhar o sujeito num procedimento de ação e interação, onde se hierarquizam as palavras, ao incluí-las num contexto mais amplo como o dos atos, num ambiente de suporte.

Cada sessão compõe-se de cinco instrumentos, três etapas sequenciais, e recorre a múltiplas técnicas. No final de cada sessão, é registado um pequeno resumo e hipóteses terapêuticas colocadas.

Palavras-chave: Psicodrama, Psicoterapia, História

Abstract

Psychodrama is usually described as an individual psychotherapy, performed in group. Its techniques were inspired by theater, psychology, and sociology. It was created in 1922 by Jacob Levy Moreno, a psychiatrist. The authors of this work intend, through a review of relevant databases, to present the historical evolution of this psychotherapy and its methodology of action.

This psychotherapeutic model is based on the premise that individuals adopt patterns of interaction, conditioned by their psychological and cultural circumstances, potentially generating suffering and recurring maladaptive behaviors. Its psychotherapeutic potential is based on the way the subject works in a procedure of action and interaction, where words are hierarchized by including them in a broader context such as the context of acts, in a supportive environment.

Each session consists of five instruments, three sequential phases, and uses multiple techniques. At the end of each session, a brief summary and therapeutic hypotheses are posted.

Key words: Psychodrama, Psychotherapy, History

Introdução

Atribui-se a Jacob Levy Moreno, médico psiquiatra, três criações: o psicodrama, a psicoterapia de grupo, e a sociometria. O psicodrama, enquanto modelo psicoterapêutico, é

geralmente descrito como uma psicoterapia individual, realizada em grupo, podendo ser ainda aplicada ao tratamento de casais e famílias.

Segundo Moreno, o psicodrama não se trata de “transformar os pacientes em atores, mas de os levar a ser no palco aquilo que eles são verdadeiramente, de forma ainda mais profunda e mais clara do que na vida real”. O psicodrama foi criado em 1922 e constitui um tratamento individual através de técnicas, etapas e instrumentos do Psicodrama Moreniano. Não é uma psicoterapia do grupo enquanto unidade. As suas técnicas receberam a inspiração do teatro, da psicologia e da sociologia.

Os autores deste trabalho pretendem, através de pesquisa bibliográfica em bases relevantes, apresentar a evolução histórica desta psicoterapia e a sua metodologia de ação.

Breve revisão histórica

O psicodrama foi criado em 1922 por Jacob Levy Moreno, médico psiquiatra romeno, nascido em Bucareste a 19 de maio de 1892, e radicado desde os 4 anos de idade em Viena, onde posteriormente teve a sua formação médica e psiquiátrica.

Moreno referiu que a sua inspiração mais importante foi nos jardins de Viena, onde, como estudante de medicina, assistiu às brincadeiras de crianças, encorajando-as a encenar para desafiar os seus limites, envolvendo por vezes os pais no processo. Posteriormente, iniciou grupos de suporte com as prostitutas da “zona vermelha” da cidade e observou a estrutura desses grupos, bem como a forma com que a sua dinâmica coletiva interagia com a necessidade de autoexpressão individual. Após a sua graduação, Moreno foi destacado como médico num campo de refugiados durante três anos, período em que as suas observações informais da estrutura do grupo o levaram a sugerir às autoridades princípios que deveriam ser utilizados na organização da comunidade.

Entre 1921 e 1923, na cidade de Viena, Moreno dedicou-se ao trabalho com grupos de teatro, onde os atores não tinham papéis decorados, o que deu origem ao teatro da espontaneidade (*das steigreftheater*). Embora os papéis existissem, os atores tinham a liberdade de improvisar no decorrer da dramatização. O improvisado era o mais valorizado. Numa dessas experiências, o teatro da espontaneidade transformou-se num teatro terapêutico.

Entre os atores havia uma atriz, chamada Bárbara, que representava habitualmente papéis afetivos e meigos, como uma mãe zelosa pelo seu filho. Entre os espetadores mais assíduos, havia um jornalista chamado Jorge, que se interessou por Bárbara. Namoraram e casaram-se. Algum tempo depois, Moreno encontrou-se com Jorge e este verbalizou que se encontrava triste, uma vez que a esposa angelical que todos admiravam, se comportava de uma forma agressiva, rude e intolerante com ele. A partir dessa conversa, Moreno, tentando ajudar o casal, resolveu dar a Bárbara, no teatro, papéis agressivos, especificamente o papel de esposa agressiva com o marido. Verificou, paralelamente através de Jorge, que Bárbara já não se comportava de forma tão intransigente. Moreno prosseguiu ainda nesse trabalho e convidou Jorge para ser o ator coadjuvante da esposa agressiva. O casal chegou a representar no palco as discussões conforme ocorriam em casa. Paralelamente, o casal melhorou o seu relacionamento e começou a viver melhor, sem as discussões antes muito frequentes.

Esta foi a descoberta de Moreno, ao verificar que podia modificar o comportamento das pessoas através do teatro, ao trabalhar a psique em ação. O sentido da ação a que se referia, baseia-se na noção do indivíduo interagir com o meio ambiente e este interagir com o próprio indivíduo. Constatamos nas obras de Moreno que ele procura tratar a doença mental não como um problema individual, mas basicamente como um problema do indivíduo com o seu ambiente.

Posteriormente, Moreno emigrou para os Estados Unidos da América, em 1925, onde as suas teorias alcançaram uma enorme repercussão, e construiu o teatro terapêutico, que funcionou anexo a uma clínica psiquiátrica e a um instituto formativo.

Em 1934, publicou a sua obra clássica “*who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy, and psychodrama*” e em 1936 foi criado o sanatório Moreno em Yonkers, Nova Iorque. Seguiu a linha orientadora de que a psicoterapia deve atuar sobre formas de interação, em que a mente e a ação estão ligadas. Atuando-se sobre o comportamento atua-se automaticamente sobre a mente e vice-versa.

Adicionalmente, outro terapeuta digno de relevo no psicodrama é Jaime G. Rojas-Bermúdez, nascido em Tunja, na Colômbia, a 26 de julho de 1926. Radicou-se em Buenos Aires, onde se formou em medicina e se especializou em psiquiatria. Iniciou as suas atividades psicodramáticas em 1957, no Instituto de Neuroses da Capital Federal.

Em 1959, foi presidente do IV Congresso Internacional de Psicodrama, realizado em Buenos Aires, e publicou dois livros da especialidade: *títeres y psicodrama* e *que es el psicodrama*. Este último foi traduzido para português, intitulado de *introdução ao psicodrama*.

Em 1962, pela primeira vez, contactou diretamente com Moreno em Nova Iorque, e em 1963 recebeu o título de diretor de psicodrama do “*World Center for Psychodrama, Sociometry and Group Psychotherapy*”. De seguida, fundou a “*Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo*”.

De 1968 a 1970, fundou o grupo de estudos de psicodrama de São Paulo, e pertenceu ao grupo de formadores de psicodrama a diversos profissionais.

Em 1973, promoveu a fundação da Federação Latino-Americana de Psicodrama e criou um corpo teórico do qual se destacou o i) esquema de papéis, ii) o núcleo do eu e a iii) psicopatologia psicodramática.

Para Bermúdez, o substrato da doença mental são as “porosidades” que originam confusão entre as áreas (mente, corpo, ambiente), aquando da estruturação dos papéis psicossomáticos, e os sintomas nos quais o diagnóstico se baseia seriam tentativas reparadoras.

Descrição da Psicoterapia e Racional Terapêutico

Este modelo psicoterapêutico parte da premissa de que os indivíduos adotam padrões de interação, condicionados pelas suas circunstâncias psicológicas e culturais, potencialmente geradores de situações causadoras de sofrimento e comportamentos recorrentemente desajustados. Do ponto de vista técnico e metodológico, o psicodrama representou uma inovação no que concerne ao desenvolvimento das psicoterapias. Por um lado, por ser um método psicoterapêutico aplicado em grupo, o primeiro modelo psicoterapêutico em grupo a ser sistematizado. Coube a Moreno a introdução do termo psicoterapia de grupo. Por outro, ou talvez sobretudo, pelo facto de Moreno ter intuído, através de um conjunto de experiências, o potencial psicoterapêutico da ação e das técnicas ativas quando aplicadas ao tratamento dos indivíduos.

O desenvolvimento do método psicodramático implicou a criação de um novo contexto em que se desenvolve o trabalho psicoterapêutico: o contexto dramático. Enquanto que em outros modelos psicoterapêuticos, a intervenção é desenvolvida com recurso a técnicas verbais, em psicodrama, há a possibilidade das problemáticas, interpessoais ou intrapsíquicas, serem trabalhadas recorrendo à dramatização e a técnicas desenvolvidas para o efeito. Este contexto, por ser marcado pela reversibilidade, permite ao sujeito testar soluções alternativas, que pode estar incapaz de conseguir levar a cabo na dinâmica estereotipada das relações e convenções sociais.

O contexto dramático está delimitado no espaço, transformado em cenário. Aqui, é permitida a representação de diversas formas do mundo interno do indivíduo - que até ao momento se expressava através do relato verbal. Este passo do verbal para a ação cria uma nova dimensão no processo terapêutico, introduzindo novos elementos e recursos técnicos: o corpo, os objetos intermediários, a ação. A ênfase recai não só no que se diz, mas no que é realizado no cenário durante a dramatização, procurando promover, através de um

conjunto de técnicas, uma maior capacidade de reformulação de problemas e novas formas de adaptação.

Cada sessão compõe-se de cinco instrumentos, sendo eles:

- 1.Cenário: equivalente ao palco teatral. É onde se vai desenvolver a dramatização do protagonista, de acordo com a hipótese terapêutica do diretor;
- 2.Protagonista: elemento que, no início da sessão, se destaca do grupo pela importância ou oportunidade que as suas vivências trazem à sessão, sendo convidado a dramatizar;
- 3.Diretor: terapeuta principal, aquele que dirige a sessão;
- 4.Egos auxiliares: coterapeutas, elementos com quem o protagonista interage durante a representação. Podem ser egos da equipa terapêutica, ou elementos do grupo escolhidos pelo protagonista para representarem pessoas com quem ele interage na vida real ou no plano imaginário; e
- 5.Auditório: elementos do grupo que não foram escolhidos naquela sessão para protagonista. É constituído pelos membros do grupo que permanecem sentados durante a dramatização.

As sessões processam-se ao longo de três fases sequenciais:

- 1.Aquecimento: composto por uma primeira fase de aquecimento inespecífico, onde o diretor dirige o grupo num diálogo, com vista a perceber tensões que possam indicar um protagonista, e por uma segunda fase de aquecimento específico onde o diretor lhe dirige a sua atenção e questões;
- 2.Dramatização: depois do aquecimento específico e se este for bem-sucedido, o protagonista é convidado a exprimir e a trabalhar de forma psicoterapêutica as suas vivências, através da ação em palco; e
- 3.Comentários ou partilha: fase em que a dramatização é comentada, primeiro pelo protagonista a quem é dada a oportunidade de dizer como se sentiu, depois pelos restantes elementos do auditório, pelos egos auxiliares da equipa terapêutica e, novamente, pelo protagonista; no final, cabe ao diretor fazer um comentário-síntese que encerra a sessão.

De entre as técnicas psicodramáticas, às quais o diretor recorre durante a dramatização, destacam-se:

- 1.Inversão de papéis
- 2.Solilóquio
- 3.Interpolação de resistências
- 4.Espelho
- 5.Estátua
- 6.Representação simbólica
- 7.Duplo
- 8.Objeto intermediário.

No final de cada sessão, habitualmente é feito o registo com um pequeno resumo e hipóteses terapêuticas colocadas, constituindo o trabalho que a equipa terapêutica desenvolve, e fazendo parte da sua organização.

Bermúdez denominava esta equipa terapêutica de **unidade funcional**, que corresponde ao diretor e egos auxiliares. A unidade funcional foi um termo introduzido por Bermúdez em 1967. É o subsistema responsável, do ponto de vista técnico, por atingir os objetivos a nível grupal e individual. A cada membro da unidade funcional, corresponde um âmbito de intervenção diferente. Ao diretor, corresponde um âmbito mais global, que engloba todos os instrumentos, etapas e contextos. Ao ego auxiliar, corresponde um campo de intervenção na cena psicodramática, jogo de papéis (relação com o protagonista na sessão e no cenário) e a atuação em contexto dramático.

Estas funções não são permutáveis, pelo que o diretor e o ego auxiliar correspondem rigidamente cada um a seu papel respetivo, e neste sentido, difere do que habitualmente se conhece como coterapia.

Apesar da tarefa mais importante do ego auxiliar ser a representação de papéis no cenário, o seu objetivo não é cumprir um papel cénico predeterminado nem estratégico, mas sim terapêutico. Para esta finalidade, o ego desempenha papéis complementares ao protagonista de acordo com as características individuais que vai apresentando, com uma qualidade emocional adequada, de forma a facilitar a exteriorização do protagonista de emoções, sentimentos e afetos. Esta interação protagonista-ego auxiliar é a dinâmica básica sobre a qual o diretor pode intervir para que o protagonista se esclareça através da sua dramatização. Outros membros do grupo, elegidos pelo protagonista, podem desempenhar também papéis no cenário. A sua colaboração e participação são muito importantes na vinculação com o protagonista e na coesão grupal.

Um dos principais objetivos terapêuticos é a obtenção de **catarse de integração** (cura psicodramática, para Moreno), ou seja, a mobilização construtiva de afetos e emoções, no sentido de encontrar espontaneamente novas soluções pessoais. Neste conceito de Moreno, o indivíduo durante a psicoterapia tem uma série de conhecimentos e de perceções, até que em determinado momento todas elas se unem, formando um conjunto. O indivíduo, assim, com esta perceção globalizante, modifica.

Como racional terapêutico, Moreno também introduz o conceito de **Tele**, isto é, a capacidade de o indivíduo perceber a outra pessoa sem distorções, e o de **Acting-Out**, ou seja, a capacidade do indivíduo de dar respostas a estímulos (reais ou imaginários). A psicoterapia, frequentemente, facilita o aparecimento desses estímulos, provocando no protagonista a tendência para agir sob essas influências.

Na base do desenvolvimento do psicodrama, encontramos os trabalhos de Moreno com grupos, reconhecendo o poder que estes exercem na mudança de comportamentos, na promoção da ação criativa e espontânea. A **espontaneidade** assume-se como a capacidade do indivíduo de dar respostas adequadas a situações novas ou respostas novas e adequadas a situações antigas. Em cada momento, existe a possibilidade de encontrar novas soluções. O protagonista começa por ser incentivado a dar expressão às próprias ideias e aos comportamentos tecidos, comentados pelo auditório. A partilha funciona para alívio de emoções negativas, ou receio de experimentar novos comportamentos e papéis. O conceito de **papel**, advindo do teatro, é para Moreno a via de comunicação da personalidade com o meio ambiente, constituindo a unidade cultural de conduta de cada, sob diferentes formas (por exemplo, papel de pai, amigo, aluno). No palco podem ser dramatizados comportamentos em que ocorre frustração, apreendendo o indivíduo no “aqui e agora” novas formas de lidar com o adverso. O protagonista torna-se, pela espontaneidade redescoberta, capaz de adaptar-se a situações novas e readaptar-se a situações antigas. Trata-se de uma forma de (des)dramatizar a doença mental, em que o psicodramatista atua *in vivo*, objetivando e analisando a situação conforme necessário para esclarecimento e compreensão, reconstruindo o contexto em movimento e diferentes papéis.

Principais indicações

O modelo do psicodrama contempla, além de um conjunto de técnicas poderosas que devem ser cuidadosamente manejadas, uma abordagem explicativa do sofrimento humano, logo uma nova noção compreensiva de doença psíquica e de psicopatologia. Procura-se, nas sessões, a demonstração de rigidez de falsos papéis, e o desenvolvimento de papéis saudáveis, a partir da interação gerada na sessão. Psicodramaticamente, o critério de distinção entre um comportamento psicopatológico e um comportamento normal seria a rigidez não adaptativa, ou seja, o baixo índice de espontaneidade e a dificuldade em encontrar respostas novas e adequadas.

A noção psicodramática de cura acarreta uma abordagem distinta dos outros modelos da compreensão da doença mental. Esta é compreendida enquanto resultado ou a manifestação inadequada ou patológica da espontaneidade e da criatividade. Nesse sentido, o diagnóstico existe apenas num referencial teórico específico da grelha psicodramática de compreensão do sofrimento humano.

O terapeuta em psicodrama entra na relação terapêutica com o indivíduo em sofrimento, e não como técnico que diagnostica e cura. Valoriza o crescimento, a maturação e o encontro, não se cingindo ao diagnóstico, tratamento e cura.

Desta forma, não há indicação formal de um diagnóstico categórico como indicação para psicodrama. Este pode ser aplicado em qualquer patologia, e em diferentes formatos e contextos. Poderá, contudo, representar uma contra-indicação para a inclusão num grupo de psicodrama, indivíduos que, pelo tipo de sintomatologia que manifestam, estejam incapazes de distinguir os acontecimentos que decorrem no contexto dramático – em que situações reais ou imaginárias podem ser testadas - dos restantes contextos, nomeadamente o social, onde vivem. Neste caso há grupos de psicodrama específicos para estas perturbações, que podem implicar um manejo distinto das técnicas psicodramáticas.

Por fim, eeguem-se alguns exemplos de grupos de intervenção psicodramática:

- 1.Psicodrama infantil
- 2.Psicodrama com adolescentes
- 3.Psicodrama com adultos
- 4.Psicodrama individual
- 5.Psicodrama de casal
- 6.Psicodrama familiar
- 7.Psicodrama público
- 8.Sociodrama (escolas, empresas e programas de desenvolvimento pessoal)
- 9.Treino de papel (*role-playing*)

Conclusão

No psicodrama, como metodologia terapêutica, introduziram-se novos elementos técnicos para a abordagem e tratamento do material trazido pelo doente, acrescentando às palavras: o espaço, o corpo, a ação, os objetos intermediários, entre outros, enriquecendo e oferecendo elementos para o esclarecimento de conflitos, situações, sintomas, e possibilitando observar o doente em ação e interação de um modo diferente do das psicoterapias baseadas no verbal. Esta ampliação de campo e dos meios terapêuticos são responsáveis pela mudança da perspetiva do terapeuta, que de linear e sucessiva, passa a ser estrutural e simultânea. Significa

que, embora o fio condutor da comunicação seja o verbal e a palavra, a abordagem terapêutica recorre a determinados procedimentos que permitem observar, no aqui e no agora, a sua estrutura e dinâmica relacional. Nesta intervenção terapêutica, introduzem-se elementos geradores de novas respostas, dando lugar a outras situações que oferecem ao protagonista a possibilidade de ampliar a compreensão do seu conflito, dificuldades e estratégias de resolução.

Bibliografia

SOEIRO, A.C. — *Psicodrama e Psicoterapia*. Lisboa: Escher, 1991.

ROJAS-BERMÚDEZ, J. — *Teoría y Técnica Psicodramáticas*. Barcelona: Edições Paidós Ibérica, S.A., 1997.

PIO ABREU, J.L. — *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

BUSTOS, D.M. — *O Psicodrama: Aplicações da Técnica Psicodramática*. São Paulo: Editora Ágora, 2005.

SOEIRO, A.C. — *O Instinto de Plateia*. Porto: Edições Afrouxamento, 1990.



Vincent Van Gogh

(In:<https://www.infoescola.com/biografias/van-gogh/>)

CRIATIVIDADE E A DOENÇA MENTAL: O CASO DE VINCENT VAN GOGH

Pedro Mota¹

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

¹Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatra

Email:93.pedromota@gmail.com

Resumo

A arte e a loucura, nas suas múltiplas representações, parecem ter muito em comum. A percepção de que a criatividade se interrelaciona com a presença de perturbações psiquiátricas é tida como um axioma na cultura ocidental moderna. A estigmatização das pessoas com perturbações mentais persistiu ao longo da história, podendo ser manifestada pelo preconceito e desconfiança, mas também pela criação de estereótipos e instigação do medo e opressão que, em último caso, pode levar à sua exclusão social. Vincent van Gogh, autor das mais sensacionais obras da corrente pós-impressionista, parece ilustrar esta questão já que permanece uma das mentes humanas que mais curiosidade e admiração suscitam nos tempos atuais. O artigo pretende abordar a eventual associação entre o desenvolvimento criativo e a presença de psicopatologia, à luz de múltiplas interpretações da vida e obra de artistas como Van Gogh, constituindo uma reflexão contemporânea sobre a conceptualização da doença mental.

Palavras-chave: Criatividade; Doença Mental; Vincent van Gogh; História da Psiquiatria; Arte.

Abstract

Art and madness seem to have much in common. The realization that creativity interrelates with psychiatric disorders is taken as an axiom in modern Western culture. The stigmatization of people with mental disorders has persisted throughout history, and Vincent van Gogh, author of the most sensational works of the post-Impressionist current, seems to illustrate this question since it remains one of the human minds that more curiosity and admiration raise in the present times. The article aims to address the possible association between creative development and the presence of psychopathology by taking a look at the multiple interpretations of the life and work of artists such as Van Gogh, making a contemporary reflection on the conceptualization of mental illness.

Introdução

Vincent van Gogh (1853-1890) apresenta-se como uma incontornável figura do mundo das Artes. Apesar de uma vida tão curta, permanece uma das mentes que mais curiosidade e admiração suscita atualmente. Apesar de constituir objeto de muita especulação, vários foram os estudiosos que procuraram diagnosticar a psicopatologia de Van Gogh, cuja biografia exemplifica de uma forma arquetípica a relação entre a criatividade e a presença de doença mental.

Algumas correntes defendem que uma maior prevalência de perturbações do humor em indivíduos criativos pode não refletir uma associação verdadeiramente genuína, mas sim um fenómeno que é socialmente construído. Deste modo, os indivíduos criativos podem não apresentar maior propensão a sofrer de uma doença psiquiátrica, mas serem apenas o resultado das expectativas culturais que lhes são impostas ou, simplesmente, apresentarem-

se com um comportamento pouco convencional. São indivíduos dotados de uma maior sensibilidade e expressividade emocional quando comparados com os de outras profissões.

Contextualização biográfica de Vincent Van Gogh [1-4]

Nascido a 30 de março de 1853 no seio de uma família holandesa composta de párocos, artesãos e comerciantes de arte, Van Gogh muda-se para Haia aos 16 anos para se tornar aprendiz de comerciante de arte, migrando para Londres ao fim de 4 anos, onde uma falhada proposta de casamento o fez mergulhar num sombrio estado depressivo. Tal terá motivado o seu envolvimento na vida religiosa, dedicando os anos seguintes em tornar-se pregador. Contudo, falha em conseguir um grau teológico, mudando-se para a Bélgica onde assume um cargo de missionário. A esqualidez dos seus costumes que terá sido interpretada pelos seus superiores religiosos como incompatíveis com a dignidade de uma posição eclesiástica, resultou num gradual estado de conflito que culminou na sua expulsão da Igreja.

É aos 27 anos de idade que Van Gogh, novamente absorto num estado disfórico e com crescente adesão a ideais socialistas e perspectivas agnósticas, volta novamente a sua atenção para a pintura. Vincent, que terá começado a pintar com apenas 9 anos de idade, foi encontrando no seu irmão Theo - um comerciante de arte - o suporte emocional e financeiro que o terá cativado a continuar a sua jornada de expressão artística.

Os anos seguintes revelar-se-iam bastante agitados. Vincent vai ao encontro do seu irmão em Paris, onde conhece Paul Gauguin, um famoso pintor do movimento impressionista. É, também, em Paris que Van Gogh começa a apresentar manifestas alterações do comportamento: os seus pesados hábitos tabágicos, associados ao consumo excessivo de absinto - à época, uma bebida alcoólica com propriedades convulsivantes bastante apreciada entre os artistas franceses -, deixam-no numa amargura financeira traduzida pela sua precária alimentação. O artista começa a apresentar sintomatologia recorrente, nomeadamente epigastralgias, tonturas, ataques de pânico e estados confusionais com amnésia, os quais lhe estimulavam comportamentos de maior heteroagressividade e irritabilidade. Theo descreve-o nesta altura como alguém “maravilhosamente talentoso, terno e refinado, mas ao mesmo tempo, egocêntrico e sem compaixão”.

Apesar de ter pintado mais de 200 quadros em Paris, Van Gogh era um artista realizado, mas não aclamado - ou sequer reconhecido - pela crítica parisiense. A relação com Theo deteriorou-se, o que também terá provocado o êxodo do artista rumo a Arles, no sul de França. Aí, deixa-se inspirar pelo sol brilhante e os encantos paisagísticos da região, revelando-se um dos seus períodos mais prolíficos. Porém, é aí, em 1888, que a sua doença evolui e atinge proporções verdadeiramente psicóticas. As suas fases de intensa criatividade contrastavam com episódios de apatia e exaustão; apresentava-se com variações do humor, com frequentes crises violentas e de impulsividade sexual, que o terão tornado indesejado na região. Com extrema lucidez da sua condição clínica, Van Gogh escrevia diariamente ao seu irmão Theo a documentar esses episódios, mas também a sua fluência criativa, na altura voltada para elementos da natureza.

A visita de Gauguin a Arles culminará no mais célebre ato de Van Gogh: a sua automutilação. Van Gogh nutria profunda admiração por Gauguin, e procurava com ele estabelecer uma colaboração artística. Contudo, a atitude arrogante e dominadora por parte de Gauguin rapidamente esquentou a relação entre os dois. A estadia deste acabaria por ser interrompida após uma sequência de conflitos, em que Van Gogh, num estado de embriaguez, o agride e o ameaça com uma lâmina. O episódio só terminaria com Van Gogh a fazer uso dessa lâmina, mutilando a sua orelha esquerda, oferecendo-a a uma prostituta. Sem qualquer memória para o sucedido, o artista foi admitido no hospital apenas no dia seguinte, onde apresentaria um intenso quadro de alucinações visuais e auditivas, descrito originalmente nos registos hospitalares como “manie aiguë avec délire généralisé”. É apenas neste contexto que surge o primeiro diagnóstico neuropsiquiátrico - o de epilepsia - por parte de Felix Rey, que o

medica com brometo de potássio. Apesar da cessação dos fenômenos alucinatórios, permaneceu num estado melancólico, porém produtivo. Foi no dia antecedente à sua alta hospitalar que pinta o seu célebre autorretrato *Self-portrait with Bandaged Ear*.

Nos tempos subseqüentes, breves episódios psicóticos conduziram a vários internamentos num curto intervalo de tempo, e após uma briga em público, é o próprio Van Gogh que voluntariamente aceita a integração no hospício de Saint-Paul-de-Mausole em maio de 1889, onde permanece durante um ano. Aí terá experienciado 3 novos episódios, iniciados por estados agudos de desorientação e atividade delirante de teor paranoide, acompanhados de alucinações auditivas e visuais, aos quais sempre se verificaram períodos de acentuados défices mnésicos e humor depressivo. Estas “grandes crises” renovaram o seu diagnóstico de epilepsia por parte do médico Théophile Peyron. Adicionalmente, o artista mantinha os consumos de absinto e, não raras vezes, intoxicava-se com terebintina e querosene presentes nas suas tintas. Fascinantemente, no tempo que esteve no asilo, Van Gogh pintou cerca de 150 quadros – incluindo provavelmente a sua mais famosa obra, *Starry Night* -, mais de uma centena de desenhos, dezenas de aquarelas e escreveu mais de 750 cartas, nas quais apresentava uma notável lucidez para a sua condição mórbida.

Em maio de 1890 muda-se para a vila de Auvers-sur-Oise no norte de França, ficando mais próximo de Theo e de Paul Gachet, conhecido médico homeopata e também pintor amador. Contudo, Vincent sentia-se um fardo para Theo, que, entretanto, casara e sofrera um agravamento do seu estado de saúde, e exprime a sua assinalada tristeza e solidão em várias obras mais sombrias, como em *Wheatfield with Crows*. Talvez fosse uma premonição do final da sua efêmera vida, que viria a ocorrer a 29 de julho de 1890, com uma bala autoinfligida. Em estimativa, cerca de 70 quadros e 30 desenhos terão sido pintados nas últimas 10 semanas de vida do artista. Em vida, apenas uma obra de Van Gogh terá sido vendida.

Van Gogh: um controverso diagnóstico

Durante praticamente toda a sua vida, Van Gogh terá sido afligido por algum tipo de distúrbio neurológico ou psiquiátrico, o qual permanece envolto em alguma controvérsia até à atualidade. Perto de 30 diferentes diagnósticos terão sido atribuídos a Vincent van Gogh, cada um deles refletindo firmemente o estado da ciência médica na época. Abrangendo historiadores, sociólogos e médicos, muitos foram os nomes que ao longo dos séculos XX e XXI tentaram criar um consenso relativamente ao diagnóstico da doença neuropsiquiátrica de que Van Gogh padeceria. Entre eles, talvez o de Henri Gastaut, famoso neurologista francês, se tenha assumido como o mais consensual.[5]

Em fases bastante precoces da sua vida, Van Gogh terá experienciado dois prolongados episódios de depressão reativos, precedidos por diversos estados (hipo)maníacos, altamente produtivos e de assinalada excitação, com completa desregulação dos ciclos de sono. Estes estados acompanhavam-se de marcada agitação psicomotora, com irritabilidade extrema e heteroagressividade. A presença de alucinações visuais e auditivas surgiam nestes períodos de maior catástrofe psicológica. Contudo, o período entre estes diferentes episódios de notável loucura, constantemente alimentados pelo abuso de absinto, era marcado por um notável grau de lucidez, como, de resto, é bem documentado nas cartas e manuscritos que foi redigindo.

A apresentação de crises convulsivas com períodos de amnésia acabaria por assistir a evolução da patologia nos últimos 2 anos de vida do artista. Foi, aliás, neste contexto que Felix Rey atribui o diagnóstico de epilepsia quando hospitalizado em Arles. Apenas em 1956, foi publicado o primeiro estudo de Gastaut subordinado à patogénese e manifestação de diferentes formas da epilepsia. Este documentou que em fases interictais, as bruscas mudanças comportamentais e emocionais entre os pacientes com epilepsia estariam especificamente relacionadas com disfunção mesial do lobo temporal, bem como uma maior prolixidade do pensamento e presença de hipossexualidade, que tenderiam a se manifestar

de forma persistente. Mais tarde, diferentes estudos classificariam como Síndrome de Gastaut-Geschwind a presença de 5 sintomas primários em doentes com epilepsia do lobo temporal: hipergrafia, hiperreligiosidade, sexualidade atípica, pensamento prolixo e intensa atividade mental. Todos estes revelam-se extremamente congruentes com a sintomatologia vivenciada por Van Gogh, o que torna o diagnóstico de epilepsia do lobo temporal com Síndrome de Gastaut-Geschwind bastante consensual. [6] A resposta favorável à terapêutica com brometo de potássio – à época o único fármaco anticonvulsivante conhecido – suporta esta hipótese diagnóstica, bem como a presença de história familiar por parte materna de patologia epilética. Gastaut chama também atenção ao facto de as fotografias e retratos de Van Gogh assinalarem uma certa assimetria craniofacial, o que tendo em conta os relatos de um difícil trabalho de parto no seu nascimento e o aparecimento das alterações do comportamento ainda durante a adolescência, aponta para uma possível lesão cerebral perinatal na origem deste quadro. [1,5]

Um grande número de autores concordou com esta hipótese diagnóstica considerando, contudo, a presença de um distúrbio psiquiátrico independente que pudesse provocar uma sintomatologia tão florida. O diagnóstico de uma eventual perturbação afetiva bipolar é-lhe muitas vezes atribuído pelos prolongados períodos depressivos e intermitentes episódios confusionais com sustentadas fases de atividade maníaca. De lembrar que o percurso religioso do artista terminou com alguma conflituosidade após ter desenvolvido um comportamento maníaco com excessivo altruísmo. A favor desse diagnóstico destaca-se também a instalação da doença durante as terceira e quarta décadas de vida. Contudo, durante os dois últimos anos de vida, não ocorreram variações de humor sustentadas, características desta perturbação, mas mudanças súbitas e breves de humor depressivo, euforia, ansiedade e fúria, frequentemente interrompidos por episódios de apatia, além de que a completa recuperação entre as crises torna improvável o seu diagnóstico. Estas alterações pleomórficas intermitentes, que apenas se manifestaram em Van Gogh com o aparecimento dos episódios convulsivos, constituem uma entidade conhecida como perturbação disfórica interictal. [1,2,6,7]

Jaspers inicialmente considerou o diagnóstico de esquizofrenia. [2] A irmã de Vincent foi diagnosticada com esta patologia, não havendo, no entanto, história familiar pregressa entre os seus ascendentes. Este diagnóstico seria suportado com base na presença de alguma sintomatologia característica, como a presença de perturbação delirante (sobretudo de temática religiosa e paranoide), alucinações auditivas ou humor depressivo. Porém, os episódios psicóticos de Van Gogh eram precedidos de estados amnesio-confusionais com completa recuperação, pelo que esta hipótese terá sido assumida como pouco provável. [1,2,6]

Pelo contrário, tido como bastante provável é o facto de que os sintomas psicóticos vivenciados pelo artista terão sido agravados pelo consumo regular e abusivo de absinto, uma aditiva bebida alcoólica com propriedades convulsivantes, também capaz de provocar quadros de desorientação, vertigem, comportamento agressivo, ideação delirante, e alucinações visuais. [1,2,6] Van Gogh também terá tido vários episódios de intoxicação com terebintina e querosene pela ingestão das tintas com que pintava, uma condição conhecida como pica.

Observando os trabalhos de Vincent van Gogh durante o período em que se verificou uma acentuada deterioração da sua condição clínica, é de notar um incremento do uso da cor amarela. Já após ter tido alta do asilo de Saint-Rémy, Paul Gachet terá prescrito fármacos digitálicos, à época usados no tratamento de diferente sintomatologia psiquiátrica, nomeadamente estados melancólicos e hipocondríacos. Atualmente usados para diferentes patologias cardíacas, a intoxicação com digitálicos pode provocar xantopsia, uma perturbação visual caracterizada pelo enviesamento da cor amarela na observação dos objetos. [1,2]

Alguns autores defendem que o artista mutilou a sua própria orelha num esforço vão para terminar um acufeno insuportável no contexto de uma eventual Doença de Ménière. Porém, Van Gogh referenciou por diversas vezes a presença de alucinações auditivas e de tonturas com algum desequilíbrio, e não de uma verdadeira vertigem com sensação rotatória, afastando esse diagnóstico. [2]

Conhecidos os múltiplos envolvimento com prostitutas, Van Gogh poderá ter contraído uma infecção sífilítica, bastante prevalente em algumas regiões de França. Embora alguns autores achem compatível a sua sintomatologia com uma eventual neurosífilis, não se revela provável que o desenvolvimento desta tenha decorrido num intervalo de tempo tão curto, além de não se ter verificado qualquer deterioração cognitiva/funcional do artista. [2]

Os traumas depressivos decorrentes de várias rejeições, a trágica relação de amizade com Gauguin, o casamento do seu irmão Theo (experienciado como uma perda), a repetida presença de surtos psicóticos e os seus comportamentos autodestrutivos, conduziram ao suicídio de Van Gogh aos 37 anos de idade.

Doença mental e criatividade: um estigma social?

A arte e a loucura têm muito em comum. Ambos os termos são frequentemente utilizados quando nos referimos a experiências relacionadas com aspetos da realidade pouco valorizados pelas perspetivas convencionais de uma dada época.

Parece existir uma dimensão histórica incontestável quando associamos a arte e a doença mental, considerando que a institucionalização dos doentes mentais - que levou à sua invisibilidade social no século XIX - estará na origem de todo o fascínio e especulação sobre os mesmos. Vários autores têm vindo a reconhecer o facto de que a arte, em vez de um produto puro e resultante da doença, possa ser uma resposta às circunstâncias históricas e culturais específicas do indivíduo, incluindo até as condições do próprio asilo. Como exemplo, através das obras de Van Gogh podemos perceber de que forma a vida no hospício influenciava a sua criação artística.

Revela-se também importante considerar a presença da cultura popular em torno da doença psiquiátrica. Ao longo das últimas décadas, tem sido fortemente explorada a temática da saúde mental através do cinema e da televisão, nos quais a complexidade e a fragilidade da mente são ingredientes que prontamente nos fazem sentir atraídos por um drama tão criativo, onde os homens perturbados são representados como monstros ou anti-heróis (ou então heroicamente incompreendidos) e a loucura feminina é frequentemente hipersexualizada.

Diversos estudos demonstraram que a obra *Sunflowers* de Van Gogh terá sido avaliada de uma forma mais positiva quando referido o episódio da sua automutilação, do que quando essa informação não foi apresentada. Da mesma forma, os participantes mostraram maior apreço por obras cujo artista apresentava comportamento bizarro ou aparência excêntrica. Isto suporta o estigma de que os artistas são considerados génios criativos muito à custa das suas atitudes verdadeiramente aberrantes e extravagantes. [8] Assim, é socialmente criada a ideia de que qualquer artista que queira produzir uma consagrada obra de arte deverá ser um outsider social, viver envolto em miséria e, idealmente, prendado com alguma insanidade - esta é, não infrequentemente, a imagem socialmente reconhecida do artista. Assim se explica o motivo pelo qual Van Gogh e Edvard Munch são frequentemente citados como os artistas arquetípicos desta associação - uma imagem alimentada, em ambos os casos, pelos embaraços das suas vidas pessoais e pela sua frágil saúde física, mas, principalmente, mental. Neste sentido, surge a importante conotação social do artista enquanto Génio Louco ("Mad Genius"), reiterando a ideia de martirização daquele que, em troca do contributo artístico para a sociedade, acaba por sucumbir ao nebuloso mundo da doença mental. A neurocientista Nancy Andreasen explora este conceito no seu livro *The Creative Brain: The Neuroscience Of Genius*, no qual reconhece a existência de certas características da

personalidade das pessoas criativas, como a preferência em serem autodidatas, o gosto pelas artes e ciências e a persistência contra o ceticismo e a rejeição; contudo vê também nelas características que as torna mais vulneráveis, resultando na sua especial propensão para sofrer de perturbações do humor, com um impacto deveras significativo na sua funcionalidade. Talvez uma maior incompreensão social do Gênio Louco acabe por o remeter a profissões ou ocupações passíveis de serem realizadas individualmente, obviamente aliado ao impacto negativo que a recorrente sintomatologia destas perturbações pode ter na consistência do seu desempenho, o que também acaba por ajudar a explicar a razão pela qual a criatividade nas artes acaba por ter uma associação mais forte com as perturbações psiquiátricas, comparativamente ao que ocorre nas ciências, um palco de trabalho essencialmente coletivo. Perante tantas idealizações e perspectivas criadas socialmente, coube até às próprias mentes criativas conceberem as suas. A existência de uma persistente crença de que o tratamento além de se destinar a atenuar ou prevenir a recorrência de estados psicopatológicos também possa prejudicar o processo criativo, acaba por desencorajar aqueles que mais valorizam (e dependem) de uma criatividade fértil em procurar tratamento adequado, seja através de psicofármacos, seja através de diferentes modelos de psicoterapia. Diferentes estudos relataram que doentes esquizofrénicos ou bipolares comumente acabariam por autossuspender o seu tratamento farmacológico devido a queixas de redução de criatividade e défices cognitivos provocados pelos psicofármacos. É frequentemente relatado que o lítio, um estabilizador de humor frequentemente utilizado na doença bipolar, se encontra associado a um aplanamento criativo, apesar da estabilização psicopatológica desses doentes. [9] Antidepressivos, como os SSRI's podem associar-se a um aumento da criatividade dado atuarem na diminuição do humor depressivo; porém, poderão também provocar a diminuição do medo, da vergonha, da libido ou da curiosidade, emoções que constituem um substrato essencial do processo criativo.

O consumo de bebidas alcoólicas entre escritores e artistas na europa do século XIX era entendido como algo propício a aguçar o engenho criativo. De facto, a crença de que o álcool constitui uma substância que poderá ajudar esse processo, através do seu potencial ansiolítico e de proporcionar um aumento de desinibição e insight criativo, parece permanecer até hoje. Contudo, além do facto de que o seu uso poderá diminuir a capacidade de avaliar de uma forma crítica o trabalho do próprio artista, a longo prazo trará consequências nefastas, com a quebra de produtividade e até mesmo a morte, sendo Ernest Hemingway um notável exemplo de um alcoólatra que se suicidou poucos anos após vencer um Prémio Nobel da Literatura. [10] Notoriamente, além do álcool, muitos outros artistas ao longo da História acabariam por procurar inspiração noutras substâncias psicoativas, como o ópio ou LSD.

Acreditar que a criatividade se pode dever exclusivamente à presença de um certo fator, seja ele intrínseco e incontrollável ao indivíduo ou repetidamente adquirido externamente através de substâncias, reforça a ideia de que serão poucas as pessoas habilitadas à consumação de um ato criativo, o que poderá impedir que muitas pessoas acabem por reconhecer o seu próprio potencial. A propagação deste estigma também enfraquecerá a noção de que a criação de verdadeiras obras de arte exigirá a presença de habilidade, esforço e talento, uma vez tratar-se de uma corrente verdadeiramente redutora por as considerar como apenas um produto de uma doença mental. Será este mesmo estigma que também impedirá um correto diagnóstico e uma assistência médica adequada.

Conclusão

Ainda que a sua vida tem sido marcada por uma saga de desapontamentos, desilusões e fracassos incessantes, Van Gogh soube sempre colocar nas obras toda a intensidade instintiva, de uma forma agressiva e libidinosa. As pinturas tornaram-se o espelho fiel do seu tumulto intrapsíquico, sendo possível observar todo o psicoticíssimo e a obsessão recorrente pela morte em muitos dos seus trabalhos. A particular riqueza dos sintomas

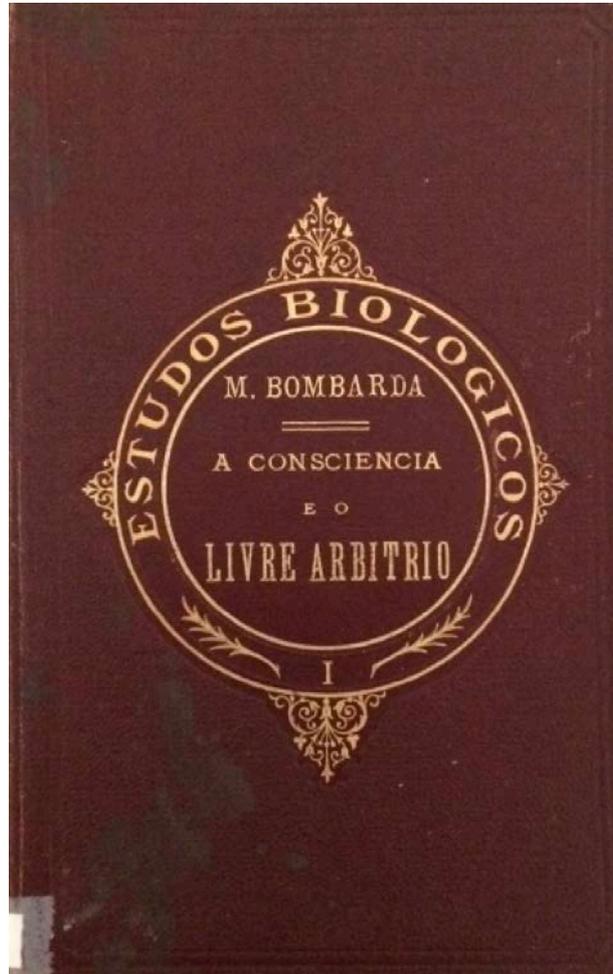
psiquiátricos que experienciou, a sua personalidade pré-mórbida, a natureza cíclica e sazonalidade das crises - intercaladas por longos períodos de funcionamento altamente lúcido -, e a falta de deterioração intelectual ao longo do tempo, tornam-no numa das mentes criativas que mais interesse continua a gerar na comunidade contemporânea. Ainda assim, serão muitos aqueles que preferem celebrar a sua obra, ao invés de “patologizar” o artista: Van Gogh não terá sido um fantástico artista devido à sua doença - terá sido fantástico apesar dela!

Bibliografia

1. BLUMER, D. (2002). The Illness of Vincent van Gogh. *American Journal of Psychiatry*. 159:4 (2002) 519–526.
2. ROSE, F. C. — Van Gogh’s Madness. *The Neurobiology of Painting* (2006) 253–269.
3. *The Complete Letters of Vincent van Gogh*. Minnetonka, MN, Bullfinch Press, 2000.
4. MEISSNER, W. W. (1994). Vincent van Gogh as artist: A psychoanalytic reflection. *The Annual of Psychoanalysis*. 22 (1994) 111-141.
5. GASTAUT, H: La maladie de Vincent van Gogh envisagée a la lumière des conceptions nouvelles sur l’épilepsie psychomotrice. *Ann Méd Psychol* (Paris) 114 (1956) 196–238.
6. BHATTACHARYYA, K.; RAI, S. — The neuropsychiatric ailment of Vincent Van Gogh. *Annals of Indian Academy of Neurology* (2014).
7. LANDOLT, H — Serial electroencephalographic investigations during psychotic episodes in epileptic patients and during schizophrenic attacks. In LORENTZ DE HAAS, A.M. *Lectures on Epilepsy*. Amsterdam: Elsevier, 1958, pp 91–133.
8. VAN TILBURG, W. A. P.; IGOU, E. R. — From Van Gogh to Lady Gaga: Artist eccentricity increases perceived artistic skill and art appreciation. *European Journal of Social Psychology*. 44:2 (2014) 93–103.
9. FLAHERTY, A. W. — Brain Illness and Creativity: Mechanisms and Treatment Risks. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 56:3 (2011) 132–143.
10. LUDWIG, A.M. — Method and madness in the arts and sciences. *Creat Res J*. 11 (1998) 93-101.

Agradecimentos

Deixo um particular abraço de apreço pelo Dr. Pedro Macedo, que mostrou interesse no tema e me encorajou a desenvolvê-lo, mas também por me ter apresentado a um excelente evento anual - o Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental.



Capa de obra de Miguel Bombarda, *A consciência e o livre arbítrio* (1898)

TRAUMA E MODOS DE SUBJECTIVAÇÃO

Cátia Guerra

Centro Hospitalar São João

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Doutoranda em Filosofia

catiaguerra07@gmail.com

Resumo

Inspirado numa perspectiva Foucaultiana, este trabalho visa abordar a ideia de trauma a partir do dispositivo psiquiátrico e problematizar os modos de subjectivação associados. Para tal, parte-se do estatuto do lugar do sujeito na relação entre subjectividade e verdade no campo psiquiátrico, passando pela evolução da categoria trauma, da simulação ao risco generalizado, e da sua reificação como doença da memória e da identidade. Através da genealogia da categoria trauma, procuram-se estabelecer relações entre a formulação, a prática da categoria e os modos de construção do sujeito e, por último, pensar sobre outros potenciais modos de subjectivação, enquanto formas de resistência e vulnerabilidade.

Palavras Chave: Trauma, Psiquiatria, Michel Foucault, Modos de Subjectivação, Subjectividade

Abstract

Inspired by a Foucaultian perspective, this presentation aims to address the idea of trauma in the psychiatric dispositive and to problematize the associated modes of subjectivation. To this end, it analyses the status of the subject in the relation between subjectivity and truth in the psychiatric field, through the evolution of the trauma category, from simulation to generalized risk, and its reification as a disease of memory and identity. Throughout the genealogy of the category trauma, relationships between category formulation, practice and modes of making subjects are established. Finally, a reflection is made about other subjectivation modes as potential alternative ways of resistance and vulnerability.

Introdução

A ideia de trauma tem vindo a ganhar preponderância nos modos de construir e enunciar a subjectividade, tornando-se numa forma dominante de representar a nossa relação com o passado, resultado de um processo de interacção entre as práticas e os discursos psiquiátricos e a forma como o sujeito as modifica, aderindo-lhes ou rejeitando-as, recriando-se através da sua incorporação. Partindo da obra de Michel Foucault, segundo o qual os modos de subjectivação são simultaneamente formas de sujeição e criação do sujeito, pretende-se analisar a relação entre a história da categoria trauma e a construção da subjectividade.

Da simulação ao risco generalizado

A ideia de trauma, do ponto de vista clínico, surge no final do século XIX, a partir da semelhança entre choque psicológico e choque cirúrgico dos acidentes de comboio¹. Sigmund Freud, inicialmente com Joseph Breuer, estuda a relação entre trauma e histeria, e considera a histeria como o resultado de um acontecimento real, o trauma sexual,

¹ YOUNG, Allan - The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995, p. 6.

defendendo um trauma a dois tempos que só ganha significado traumático com a maturação sexual do sujeito. Posteriormente, numa carta enviada a Wilhelm Flyess, em 1897, abandona a teoria da sedução e adota a designada teoria da fantasia, segundo a qual as memórias seriam o resultado das fantasias inconscientes, admitindo o papel da sugestão na sua primeira abordagem.

A Primeira Guerra Mundial vai dar início a uma modificação significativa na ideia de trauma. No princípio, os soldados que apresentavam sintomatologia, que seria hoje compatível com o diagnóstico psiquiátrico de perturbação de stress pós-traumático, eram considerados fingidores ou cobardes, causadores do desânimo ou desmotivação das restantes tropas¹. Quando a sintomatologia os impedia de combater, estavam permanentemente sobre suspeita, associada a uma brutalidade da terapia cuja objectivo principal não era tratar, mas extrair uma confissão e revelar a verdade do sujeito, ou, neste caso, a sua falsidade. É também a partir daqui que renasce a importância do “acontecimento externo” na causalidade do trauma, e que, juntamente com o desenvolvimento da psicanálise defendendo a existência de um inconsciente produtivo e fora do controlo do sujeito, conduz à confirmação e aceitação da veracidade dos sintomas. Mas esta veracidade não era ainda igual à veracidade da doença pois, por um lado as manifestações mantinham uma falsidade intrínseca ao não existir correspondência entre a sintomatologia e a estrutura anatomopatológica, ou seja, a própria doença era fingimento, por outro, a etiologia do trauma era considerada dependente de características do sujeito, em que o acontecimento poria sobretudo em evidência uma vulnerabilidade prévia.

A tragicidade do Holocausto levou à consideração de que haveria acontecimentos insuportáveis à experiência humana, independentes da vulnerabilidade do sujeito e de acontecimentos biográficos prévios. Potenciado posteriormente pelos movimentos de ex-combatentes da Guerra do Vietname, o reconhecimento da validade do trauma, do valor das memórias e da sua veracidade, precipitou a criação de novas categorias diagnósticas no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-III), nomeadamente a perturbação de stress pós-traumático, e a formulação de dois modelos de trauma, hoje dominantes: o trauma na idade adulta, em que as memórias traumáticas são consideradas cópias fidedignas do acontecimento traumático, memórias não narrativas, e por isso não podem ser integradas na memória “normal” do sujeito, e o trauma em idades precoces, associado ao trauma da vinculação e a uma perturbação da identidade (presente na perturbação borderline e na perturbação de identidade dissociativa). O debate sobre as memórias do trauma ressurgiu nos anos 90, a partir da síndrome das memórias falsas, onde as memórias de trauma eram consideradas induzidas pela terapia.

Nas últimas décadas, tem-se assistido à generalização e trivialização da ideia de trauma, abrangendo um maior número de acontecimentos e de sujeitos, nomeadamente o sujeito que experiencia o acontecimento através do testemunho de outros, ou mesmo o que comete o acto violento, contribuindo para a associação entre vítima e agressor, doença e perigo, generalizando o risco de trauma e a necessidade de controlo e protecção. Repare-se então que existem ao longo da história diferentes modos de construir a relação entre trauma e subjectividade, que não são únicos nem estritamente sequenciais, e que são atravessados pelas ideias de falsidade, manipulação, doença, vulnerabilidade, instabilidade e perigo.

Fazer-se sujeito

A prática psiquiátrica do trauma inscreve-se num modelo maior do dispositivo psiquiátrico. Se na psiquiatria asilar o governo do sujeito é realizado através de uma prática de isolamento,

¹ FASSIN, Didier; REICHTMAN, Richard - The Empire of Trauma. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2009, pp. 40-57.

vigilância permanente e imposição da verdade psiquiátrica¹, no final do século XIX, o aparecimento da psicanálise está associado a uma nova relação entre subjectividade e verdade. A verdade interior do sujeito deve ser descoberta e revelada através de técnicas de análise, segundo o imperativo do conhecimento de si, que pretendendo ser um modelo holístico da compreensão do sujeito, possibilitou a existência de diferentes narrativas e a construção da identidade mediante as idiosincrasias individuais. É a partir destas idiosincrasias que surge a importância da narrativa associada a uma nova forma de relação entre verdade e subjectividade no campo psiquiátrico, baseada na construção do self, na sua transformação e na reabilitação do cuidado de si. As ideias de melhoria e criação de si surgem associadas à pluralização de terapias, de peritos e de modelos de self, e à multiplicação de objectivos que podem ser de produtividade, bem-estar, felicidade e solidariedade. Se a multiplicação de narrativas e de ideais pode permitir ao sujeito fazer escolhas sobre si, não obstante, surge associada à ideia de potenciação do eu, centrada na infalibilidade da vontade individual. Os sujeitos são incitados a fazer da vida um projecto, desenvolver um estilo de vida que maximize a sua existência, ligado à produção de uma nova subjectividade, o *homo economicus*, o sujeito empreendedor de si próprio, o seu próprio capital e o seu produtor². Assim, podemos estabelecer a relação entre o modelo de self psicológico e a estrutura política e económica da sociedade, em que a psiquiatria se mantém como um dispositivo importante na produção da verdade do sujeito, associada a este novo modo de subjectivação. O campo epistemológico neurocientífico constitui um dos principais suportes deste discurso, em que a matéria biológica pode ser transformada e melhorada através, por exemplo, da modificação genética e dos estimulantes cerebrais. Por outro lado, a existência da pulverização de modos de subjectivação contrasta com o crescente governo dos indivíduos numa forma ligada a um subjectividade individualizada, empenhada em encontrar as suas verdadeiras identidades, o que se assiste tanto em práticas de classificação do Estado, na categorização psiquiátrica, como nos próprios movimentos que se posicionam como contrapoder, por exemplo feministas e antirracistas. Importa também realçar que os diferentes modos de subjectivação propostos (a imposição da verdade psiquiátrica sustentada num discurso científico, a obrigação do conhecimento de si presente em diferentes psicoterapias de índole interpretativa, e a transformação e o cuidado de si) apresentam limites fluidos e coexistem na prática psiquiátrica.

A criação do sujeito a partir da ideia de trauma deriva das diferentes formas de relação entre a subjectividade e a verdade no dispositivo psiquiátrico. Procura-se então apontar alguns dos efeitos que a transformação da ideia de trauma no campo psiquiátrico tem na produção do sujeito. Sem dúvida, a uniformização das patologias associadas à ideia de trauma, a sua generalização e aplicação sobre a população, tem permitido a validação da situação traumática, um reconhecimento do sofrimento e, associada à construção de modelos de diagnóstico e tratamento, tem efeitos terapêuticos de redução do sofrimento. Ao longo deste trabalho, fica evidente que a história do trauma no campo psiquiátrico não é linear, sendo associada a diferentes regimes de verificação e modos de construção do sujeito que podem estar simultaneamente presentes na mesma população. No dispositivo psiquiátrico, a ligação entre trauma e subjectividade vai-se estabelecendo através das práticas classificatórias, de vigilância e segurança da população, da recriação da narrativa biográfica, do reconhecimento do testemunho, da forma como o sujeito se liga a estes discursos e práticas, e também dos registos que existem sobre ele.

¹ FOUCAULT, Michel - *Psychiatric Power*. Lectures at the college de France, 1973-74. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2008, pp. 39-61.

² Para Michel Foucault, o *homo economicus* é o modo de subjectivação associado ao neoliberalismo, onde a competição, e não a troca, é o princípio que estrutura o mercado. Cf. FOUCAULT, Michel - *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. New York: Palgrave Macmillan, 2010, pp. 215-237.

As classificações psiquiátricas, operando de forma mais directa ou indirecta, coerciva ou hegemónica sobre o sujeito, funcionam como recursos autoconstituintes que influenciam o projecto, o cuidado e a consciência de si, em que diferentes categorias se relacionam com diferentes formas de conceber o sujeito. Por exemplo, se a perturbação de stress pós-traumático valoriza a existência de um factor externo na etiologia da doença, sem descurar a existência de uma vulnerabilidade individual, na perturbação da personalidade borderline a doença pertence à própria personalidade, podendo ter um efeito totalizante na compreensão do sujeito¹. Ao longo da história do trauma no campo psiquiátrico estão presentes os discursos associados às ideias de simulação, vulnerabilidade, doença, risco, perigosidade e instabilidade, mas também de sobrevivência e resistência, em que a narrativa psiquiátrica dá um sentido ao trauma, reconstruindo o sujeito segundo um discurso baseado nos seus sentimentos e comportamentos. Desta forma, é através de uma performance do trauma no campo psiquiátrico que o sujeito se recria, aderindo aos discursos e à forma de experienciar o trauma, transformando-os à medida que os incorpora.

Contudo, determinados modos de subjectivação excluem ou ocultam outras formas de criação do sujeito, sendo em si mesmos modos de dessubjectivação, e formas idênticas de experienciar o trauma podem ser lidas de diferentes modos consoante o campo em que se encontram: se no campo psiquiátrico as automutilações são enquadradas como sintoma e autodestruição, no campo artístico podem ser sentido e criação. O próprio acontecimento traumático surge como uma ameaça ao sujeito ao impossibilitar a verbalização e tradução do acontecimento, sendo que a linguagem é em si mesma uma forma de dar sentido ao trauma e construir o sujeito.

A medicalização da narrativa de trauma favorece a sua individualização, o que se por um lado reduz as origens sociopolíticas do trauma, pois mesmo considerando a etiologia do trauma num acontecimento é a vulnerabilidade individual que condiciona o aparecimento da doença e a resposta ao sofrimento é sobretudo médica, por outro lado é também uma forma política de governar o sujeito através do saber-poder psiquiátrico. A vulnerabilidade do sujeito, associada à generalização do trauma e a trivialização do acontecimento traumático agudizaram o sentimento de que toda a população está em risco reforçando a necessidade de medidas biopolíticas de vigilância e segurança, as quais incluem dispositivos de resposta em crise e emergência psicológica, em que a vulnerabilidade e a doença são enquadradas de forma negativa. Pelo contrário, a ausência de reconhecimento da vulnerabilidade, ou da doença, pode desproteger o sujeito, considerando-o ou como invulnerável, ou o acontecimento como onipotente, favorecendo uma dicotomia rígida entre o mundo externo e o mundo interno, apagando a luta entre interioridade e exterioridade e a dissolução dos limites que se estabelece perante uma situação avassaladora (em que as próprias ideias de interior e exterior remetem para uma determinada ideia de sujeito).

Se neste trabalho se procura pensar a ideia de trauma actual no dispositivo psiquiátrico, em si mesmo múltiplo e heterogéneo, outros modos de subjectivação, não patológicos, são possíveis, os quais levantam outras potencialidades e problemas. Ainda que o sofrimento possa ser pensado fora de uma narrativa de doença, assistimos hoje à generalização do discurso psiquiátrico governando-se o sujeito a partir do reconhecimento das suas emoções, comportamentos e pensamentos. Procurando não incorrer no erro desvalorizar a situação traumática, assim como as dificuldades que poderiam ser associadas à sua despatologização, esboçam-se outros modos de subjectivação associados à ideia de trauma.

¹GUERRA, Cátia - Só longe daqui acharás o que falta da tua identidade. Perturbação borderline da personalidade: a construção do diagnóstico e as marcas da identidade no corpo. Tese de Mestrado em Antropologia Médica. Coimbra: Faculdade de Ciências da Terra e da Vida da Universidade de Coimbra, 2016, pp. 42-48.

Entre a resistência e a vulnerabilidade

Através da palavra, do corpo e do silêncio, criam-se novas formas de dar testemunho que rompem com formas pré-determinadas e que contêm em si mesmas formas de resistência e de vulnerabilidade, de pedido de ajuda e de recusa, de criação e de perda, que podem criar novos modos de subjectivação. A partir da destruição da linguagem e do sujeito causada pelo trauma pode surgir uma nova linguagem, pois é entre o dizível e o indizível, a possibilidade e a impossibilidade de falar, que surgem novos modos de subjectivação que contêm em si mesmas formas de resistência e de vulnerabilidade, de pedido de ajuda e de recusa, de criação e de perda. A ausência de uma compreensão imediata permite ensaiar novos sentidos, estando sempre sujeitos ao risco de incomunicação e a ser de novo governados pelo dispositivo psiquiátrico, enquadrados em novos diagnósticos e em reedição de diagnósticos antigos, que lhe dão um sentido e uma resposta, mas que simultaneamente fixam o sujeito numa identidade. Se no dispositivo psiquiátrico a ideia de trauma está associada a fragilidade e doença, ela é também sobrevivência e resistência, e a mesma vulnerabilidade é simultaneamente perda, potencialidade e abertura ao outro¹. O movimento de resistência é um movimento de deslocação de sentido, que fractura a realidade e onde irrompe uma nova linguagem, através da qual o sujeito recusa a identificar-se com o duplo vínculo político, simultaneamente individualizante e totalizante², surgindo novos vínculos, novas formas de resistência e de poder. É neste confronto entre acontecimento e vulnerabilidade, autonomia e dependência, conformação e revolta, que surgem novos modos de subjectivação em que a sobrevivência pode ser não o lado extremo da dominação, mas a única forma de resistência e o último reduto do humano³.

Nota conclusiva

Ao longo da história do trauma, no campo psiquiátrico, estão presentes diferentes discursos associados às ideias de vulnerabilidade, doença, risco, perigosidade, sobrevivência e resistência, em que a narrativa psiquiátrica pode dar um sentido ao trauma. É através de uma performance do trauma no campo psiquiátrico que o sujeito se recria, aderindo aos discursos e à forma de experienciar o trauma, transformando-os à medida que os incorpora, num duplo movimento de dessubjectivação e subjectivação que, se por um lado dá um sentido ao acontecimento e recria o sujeito, por outro lado pode ocultar outros modos de subjectivação possíveis.

Bibliografia

- YOUNG, Allan - *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton. New Jersey: Princeton University Press, 1995.
- FASSIN, Didier; REICHTMAN, Richard - *The Empire of Trauma*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2009.
- FOUCAULT, Michel - *Psychiatric Power. Lectures at the college de France, 1973-74*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2008.
- FOUCAULT, Michel - *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-1979*. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

¹ GILSON, Erinn - *The Ethics of Vulnerability. A Feminist Analysis of Social Life and Practice*. New York: Routledge, 2016, pp. 98-124.

² FOUCAULT, Michel - “The Subject and the Power”. In FAUBION, James - *Power. Essential Works of Foucault. 1954-1984*. New York: The New Press, 2000, pp. 326-348.

³ Para Giorgio Agamben, «o ser humano é o que permanece depois da destruição do ser humano, não porque exista uma essência para ser destruída ou salva, mas porque o lugar do humano é dividido, o ser humano existe na fractura entre o ser vivo e o ser que fala, o inumano e o humano». Cf. AGAMBEN, Giorgio - *Remnants of Auschwitz: The Witness and the Archive*. New York: Zone Books, 1999, p. 134.

GUERRA, Cátia - *Só longe daqui acharás o que falta da tua identidade. Perturbação borderline da personalidade: a construção do diagnóstico e as marcas da identidade no corpo*. Tese de Mestrado em Antropologia Médica. Coimbra: Faculdade de Ciências da Terra e da Vida da Universidade de Coimbra, 2016.

GILSON, Erinn - *The Ethics of Vulnerability. A Feminist Analysis of Social Life and Practice*. New York: Routledge, 2016.

FOUCAULT, Michel – “The Subject and the Power. In FAUBIOM, James - *Power. Essential Works of Foucault. 1954-1984*. New York: The New Press, 2000, pp. 326-348.

AGAMBEN, Giorgio - *Remnants of Auschwitz: The Witness and the Archive*. New York: Zone Books, 1999.

MASS SCHOOL SHOOTING: UMA FORMA DE AMOK?

Pedro Macedo*; Vítor Pimenta**

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tamega e Vale do Sousa

** Departamento de Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Nordeste

*Médico (Assistente Hospitalar de Psiquiatria);

** Médico (Assistente Hospitalar de Psiquiatria)

Email: pedromacedo33@gmail.com;malmaior@gmail.com

Resumo

Amok, termo malaio, traduzido como “atacar e matar com ira cega”, corresponde a um episódio súbito e aparentemente espontâneo de raiva, no qual um indivíduo ataca e mata indiscriminadamente pessoas e animais, culminando frequentemente no suicídio do agressor. O fenómeno contemporâneo e altamente mediatizado de *Mass School Shooting* acomoda ataques a instituições educacionais com armas de fogo resultando na morte aleatória de elementos da sua comunidade. Ambos os fenómenos apresentam paralelos, correspondendo a manifestações de violência explosivas dirigidas de forma indiscriminada por indivíduos maioritariamente do sexo masculino. O primeiro fenómeno é nosologicamente incluído no grupo dos *Cultural-bound Syndrome*, resultando de tensões psicológicas ocorridas dentro de uma cultura, obedecendo a expressões sociais controladas.

Os autores pretendem através deste trabalho ponderar sobre a pertinência de olhar para o *Mass School Shooting* como forma de *Cultural-bound Syndrome* e refletir sobre que contributos a Psiquiatria pode trazer à compreensão de fenómenos culturais aparentemente absurdos.

Palavras-chave: *Mass School Shooting, Cultural-bound Syndrome, Violência, Cultura*

Abstract

Amok, a Malay term, translated as "attack and kill with blind anger", corresponds to a sudden and apparently spontaneous episode of anger, in which an individual indiscriminately attacks and kills people and animals, often culminating in the aggressor's suicide. The contemporary and highly mediated phenomenon of *Mass School Shooting* accommodates attacks on educational institutions with firearms resulting in the random death of members of their community. Both phenomena have parallels, corresponding to explosive manifestations of violence directed indiscriminately by mostly male individuals. The first phenomenon is nosologically included in the *Cultural-bound Syndrome* group, resulting from psychological tensions within a culture, obeying controlled social expressions.

The authors intend, through this work, to consider the pertinence of looking at *Mass School Shooting* as a form of *Cultural-bound Syndrome* and to reflect on what contributions Psychiatry can bring to the understanding of apparently absurd cultural phenomena

Introdução

O fenómeno de *Mass School Shooting* (MSS) tornou-se ao longo das últimas duas décadas um acontecimento que povoa o imaginário norte-americano e até mundial. O seu impacto é tão intenso que a sua discussão ultrapassa claramente a esfera dos especialistas sociais, contaminando a própria cultura norte-americana como tão majestosamente se pode observar no filme *Elefante* (Gus van Sant, 2003). Esta ideia de jovens caucasianos de localidades rurais ou suburbanas, aparentemente mais protegidas, disparando aleatoriamente sobre os elementos da sua própria comunidade, não só causa estranheza e assombro, como eleva esta

figuras a uma dimensão de fascínio pela sua incompreensão. Tal espetáculo, evoca o *Amok*, no qual habitantes do Sudeste Asiático irrompem na mesma matança desenfreada e súbita dos seus conterrâneos, suscitando emoções na população semelhantes às do MSS. O enquadramento psiquiátrico do Amok em culture-bound syndrome, coloca a dúvida se o próprio MSS não o poderá ser também.

É difícil estabelecer com rigor a primeira referência ao fenómeno *Amok*, mas o primeiro relato parece pertencer ao explorador português Duarte Barbosa. Ao encontrar este estranho acontecimento entre os javaneses que habitavam a Malásia descreveu: “eles pegam numa adaga nas mãos, saem às ruas e matam tantas pessoas quanto encontram, homens, mulheres e crianças, de tal maneira que ficam como cães loucos, matando até serem mortos”. Ao longo deste evento, a população gritava *amuco*, na tentativa de se protegerem. O português apontava que estes homens temidos procuravam “uma morte honrada”. No final, se não tivessem cometido suicídio, seriam temidos pela povoação.

Uma das explicações primordiais para este fenómeno, decorre de um prisma religioso, nomeadamente a partir de crença pré-monoteístas (ainda praticada nos arquipélagos do Sudeste Asiático). O corpo dos homens seria possuído pelo malévol demónio tigre *Hantu Belian*. Possuído por ele, o assassino sentir-se-ia compelido a matar até ser parado ou morto. Os *amoks* que sobreviviam, aparentavam-se calmos, normais e sem memória para o sucedido e eram frequentemente aceites de volta na aldeia atacada.

A invasão de um tigre insano, a intoxicação, o desejo suicida ou a raiva de um orgulho ferido encontram-se entre as várias explicações deste fenómeno. Observadores do período colonial limitaram inicialmente este fenómeno a culturas asiáticas, que foram posteriormente enquadrados numa condição psiquiátrica formada e limitada a determinado grupo cultural conhecido como culture bound syndrome, embora a sua existência se tenha comprovado em outros locais.

Enquadramento na psiquiatria

A Psiquiatria categorizou o *Amok* como fenómeno aberrante no século XIX, sendo listado a partir de 1952, no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, na categoria de *culture-bound syndromes*. *Amok* foi então definido como um evento estruturado em quatro fases: descontentamento depressivo, ataque súbito, morte aleatória de vítimas arbitrárias sem aparente motivo e perda de memória. A presença de descontentamento depressivo e perda de memória levou muitos psiquiatras a considera-lo como um problema de saúde mental, oferecendo uma perspectiva diferente para a compreensão dos tiroteios nas escolas.

Por definição, os *culture-bound syndromes* expressam-se a partir de diretrizes culturalmente determinadas e veiculam tensões psicológicas contidas na cultura. Constituem assim “guiões” para comportamentos desviantes, ganhando frequente notoriedade na sociedade as pessoas atingidas por tal condição.

Cronologia do mass school shooting

Somente a partir do sec. XX, a escola como instituição se tornou uma norma na vida dos jovens. Apesar da sua existência prévia, a mesma era menos formal e organizada. A mudança do modo como esta população se organizava, modificou igualmente os padrões de violência observados. Formas extremas de violência foram desde sempre registadas. Em 1927, Andrew Kehoe irrompeu em Bath, uma escola primária do Michigan, matando 45 pessoas, entre elas 38 crianças. Investigadores salientam, no entanto, um aumento da violência na sequência da II Grande Guerra. Raras eram as escolas que reclamavam a presença de forças de segurança

na primeira metade do séc. XX., passando esta, a ser a regra a partir dos anos 70. Convém realçar que foi nesse período, que os estudantes se tornaram politicamente engajados, nomeadamente em relação ao movimento de direitos raciais ou a intervenções militares no estrangeiro.

Ainda assim, dados sistemáticos relativos à violência escolar colhidos no *Safe Schools Study* (1976), a partir de uma população de 31 373 estudantes e 23 895 professores do ensino primário e secundário, indicava uma baixa percentagem de violência, de apenas 2%. Um aumento substancial foi observado desde os anos 80 ao princípio dos anos 90. Posteriormente, a taxa de violência escolar, diminuiu de 13 em cada 1000 estudantes em 1994 para 4 em 2007, uma diminuição de cerca de 70%, segundo o *National Center for Education Statistics Report, Indicators of School Crime and Safety*. Ainda, segundo o *Centers for Disease Control*, 2008, as mortes em escolas diminuíram de 1992 a 2006, estabilizando desde então, o que contraria a percepção popular do seu aumento.

Em tendência oposta, a ocorrência de episódios envolvendo várias vítimas denominados de *Rampage Shootings* ou MSS escalou. Historicamente, apenas atos isolados de MSS foram registados em meados dos anos 90, enumerando-se um episódio em 1956 (Maryland Park Junior High), dois em 1966 (University of Texas, Grand Rapids High School in Minnesota), um em 1974 (colégio em New York) e um em 1979 (San Diego). No final dos anos 80, a maioria destes fenómenos observaram-se em escolas em meio urbano, decorrentes de conflitos individuais ou associados a *gangs*.

Ao longo dos anos 90, o panorama inverteu-se. Os *media* reportaram um número ímpar de ataques a múltiplas vítimas em localidades rurais e suburbanas, sem a causalidade observado em cidades maiores, o que compreensivelmente provocou importante cobertura mediática, bem como interesse dos investigadores.

Intervenientes

Assim torna-se interessante analisar vários dos intervenientes deste processo, nomeadamente o atirador, as vítimas e a arma escolhida para o ato.

Perfil do Atirador

Estabelecer um perfil do atirador, torna-se difícil pelo número, apesar de tudo, limitado dos mesmos, o que compromete a significância estatística dos resultados. A isto acresce a variabilidade de proveniências familiares, educacionais, socioculturais ou mesmo as idades observadas, variando entre 11 e 25 anos. No entanto, alguns denominadores comuns podem ser apontados. A grande maioria enquadra-se em indivíduos sexo masculino, caucasianos, com interesse em armas, filmes e videojogos violentos apresentando-se durante o acontecimento em indumentária bélica ou gabardines.

Um estereótipo frequentemente perpetrado pelos *media*, consiste em retratar o atirador como um jovem algo estranho e socialmente isolado e vítima de *bullying*, influenciando assim a percepção popular destes mesmos assassinos.

Vários autores focaram-se estrutura familiar e na relação do assassino com os pais. O'Toole, 1999, argumenta que uma falta de familiaridade e de empatia é frequentemente observada nestas famílias, assim como uma dificuldade em estabelecer limites no agregado. No entanto estes dados são contrariados por outras investigações que documentam estruturas familiares muito variadas, Até 2/3 de famílias de estrutura convencional apresentam importantes laços com a comunidade, enquanto outros apresentavam uma história de negligência. Na realidade, a estrutura familiar não parece ter uma relação directa com os MSS. Os pais são frequentemente culpabilizados pelos *media*, sendo que na maioria dos casos, estes não comunicam com os *media*, apesar de pressões importantes nesse sentido

Caracterização do Alvo

Os atos são essencialmente simbólicos na sua natureza. A intensidade do fenómeno assenta mais na violência aleatória e sem sentido do ato, as vítimas em si não parecem ser relevantes,

representando uma importante diferença em relação à violência escolar observada em outros contextos e aparentemente mais dirigida.

Armas

A expansão do MSS é essencialmente um fenômeno americano contemporâneo. O roteiro cultural preparado de forma ritualizada é o que liga os perpetradores destes tiroteios. Como salienta o historiador Garry Wills, as armas nos EUA não são apenas um utensílio, mas um objeto de reverência e de culto. A sede de poder e controlo inspirou vários destes indivíduos, que frequentemente se vestem em uniformes de batalha e apresenta uma atração por símbolos de poder nomeadamente armas de assalto, como se representassem os verdadeiros acólitos do culto das armas. Este mesmo culto, ressoa particularmente nos EUA, onde o direito ao porte de armas é considerado um símbolo da nação, observando-se uma quase inexistência de leis que regulamentem o seu uso, como por exemplo as leis “*stand your ground*”, que permitem o porte de armas em locais públicos.

Explicações e teorias

Vários modelos explicativos surgiram numa tentativa de esclarecer este curioso fenómeno, partindo de modelos diferentes. De um modo geral estas teoria podem ser divididas em fatores de risco, teorias psicológicas e teorias socioculturais.

Fatores de Risco

Parte da investigação focou-se em identificar fatores associados ao atirador que permitissem prever a ocorrência do crime. Este método é em parte derivado do modelo médico que procura fatores preditores de *outcome* adverso como via de definir estratégias de prevenção, o que neste caso, constitui também uma via para explicar comportamento criminal.

Na sequência da explosão destes fenómenos nos anos 90, o FBI divulgou um relatório detalhando uma multitude de fatores de riscos que poderiam sugerir risco de um estudante cometer MSS, embora, sublinhasse não se tratar de um perfil psicológico. Deveria, pelo contrário, ser interpretado como sinais de alerta que indicariam se a ameaça feita por um estudante deveria ou não ser tomada como séria. Este estudo parece sugerir que os fatores associados ao MSS, serão diferentes dos associados à violência juvenil mais lata. Concluem ainda que nenhum dos atirados que enquadra em todos os fatores de risco. Aliás a maior parte, apresenta um valor baixo de predição de MSS.

Uma das críticas feitas a este modelo, consiste nas associações estudadas serem maioritariamente atóricas, ou seja, não explicam o que leva estes indivíduos a partir para a acção ou como os mesmos se associam a determinados fatores, ou seja, não explicam quem são, nem porquê nem como.

Teorias Psicológicas

Numa lógica mais psicológica vários fatores têm sido apontados na origem deste fenómeno, nomeadamente a Doença Mental, o ato enquanto Cerimónia, a Ideação Suicida ou Suicida-homicida.

Estudos de caso dos atiradores revelam jovens muito perturbados. É provável que a maioria dos atiradores pontuasse para uma Perturbação Depressiva Grave. O diagnóstico de Doença Mental é raramente feito antes do ato, embora análises posteriores sugerem a sua existência. No entanto, o valor preditivo de doença mental é baixo, devido ao crescente diagnóstico realizado na população juvenil. Nesta perspectiva da Doença Mental, torna-se interessante observar a complexa tipologia do atirador, pensada por Peter Langman, e proposta a partir de análise de oito casos. Esta divide-se em atiradores psicopáticos, atiradores psicóticos e atiradores traumatizados. Os atiradores psicopáticos não apresentam ligação emocional a terceiros, são incapazes de sentir culpa ou arrependimento, e tendem a infligir prazerosamente dores nos outros. Atiradores psicóticos apresentam uma rutura com a realidade. O terceiro tipo corresponde a indivíduos que sofreram uma experiência emocional,

física ou sexual. Nestes atiradores um evento stressor parece ter uma relação directa com evento

A teoria de Jonathan Fast para além de se focar na doença mental, introduz uma nova dimensão: a cerimónia. Os “school rampage” são distintos porque são “teatrais, trágicos e sem sentido”. Na sua teoria a violência cerimonial resulta de vários fatores: doença mental, eventualmente lesão cerebral, isolamento social e suicida, encerrados num ritual cerimonioso. Os aspetos cerimoniais foram salientados por Fast. Os atiradores parecem querer obter estatuto e prestígio: constitui um “retrocesso a algo muito antigo e primitivo, onde o agente desempenha o papel de um deus e se entrega a atividades proibidas ou privilegiadas antes de sua própria execução ou banimento da tribo”.

A intenção suicida tem sido frequentemente apontada como um fator importante nos MSS. Muitos dos atiradores pretendem concretizar o suicídio, mas ou não conseguem finalizá-lo ou procuram fazer um espetáculo a partir do mesmo. Anthony Preti (2006) denominava-lo de suicídio com intenção hostil, revestindo-se de uma certa aparência ritualizada com objectivo de reconhecimento cultural.

Numa ligeira variação também tem sido apontada uma associação ao homicídio suicídio. Tal como muitos homicidas-suicidas, os atiradores procuram libertar uma intensa carga de hostilidade num ato final. Magoar os outros como uma forma de apontar um mal-estar parece ser uma estratégia comum, daí autores como McGee and DeBernardo (1999) usarem o termo “vingadores da turma”. Estes descrevem os atiradores como indivíduos “suicidas e depressivos, geralmente caucasianos, adolescente masculinos de um meio, suburbano ou pequena comunidade que prepretra um homicídio multivítimas não tradicional numa escola ou contexto de sala de aulas”.

Teorias Sociais

Investigadores, especialistas e *media* sugerem que a disponibilidade de armas pode ser um fator facilitador dos MSS. Newman salienta que apesar do número de armas ter aumentado, o número de detentores dessas mesmas armas não parece ter variado. No entanto, Larson realça que a atitude cultural do “*guns solve problems*” pode estar associado a este fenómeno de MSS.

A relação entre *media* e videojogos violentas tem sido frequentemente apontada. No entanto, apesar de alguns comentadores defenderem que os mesmos estimulam o desenvolvimento de fantasias violentas nas crianças é sabido que não existe associação *media* violentos e aumento de agressão. Muitos casos revelam que os atiradores eram amantes deste tipo de jogo, no entanto, uma explicação unicamente centrada nesta explicação parece redutora.

A hipótese do *Bullying* parece atraente já que, explicaria o desejo de vingança associado a tal fenómeno. Vários investigadores documentaram que vários atiradores foram vítimas de bullying, o que poderia estar associado a sentimentos de frustração na origem dos ataques. Apesar de várias investigações demonstrarem que essa associação não é clara. Outros dados apontam que alguns destes assassinos eram eles mesmo *bullies* e até populares entre os seus pares.

Um quarto fator apontado consiste na hipótese de imitação, *copycat*. Um dos atiradores, T.J. Solomon admitiu ter-se inspirado nos eventos de Columbine . Tal como Fox e Burstein apontam “somente crianças e adolescentes são expostos à ideia de se vingar de injustiças percebidas por meio da violência, mas aprendem que essa violência pode lhes dar *status* de celebridade”, o que pode ser particularmente relevante em jovens alienados e marginalizados. Associação entre estes fatores não tem, no entanto, sido validadas.

Um quinto fator prende-se com a questão da masculinidade. De acordo com o sociólogo Michael Kimmel, os atiradores demonstram a sua masculinidade hegemónica através da violência. Frequentemente estes indivíduos viram o seu estatuto masculino negado, sendo inclusive questionada a sua sexualidade. Kimmel realça que grande parte destes atos

ocorreram em estados conservadores com particular ênfase na masculinidade e cultura das armas. Aliás, uma ideia de masculinidade dita forte é muito defendida em alguns sectores da população dos EUA, onde o “ser homem” se associa a uma imagem de heroísmo militar e poder cooperativo. Em ambiente académicos, a estrutura escolar, que por motivos também económicos, se centra na simbologia do estudante atleta, acaba por excluir outras formas de representação da masculinidade. É importante considerar o papel dos *media*, armas e violência na própria construção de ideia de masculinidade, nomeadamente a ligação entre crime, violência e masculinidade. James Messerschmidt no seu livro *Masculinities and Crime* (2003) foca a relação entre socialização masculina e a avassaladora prevalência entre a violência masculina nomeadamente no que se refere ao crime violento.

Conclusão

A forma como a narrativa do MSS se estrutura, destaca-o claramente de outras formas de violência escolar. Por outro lado, o seu carácter de imprevisibilidade, aleatoriedade, e a multiplicidade de características dos seus perpetradores evoca o ancestral *Amok*. No entanto, o uso de armas e a indumentária bélica e o amor manifestado pelo lado mais violento dos *media* e videojogos, assume-se como uma manifestação profundamente americana e contemporânea. Fica claro que mais investigação é necessária para esclarecer estes fenómenos, e que abordagens simplistas se revelam pouco úteis, no entanto, a manifestação extrema de violência por homens caucasianos em comunidades heteronormativas numa época em que a expressão de género é largamente discutida parece um caminho a explorar. Finalmente é difícil estabelecer se se trata ou não de uma manifestação psiquiátrica, mas é claro que apesar de uma multitude de apresentações, os MSS delinearão uma narrativa reconhecida e temida por todos.

Bibliografia

- ROCQUE, Michael – Exploring school rampage shootings: Research Theory and policy. *The Social Science Journal*. 49:3 (2012) 304-313.
- KELLNER Douglas — *School Shootings, Crises of Masculinities, and Media Spectacle: Some Critical Perspectives*. In MUSCHERT, G.W.; SUMIALA, J. (Ed) — *School Shootings: Mediatized Violence in a Global Age (Studies in Media and Communications, Vol. 7)*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 299-330.
- BORUM, R.; CORNELL, D.G.; MODZELESKI, W.; JIMERSON, S.R. — What can be done about school shootings? A review of the evidence. *Educational Researcher*. 39:1 (2010) 27-37.
- FAST, J. — *Ceremonial violence: A psychological explanation of school shootings*. New York: The Overlook Press, 2008.
- KIMMEL, M. — Profiling school shooters and shooters' schools: The cultural contexts of aggrieved entitlement and restorative masculinity. AGGER, B.; LUKE, D. — *There is a Gunman on Campus: Tragedy and Terror at Virginia Tech*. Lanham, MD: Rowman& Littlefield, 2008.
- KIMMEL, M., MAHLER, M. — Adolescent masculinity, homophobia, and violence: Random school shootings, 1982–2001. *American Behavioral Scientist*. 46:10 (2003).
- KLECK — Mass shootings in schools. *American Behavioral Scientist*. 52:10 (2009).

PARALISIA GERAL DOS ALIENADOS

Patrícia Jorge

Interna de Psiquiatria no Centro Hospitalar do Médio Tejo

Médica Interna de Psiquiatria

Email:anj@sapo.pt

Resumo

A paralisia geral, demência paralítica, paralisia geral dos alienados ou paralisia geral progressiva, foi uma das enfermidades mais temidas e frequentes no decurso da história da psiquiatria. Bayle constituiu-a como entidade mórbida distinta, com dois grupos de sintomas; uns de natureza física (perturbações da motilidade) e outros mentais (o delírio de grandeza). O tema da sífilis pela sua importância médica e social despertou muito interesse e foi objeto de muitas dissertações inaugurais, quer sobre a etiologia, o diagnóstico, a hereditariedade ou o tratamento.

Palavras-chave: alienados, paralisia, história, sífilis, psiquiatria

Abstract

General paralysis, paralytic dementia, general paralysis of the alienated or progressive general paralysis, was one of the most feared and frequent illnesses in the history of psychiatry. Bayle constituted it as a distinct morbid entity, with two groups of symptoms; some of a physical nature (disturbances of motility) and others of a mental nature (the delusion of greatness). The topic of syphilis due to its medical and social importance aroused much interest and was the subject of many inaugural dissertations, whether on etiology, diagnosis, heredity or treatment.

Introdução

A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual e vertical causada pelo *Treponema pallidum*. As manifestações clínicas são polimorfias e incluem úlceras genitais, erupções cutâneas, linfadenopatias, atingimento cardiovascular e neurológico. A sua morbilidade é significativa, sobretudo na saúde materno-fetal [1]. As estatísticas globais de sífilis revelam cerca de 10 milhões de novos casos cada ano [1]. Em Portugal, até 2013, apenas a sífilis precoce era de notificação obrigatória e, de acordo com os dados da Direção Geral de Saúde, entre 2011 e 2012 registou-se um aumento da sua incidência [1]. As descrições iniciais desta doença são de uma riqueza enorme. A paralisia geral, demência paralítica, paralisia geral dos alienados ou paralisia geral progressiva, foi uma das enfermidades mais temidas e frequentes no decurso da história da psiquiatria [2]. Neste artigo faz-se uma revisão sobre este tema.

Discussão / Desenvolvimento do tema

A sífilis, doença infecciosa crónica, conhecida há mais de 5 séculos, sofreu um declínio notável após a introdução da penicilinoterapia em 1943. No entanto, continua a ser um importante problema de Saúde Pública [3].

A paralisia geral, a forma clínica da neurosífilis com manifestações psiquiátricas associada à paralisia geral progressiva foi a principal causa de internamento psiquiátrico no século XIX até os anos 40 [4]. Esta condição, altamente incapacitante, eventualmente levava a um processo demencial precoce e à morte cerca de dois anos após os primeiros sintomas [4].

A origem do termo

Bayle foi o primeiro autor a constituir esta patologia como uma entidade mórbida distinta, com dois grupos de sintomas: uns de natureza física e outros mentais. Nos sintomas de natureza física referia-se à “hesitação da palavra, a um tremor dos lábios, da língua e dos membros que se vai acentuando, a fraqueza e perda do tônus muscular mais tardiamente e desde o início, ataxia nos movimentos finos tais como a escrita”. O delírio de grandeza ou monomania ambiciosa ou megalomania, era o sintoma mental [2]. Já Júlio de Matos considerava que o delírio de grandeza não era um sintoma patognomónico da doença [2].

Para Bayle, a paralisia geral tinha três períodos de evolução: num primeiro, uma monomania ambiciosa surgia, num segundo um delírio maníaco com predomínio de ideias de grandeza e finalmente a demência. Já Júlio de Matos defendia que a demência complicava desde o começo o delírio dos paralíticos e a fase maníaca era muitas vezes inicial na doença [2].

Etiologia

Matos listou várias causas físicas para esta doença (traumatismos cerebrais, insolações, excessos venéreos, sífilis e abusos alcoólicos) bem como causas morais, nomeadamente os desgostos amorosos [2].

Matos e Magalhães Lemos não aceitavam a etiologia sífilítica da paralisia geral em todos os casos e achavam que outras afeções tóxicas ou infecciosas podiam ser também responsáveis [2].

Bayle, em 1822, foi o primeiro a definir a paralisia geral como uma entidade clínica, descrevendo-a como secundária a uma inflamação da camada aracnóide. Esse foi o modelo anátomo – clínico usado pelos psiquiatras do último século e imposto como nosológico [4]. Fournier, em 1879, foi o primeiro a relacionar a paralisia geral com sua etiologia sífilítica e colocou-a dentro do grupo das “paralísias” pelo seu caráter tardio e inconstante na patologia da afeção [4].

Em 1913, Noguchi e Moore descobriram o treponema no encéfalo dos paralíticos gerais [2]. Pulido Valente em 1921, proferiu uma lição sobre paralisia geral, afirmando que o progresso da patologia das doenças mentais se faz no sentido de descobrir e esclarecer as condições do seu determinismo material e uma consequência desta orientação filosófica da ciência é que quando a patologia de uma doença mental atinge uma fase avançada do seu progresso, “ela se resolve numa série de questões de patologia geral; a fase psiquiátrica, é só uma etapa na evolução da patologia mental”. Era o exemplo da paralisia geral [2]. No início do século XX, trabalhos de Nissl e Alzheimer caracterizaram a histopatologia da doença, que era bem diferente da das lesões sífilíticas, mas em alguns casos havia coexistência do quadro histológica da paralisia geral com as lesões cerebrais da sífilis banal, o que reforçou a hipótese da etiologia luética. Por outro lado existiam afinidades entre as doenças sífilíticas e a tripanossomíase, inclusivamente do quadro clínico, e ao verificar-se a etiologia tripanossomíase da doença do sono, a presunção da etiologia sífilítica da paralisia geral ficou muito reforçada. Valente menciona também que a primeira aproximação da doença do sono e da paralisia geral foi feita por Marck Athias e Carlos França em termos anatómicos [2].

Em 1905, Schaudin descobre o agente da sífilis e a presença do treponema é demonstrada no acidente primário, nos secundários e por fim nas lesões terciárias; só não aparecia nas paralísias [2]. Entretanto Wassermann descobre a reação que ficará com o seu nome e verifica que a sua frequência na paralisia é superior a qualquer outra afeção comprovadamente sífilítica. Finalmente em 1913, Noguchi e Moore comprovam a presença do treponema no cérebro de paralíticos gerais. Mesmo assim a natureza parassifilítica da paralisia geral continuou a ser defendida, por autores eminentes que diziam que havia treponemas no córtex paralítico, mas isso só queria dizer que o paralítico fora sífilítico, mas para provar que seja o

agente local das lesões seria preciso mostrar a sua presença em todos os casos [2]. Em 1917, Wagner Von Jauregg utilizou a malarioterapia para o tratamento desta doença e em 1930, Sezari e Doube demonstraram a eficácia do estorvasol sódico no tratamento da paralisia geral [4].

Sabe-se hoje que a sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*. O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetilmurâmico e N-acetilglucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo à volta desses filamentos. O *T. pallidum* não é cultivável e é patógeno exclusivo do ser humano, apesar de, quando inoculado, causar infecções experimentais em macacos e ratos. É destruído pelo calor e falta de humidade, não resistindo muito tempo fora do seu ambiente (26 horas). Divide-se transversalmente a cada 30 horas. A pequena diferença de densidade entre o corpo e a parede do *T. pallidum* faz com que seja prejudicada sua visualização à luz direta no microscópio. Cora-se fracamente; daí o nome pálido, do latim *pallidum* [5].

A penetração do treponema é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. O treponema atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogénica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistémica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. A imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos. A sífilis é doença transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congénita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. Outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sanguínea. O risco de contágio varia de 10% a 60% [5].

Sintomas

Quanto aos sintomas psíquicos, Matos descreve vários síndromes: demência paralítica, que é a variedade mais comum, designando a fisionomia clássica da encefalite intersticial difusa, descrevendo depois uma forma expansiva, depressiva, cíclica, confusa, e paranóide [2].

A paralisia geral, sinónimo de neurosífilis parética e demência paralítica, ocorre 15 a 20 anos após a infeção inicial, sendo atualmente rara. Corresponde a uma meningoencefalite crónica e progressiva, com alterações cognitivas iniciais que evoluem invariavelmente para demência. O quadro clínico combina manifestações que podem mimetizar qualquer doença psiquiátrica com alterações neurológicas. Os primeiros sintomas incluem perda gradual de memória, diminuição da capacidade intelectual e alterações da personalidade e do comportamento. O desenvolvimento de manifestações psicóticas pode levar ao internamento destes doentes em hospitais psiquiátricos. As alterações neurológicas mais comuns consistem em tremores faciais e da língua, perturbações da fala, atrofia óptica e anomalias pupilares, nomeadamente pupilas de Argyll Robertson (pupilas pequenas não reativas com a estimulação luminosa mas que contraem no reflexo de acomodação/convergência) [3].

Os pacientes nesta fase desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Em geral, a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos e ausência quase total de treponemas. Podem estar acometidos ainda ossos, músculos e fígado. No tegumento, as lesões são nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tubercircinadas e gomas. As lesões são solitárias ou em pequeno número, assimétricas, endurecidas com pouca inflamação, bordas bem marcadas, policíclicas ou formando segmentos de círculos destrutivos, tendência à cura central com extensão

periférica, formação de cicatrizes e hiperpigmentação periférica. Na língua, o acometimento é insidioso e indolor, com espessamento e endurecimento do órgão. Lesões gomosas podem invadir e perfurar o palato e destruir a base óssea do septo nasal. “Cancro redux” é a presença de goma no local do cancro de inoculação, e “pseudocancro redux”, uma goma solitária localizada no pênis [5]. A invasão das meninges pelo treponema é precoce, de 12 a 18 meses após a infecção, mas desaparece em 70% dos casos sem tratamento. Quando a infecção persiste, estabelece-se o quadro de neurosífilis, que pode ser assintomática ou sintomática. A neurosífilis assintomática é definida como a presença de anormalidades do líquido cefaloraquídeo na ausência de sinais ou sintomas neurológicos. Poderá nunca se manifestar ou evoluir para uma das complicações neurológicas mais tardias do período terciário. As complicações mais precoces são as meningites agudas, que podem acontecer no período secundário, principalmente em pacientes infetados pelo HIV. Nos quadros meningovasculares, a neurosífilis apresenta-se como encefalite difusa com sinais focais, parecendo um acidente vascular cerebral. Mais tardia é a neurosífilis parenquimatosa, que pode apresentar-se como uma paralisia geral progressiva ou progredir para a tabes dorsalis. E, por último, um quadro de neurosífilis gomosa com sintomatologia localizada e semelhante à dos tumores cerebrais ou medulares [5].

Tratamento

Matos referia que “as ilusões criadas pela doutrina da natureza sífilítica se desvaneceram ao fim de uma longa e prejudicial prática de injeções intramusculares e intravenosas de sais de mercúrio”. O tratamento deveria ser sintomático, visando retardar a sua marcha progressiva. Descreve separadamente as psicopatias sífilíticas, referindo a dificuldade de diferenciar entre a pseudo-paralisia geral sífilítica e a demência parálitica, porque os sintomas podiam ser num dado momento de extrema semelhança [2].

Prescrevia-se quinina para debelar a infecção e iniciava-se depois o tratamento arsenical e em seguida o bismútico. A inoculação da malária seria especialmente indicada nos casos de paralisia geral inicial, representando o método de Wagner-Jauregg uma grande conquista terapêutica [2].

Mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos foram inicialmente usados na tentativa de tratar a sífilis, mas mostraram baixa eficácia, toxicidade e dificuldades operacionais. Também mostraram pouca eficácia tratamentos que, inspirados na pouca resistência do *T. Pallidum* ao calor, preconizavam o aumento da temperatura corporal por meios físicos como banhos quentes de vapor ou com a inoculação de plasmódios na circulação. A crescente preocupação com o aumento dos casos mobilizou o trabalho de médicos e cientistas, entre eles, Paul Erlich, que em 1909, após 605 tentativas de modificar o arsênico, sintetizou um composto que foi denominado composto 606 ou salvarsan, o primeiro quimioterápico da história da medicina. Em 1928, a descoberta do poder bactericida do fungo *Penicilium notatus*, por Fleming, iria modificar a história da sífilis e de outras doenças infecciosas. A penicilina acaba por destruí-lo. Em 1943, Mahoney mostrou que a penicilina agia em todos os estágios da sífilis. A sensibilidade do treponema ao fármaco a, a rapidez da resposta com regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose são vantagens que permanecem até hoje. A penicilina continua como fármaco de escolha [5].

No tratamento da neurosífilis a droga escolhida é a penicilina cristalina pela capacidade de atravessar a barreira hemato-encefálica. A dose recomendada varia de 3 a 4.000.000UI, por via endovenosa, de quatro em quatro horas, no total de 18 a 24.000.000UI/dia por 10 a 14 dias [5].

A doxiciclina poderá ser utilizada na dose de 100mg/dia; a tetraciclina e a eritromicina (estearato) na dose de 500mg, de seis em seis horas, todas por 15 dias na sífilis recente e 30 dias na tardia. A penicilina é a única droga considerada eficaz no tratamento de mulheres grávidas [5].

Antibióticos testados mais recentemente foram o ceftriaxone e azitromicina. Todos demonstraram benefícios, mas não são superiores à penicilina [5].

Prognóstico

O tratamento interrompe a progressão, mas raramente ocorre recuperação das funções neurológicas e cognitivas perdidas [3]. O objetivo do controlo da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. Evitar a transmissão da doença consiste na deteção e no tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros. O tratamento adequado consiste no uso da penicilina como primeira escolha e nas doses adequadas [5].

Conclusões

A prevenção de novos casos deverá ter como estratégia a informação para a população geral e, especialmente, para as populações mais vulneráveis sobre a doença e as formas de evitá-la [5].

O tema da sífilis pela sua importância médica e social despertava muito interesse e foi objeto de muitas dissertações inaugurais, quer sobre a etiologia, o diagnóstico, a hereditariedade ou o tratamento. O tema ocupava e preocupava os alienistas, confrontados com a sua frequência e com o prognóstico fechado que lhe estava ligado.

Bibliografia

- 1.LOPES L. — *Syphilis: Prevalence in a Hospital in Lisbon*. Acta Med Port. 29:1 (2016) 52-55.
- 2.PEREIRA, J.M. — *A Psiquiatria em Portugal - Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2015.
- 3.BARROS, A. M. et al. — Neurosífilis - Revisão Clínica e Laboratorial. *Arquivos de Medicina*. 19:3 (2005) 121-129.
- 5.GASTAL, L. et al. — Etiological treatment in psychiatry: the neurosyphilis model. *Rev Bras Psiquiatr*. 21:1 (1999)29-35.
- 6.AVELLEIRA J.C.R., BOTTINO, G. — Syphilis: diagnosis, treatment and control. *An Bras Dermatol*. 81:2 (2006) 111-26.



Postal ilustrado com fotografia de chalets do Sanatório Sousa Martins (Guarda)

A TUBERCULOSE COMO DOENÇA PSICOSSOMÁTICA NO SÉCULO XIX

Nuno Borja Santos¹; Filipa Ferreira²; Carlota Tomé³; Luís Afonso Cunha⁴

Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca

¹Médico; chefe de internamento de psiquiatria; ²Médica; interna de psiquiatria; ³Médica assistente hospitalar de psiquiatria; ⁴Médico; interno de psiquiatria

Emails:n.borja.santos@gmail.com;f.filipa75@gmail.com;lafonsocunha@gmail.com;myragore@hotmail.com

Resumo

Partindo inicialmente da introdução do conceito de doença psicossomática, desde a antiguidade, mas sobretudo durante o século XIX – quando o termo foi criado - traça-se, de seguida, a evolução do mesmo até ao início do século XX. Depois de uma breve revisão do quadro clínico da Tuberculose pulmonar, aborda-se, na perspectiva psicossomática, a forma como esta foi encarada não apenas nos meios médicos, como também em diversas formas de arte, como a pintura, o teatro, a ópera e a literatura em geral, tanto portuguesa como estrangeira – culminando na obra seminal “A Montanha Mágica”, sem esquecer eventuais repercussões da doença nos próprios artistas. São ainda a floradas as conotações sociais e as implicações políticas que a mesma proporcionou, nomeadamente as suas consequências securitárias.

Palavras-chave: Tuberculose; psicossomática; história; Romantismo; Consumção

Abstract

Starting initially from the introduction of the concept of psychosomatic disease, since antiquity, but especially during the 19th century - when the term was created - we then trace its evolution to the beginning of the 20th century.

After a brief review of the clinical picture of pulmonary tuberculosis, the psychosomatic perspective approaches the way it was viewed not only in medical circles, but also in various forms of art, such as painting, theatre, opera and literature in general, both Portuguese and foreign - culminating in the seminal work "The Magic Mountain", without forgetting any repercussions of the disease on the artists themselves.

The social connotations and political implications of the disease are also touched upon, namely its securitarian consequences.

Keywords: Tuberculosis; psychosomatics; history; romanticism, consumption

Nota Introdutória

Partindo do pressuposto da unidade funcional soma-psyche, na qual a Psicossomática se alicerça, ela constitui como que uma resposta à velha questão da relação corpo-espírito, tema provavelmente tão antigo quanto a Humanidade. Surge como reacção à tradição dualista cartesiana e como proposta holística na forma de olhar a doença.

Na História poucas doenças se revelaram tão ambíguas, multifacetadas e enigmáticas como a Tuberculose. As concepções sobre a Tuberculose, desde a nomenclatura utilizada até à sua imagem metafórica, foram acompanhando o eco da passagem do tempo e da evolução social, cultural e médica, ao qual a psiquiatria não foi indiferente,

Com este trabalho pretende-se proceder a uma breve revisão do quadro clínico da Tuberculose pulmonar, abordando o mesmo numa perspectiva psicossomática, na forma

como este foi encarada não apenas nos meios médicos, como também em diversas formas de arte, com enfoque particular no período do Romantismo e início do século XX.

A Tuberculose : Psicossomática e Conceito

Após séculos de estruturação (vem da Antiguidade a ideia de interação entre as doenças do soma e da psique), o conceito de Psicossomática surge no século XIX, em 1818, através de J.C.Heinroth (1773-1843) que faz referência, nos seus trabalhos, à insónia e à influência das paixões em doenças como a epilepsia, a Tuberculose e o cancro. Após um período de quiescência, em que o conceito foi sobretudo explorado pela arte (primeiro no âmbito do Romantismo e posteriormente em termos do Realismo), é no século XX que o tema é retomado sob influência do desenvolvimento da Psicanálise e do modelo freudiano. De forma mais ampla, o conceito de Psicossomática é como que consagrado nos anos 40 do século XX, altura da fundação da American Psychosomatic Society, em 1942. Mais recentemente, em 1955, o termo consolida-se através das considerações pioneiras de Franz Alexander e da Escola de Chicago, referindo a anestesia emocional como base de algumas doenças, que seriam continuadas em França por Pierre Marty com o seu conceito de pensamento operatório. Curiosamente, estas teorias foram construídas em contra-corrente com o “consenso romântico” da psicologia folk do século XIX que, como vimos, apontavam os sensíveis de espírito como mais atreitos à doença física, particularmente no caso da Tuberculose. É nesta base que também surge o conceito de alexitimia, que ainda se mantém nas actuais concepções psiquiátricas, embora já sem ligação ao antigo conceito de doença psicossomática, limitando-se a descrever um tipo de personalidade caracterizada pela inexpressividade emocional. Aliás, actualmente, considera-se a Medicina Psicossomática como: a procura de factores biológicos, psicológicos e culturais envolvidos na doença; uma visão holística do doente; e uma subespecialização da Psiquiatria constituída pela chamada Psiquiatria de Ligação. Ou seja, há mais uma adesão ao já existente modelo bio-psico-social que um destacar de algumas patologias como fazia a Escola de Chicago com o chamado “Chicago Seven” (aliás sem qualquer base estatística), como especialmente propícias a serem desencadeadas por factores emocionais. Estavam neste grupo a hipertensão arterial, a úlcera péptica, a neurodermatite, a colite ulcerosa, a tirotoxicose, a artrite reumatóide e a asma brônquica.

Na História poucas doenças se revelaram tão ambíguas, multifacetadas e enigmáticas como a Tuberculose. Denominada sucessivamente de Peste Branca, Pítiase, a Consumpção, a Tuberculose apresenta-se-nos como uma doença de múltiplos véus, reflectindo os vários nomes que definiram o inevitável eco da passagem do tempo e da evolução social, cultural e médica^{1,2,3}. No entanto, o terror social marcado pela sua presença – comparável em tempos anteriores ao da peste e posteriormente ao da SIDA -, devido à ameaça quase sempre concretizada de morte anunciada, foi denominador comum, desde a sua precoce identificação clínica até ao aparecimento dos tuberculostáticos em meados do século passado. Ainda hoje, como testemunho desse passado, a sua prescrição é regulamentada por decreto-lei.

O dicionário Inglês de Oxford indica que o uso de "consumption" como conceito de Tuberculose pulmonar data de 1398. Nos dicionários franceses “La tubercule” foi introduzida no século XVI, por Ambroise Paré do latim *tuberculum*, significando "pequeno nódulo". Na Enciclopédia de Diderot, a entrada sobre Tuberculose (1765) cita a definição dada pelo médico inglês Richard Morton, no seu livro *Phthisiologia* (1689).

Quadro clínico da Tuberculose

A Tuberculose é uma doença provocado pelo microrganismo *Mycobacterium Tuberculosis* (*M. tuberculosis*), um agente patogénico com tropismo para o sistema respiratório mas que pode igualmente afectar outros órgãos e sistemas. A infecção por *M. Tuberculosis* pode ser activa

ou latente, a última caracterizada pela ausência de sintomas e risco de contágio. Os doentes afectados por Tuberculose activa apresentam habitualmente sintomas sistémicos, como febre, fadiga, perda de apetite e de peso. A Tuberculose pulmonar - que é a forma mais habitual da doença - apresenta-se tipicamente com tosse e expectoração que pode ser sanguinolenta, sendo nestes casos designada por hemóptise. Este sintoma, amplamente representado em obras artísticas, ficou intimamente associado à Tuberculose no imaginário colectivo, embora seja hoje uma manifestação relativamente rara e apenas encontrado em quadros clínicos graves e com início tardio de tratamento.

Na era pré-antibióticos, era pouco específico o tratamento dirigido à Tuberculose, o que condicionava uma elevada taxa de mortalidade. Actualmente, apesar dos progressos notáveis alcançados, a terapêutica desta doença mantém-se complexa, sendo necessário o uso concomitante de diferentes fármacos durante um período que pode ir até doze meses. Adicionalmente, novos desafios, como o desenvolvimento de resistência da *M. Tuberculosis* aos antibióticos ou a afecção de indivíduos imunocomprometidos (por exemplo, devido ao síndrome de imunodeficiência adquirida pelo vírus HIV), têm surgido nos últimos anos. Assim a Tuberculose continua a ser uma importante ameaça à Saúde Pública, particularmente, mas não exclusivamente, nos países em desenvolvimento.

Evolução histórica

Durante a primeira metade do século XIX, as imagens de palidez e magreza estavam fortemente associadas, por via da mentalidade romântica, a qualidades estéticas e criativas. Este novo tipo de mentalidade, que se focava também nas qualidades individualistas e no engrandecimento do self, foi dominante na primeira metade do século XIX, estando, até certo ponto, a ser revividas hoje, naquilo a que se chama o pós-modernismo. Neste sentido, os sinais e sintomas físicos, característicos da Tuberculose pulmonar – entre outros, os acima referidos -, deram aos portadores desta doença algumas qualidades de protótipo deste “biotipo artístico”, ao mesmo tempo que ela era vista como “romântica e misteriosa”. Logo, sendo temida, era também reverenciada. Essa imagem, de *quasi* transubstanciação, conferia aos que dela padeciam, uma aura de excepcionalidade associada a um carácter nobre, de génio criativo e elevada sensibilidade, que os colocava, aos olhos de seus contemporâneos, numa posição de requinte e superioridade.

Com a industrialização e urbanização e com a ascensão da Tuberculose para níveis epidémicos, a conexão entre Tuberculose e pobreza tornou-se evidente, e definiu-a como “doença social”, que, a par da sífilis e do alcoolismo, constituiu um dos principais conjuntos desafiadores da ordem social^{1,2,4}. Esta associação, da vergonha, do estigma e da pobreza, intensificou-se com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, e prevaleceu no tempo. Assim, durante a segunda metade do século, já mais dominada pelo Realismo, a doença passou a estar associada a más condições de vida, nomeadamente à fome e a pobreza – aos oprimidos em geral -, razão por que se passou a defender a mudança de qualidade do ar como necessária para a terapêutica, o que também acompanhava a ideia então generalizada entre os médicos, que as doenças estavam estreitamente ligadas ao clima e à poluição das cidades. Não se pense, todavia, que as duas ideias são totalmente antagónicas. Não pressupunha o Romantismo, muito enformado pelo dualismo, que o artista é um oprimido, vítima da sociedade, que desligado dos bens materiais até pode passar provações, como se vê retratado em “La Bohème”? Nesta ópera de Puccini, a protagonista, “Mimi”, afectada de Tuberculose, morre durante o sono, após um agravamento da doença, causado pela miséria em que caíra, após a separação do seu amante, um poeta indigente que a ela renunciara por não a poder sustentar e que vive num meio alternativo e desafiador das convenções sociais (um sótão em Montmartre, onde co-habita com outros amigos artistas, também financeiramente depauperados). Curiosamente, uma morte durante o sono, tal como ocorrera com o poeta Keats, também doente do mesmo mal e que nalguns dos seus poemas também glorificara a

consumpção e a consolação pelo sofrimento, num jogo dicotómico devedor do Romantismo. A esta identificação com o papel de vítima não é estranha, como refere I. Berlin, a disseminação durante o século XIX romântico, da paranóia como atitude cultural, aqui radicando a ideia de que o “sistema” sai sempre vencedor.

Aliás, na transição do Romantismo para o Realismo, permanece a consumpção niilista, idílica como fonte de transubstanciação, heroísmo e paixão, mas ganhando também contornos vívidos do horrífico, da degradação, e do sofrimento da própria doença e das condicionantes sócio-económicas envolvidas, numa mescla que segue o ritmo das convulsões sociais que atravessaram o século XIX. Isto é ilustrado sobejamente nos romances de Fyodor Dostoiévsky, como a descrição do sofrimento longo e atroz até à morte, da rejeição social e pobreza de Katerina Ivanovna, em o “Crime e Castigo”, ou dos detalhes gráficos do sofrimento delirante, do jovem Hipólito em “O Idiota”. Todavia, nestas personagens permanece o cunho romântico da Tuberculose como provação para o atingimento do divino e do imaterial, ou seja, uma “elevação”. Nesta época, sobressai, assim, a dualidade entre a elevação do espírito, não como antagónica, mas simbiótica com a morte, e a Tuberculose é, por isso, utilizada na arte como metáfora ou personificação para esta reflexão profundamente filosófica, tentando levar à negação do “mundo concreto”, apanágio da literatura do Romantismo.^{1,2,3} Na nossa literatura, não podemos também esquecer “Maria”, personagem de “Frei Luís de Sousa”, tísica e imbuída de elevada sensibilidade e até presciência, que acaba por morrer ao saber ou pressentir (o autor não o esclarece cabalmente) da fatalidade que acabara de atingir a família. Curiosamente, esta personagem (pelo seu jogo de não ditos nos seus diálogos com a mãe) estará mais próxima das personalidades que viriam a ser descritas pela Escola de Chicago do que com a sobrecarga emocional que detêm os caracteres inflamados do Romantismo.

De facto, a literatura da primeira parte do século XIX tematizou a “febre das almas sensíveis” como prova inequívoca da excecionalidade do carácter e dos dotes artísticos e intelectuais dos tuberculosos.^{2,3} Como Sontag reflete no seu livro, “Illness as Metaphor”, neste período a Tuberculose tende a aparecer como a grande promotora do refinamento moral de suas vítimas, sendo a manifestação da doença concebida como um teste de carácter, pelo qual, “os virtuosos só se tornam mais virtuosos quando escorregam para a morte”.³

A literatura gera a imagem de uma doença em que se exhibe uma atividade emocional intensa em pessoas afetadas, elas mesmas gradualmente consumidas pela paixão, “consumption”, metaforicamente aludida à busca do belo no mórbido em representações elaboradas do artista atormentado. Neste mesmo período, surgiam descrições patológicas da Tuberculose que incluíam “estado emocional peculiar”, conhecido com a “*spes phthisica*”, a esperança do tuberculoso, um optimismo irracional que persistia apesar do prognóstico reservado do doente.¹

Nesta perspectiva, surge a obra de Thomas Mann, “A Montanha Mágica”, de 1924, incortornável na fenomenologia descritiva da vivência da doença física e da repercussão desta na vida psíquica dos pacientes. Assim, já não estamos nos padrões generalizadores do Romantismo e do Realismo, mas no campo modernista da interioridade psicológica. Estas reflexões reforçaram debates em torno da questão da transmissão da doença, ou de traços de personalidade específicos que permaneceram em aberto, durante várias décadas, sendo que psiquiatras como Jelliffe, Evans, Dunbar, e outros descreveram padrões de personalidade característicos de doentes com Tuberculose, bem como uma suposta inter-relação entre Tuberculose e doença mental, como a eventual existência de afeções pré-tuberculosas (psicastenia e psiconeuroses). Estas especulações, vindas sobretudo do mundo psicanalítico, permaneceram ativas durante as primeiras décadas do século XX.^{2,5,6}

Para concluir e voltando aos exemplos musicais, não deixa de se realçar o exemplo de “La Traviata” – também uma ópera novecentista, de Verdi, baseada na peça “A Dama das

Camélias” de Alexandre Dumas Filho, de 1848, talvez com um fundo verídico - que, no entanto, tem conotações sociais diferentes de “La Bohème”. De facto, se nesta última, as personagens são “espiritualmente superiores”, aceitando a pobreza material, “La Traviata” decorre num meio capitalista de ambição social ascendente, pontuada pelo facto de a relação pouco convencional entre Violetta e Alfredo, poder prejudicar a concretização do casamento da irmã deste. É então, a separação entre os dois, forçada pelas convenções sociais (após um romântico período de vida em comum, no campo, longe da poluição moral e física de Paris), que vai produzir a decadência da saúde de Violetta. Figurando este tema, encontramos aqui um exemplo emblemático: a protagonista, necessariamente vítima de sua vida dissoluta, adquire com a doença – Tuberculose - o doloroso e precioso conhecimento de sua pureza moral. Curiosamente, Violetta, na hora da morte, experimenta um curto período de “melhoras da morte” (fenómeno com existência duvidosa, mas com descrição de cunho romântico, também muito propalada no século XIX):

*“È strano!
Cessarono gli spasimi del dolore.
In me rinasce - m'agita insolito vigor!
Ah! ma io ritorno a viver!
Oh gioia!
(Ricade sul canapè.)”⁴*

Conclusão

Em conclusão, podemos dizer que, se a ideia de relação entre soma e psique é ancestral na Medicina, que assumiu, mesmo *avant la lettre*, uma visão cartesiana, ela ganhou, no século XIX, foros de emancipação em relação ao pensamento médico, passando a fazer parte do vocabulário dos intelectuais e artistas de então (embora mantendo, em termos formais, a dicotomia corpo-espírito). Neste particular, a Tuberculose já clinicamente identificada no século XIX e motivo de temor social – que perdurou até ao aparecimento dos atuais tratamentos -, adquiriu especial relevância, passando muitas vezes a ser considerada, naqueles meios, como sendo provocada por uma elevada sensibilidade emocional mas também como consequência da opressão do “sistema dominante”. Esta ideia do doente com Tuberculose, ao mesmo tempo, sensível e vítima, não deixou de transparecer nalgumas obras de arte produzidas durante o século XIX e início do século XX, nomeadamente na pintura, música e literatura, adquirindo, nalguns casos o papel protagonista.

Referências

1. WISE, Th. N. — *Foreword*. In: Levenson, J. L. *Textbook Of Psychosomatic Medicine*. Second Edition. American Psychiatric Publishing. 2011. Arlington Va.
2. PAI, M., et al. — *Nature Reviews | Disease Primers: Tuberculosis*. *Nature Reviews*. 2 (2016) 1-23. Doi:10.1038/Nrdp.2016.76 -
3. PORTO A. — Social Representations Of Tuberculosis: Stigma And Prejudice. *Rev Saude Publica*. 41(Suppl 1) (2007) S43–S49. [Portuguese]
4. HENRY, Stéphane. Capítulo 1. De La Phtisie, « Maladie Romantique », À La Tuberculose, « Maladie Sociale » In : *Vaincre La Tuberculose (1879-1939) : La Normandie en Proie a la Peste Blanche*. Mont-Saint-Aignan : Presses Universitaires De Rouen et du Havre, 2013.
5. SONTAG, Susan — *Illness As Metaphor*. Nova Iorque: Farrar, Straus And Giroux, 1978

¹ (“É estranho! Cessaram os espasmos da dor. Renasce em mim e me agita um insólito vigor! Ah! Volto a viver! Oh alegria! (Cai no canapé.)”

6. TANKARD, Alex — Tuberculosis And Disabled Identity. In *Nineteenth Century Literature : Invalid Lives*. Cham, Switzerland : Springer Science And Business Media : Palgrave Macmillan, 2018.
7. SWEETLAND, A. C. et al. — Addressing The Tuberculosis-Depression Syndemic To End The Tuberculosis Epidemic. *The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease*. 21:8 (2017) 852-861.
8. Doença Mental e Tuberculose no Conhecimento Médico-Psiquiátrico da Primeira Metade do Século XX – Anais do XV Encontro Regional de História da Anpuh-Rio; Disponível No Url:
[Http://Www.Encontro2012.Rj.Anpuh.Org/Resources/Anais/15/1333027066_Arquivo_Textocompletanpuh2012rc&Avvf.Pdf](http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1333027066_arquivo_textocompletanpuh2012rc&avvf.pdf)
9. DEMUTH EL. — Is There A Specific Personality In Tuberculous Patients? *Ama Arch Neuropsych*. 66:1 (1951) 30–37. Doi:10.1001/Archneurpsyc.1951.02320070050003
10. BERLIN, I. — *The Roots of Romanticism*. Princeton University Press. Princeton, Nj. 2001.

O MANUAL “ENFERMAGEM DE ALIENADOS” (1932) NO CONTEXTO DA ÉPOCA

Lucília Nunes

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal; NURSE’IN, Unidade de
Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas.

Professora Coordenadora

Email:lucilia.nunes@ess.ips.pt

Resumo

Não obstante as diferentes possibilidades de análise de manuais, desde as práticas de uso aos conteúdos expressos, entendemos relevante proceder a análise de manuais que foram redigidos com a intenção de serem destinados à formação da enfermagem psiquiátrica.

Em consequência, propomos apresentar o manual «*Enfermagem de alienados*» de Luís Cebola, procurando caracterizar os descritivos dos doentes mentais e contribuir para a compreensão dos discursos curriculares sobre a loucura - na primeira parte, conteúdos de caráter geral; na segunda parte, "conhecimentos técnicos indispensáveis a quem presta serviço de enfermagem a doentes com mentalidade mórbida, quer no hospital, quer no domicílio". Procedemos a breve contextualização da época quanto ao ambiente político, científico e cultural, bem como alusão comparativa a obras da época elaborados com os mesmos intentos (como “*Apontamentos das Lições de Psiquiatria*”, Fernando Ilharco, 1934) e que constituem património para a historiografia da assistência psiquiátrica em Portugal.

Palavras-chave: História da Loucura, Manuais, Enfermagem

Abstract

Notwithstanding the different possibilities of analyzing manuals, from the practices of use to the expressed content, we believe it is relevant to proceed with the analysis of manuals that were written with the intention of being intended for the training of psychiatric nursing.

We propose to present Luís Cebola's '*Nursing for the Insane*' manual, seeking to characterize the descriptive of mental patients and contribute to the understanding of curricular discourses on madness - in the first part, general content; in the second part, "indispensable technical knowledge to those who provide nursing services to patients with morbid mentality, whether in the hospital or at home".

Brief contextualization of the time regarding the political, scientific and cultural environment, as well as comparative allusion to works of the time elaborated with the same intentions (such as “*Notes from the Psychiatry Lessons*”, Fernando Ilharco, 1934) and which constitute heritage for the historiography of psychiatric assistance in Portugal.

Key-words: History of Madness, Manuals, Nursing

Introdução

A existência de um manual, mais de oito décadas depois da sua publicação, suscita diferentes possibilidades de análise, desde as práticas de uso aos conteúdos expressos - especialmente quando se trata de obra em campo específico como manual redigido com a intenção de serem destinados à formação da enfermagem psiquiátrica.

Nesta linha, propomos apresentar o manual **«Enfermagem de alienados» de Luís Cebola**, procurando caracterizar os descritivos dos doentes mentais e contribuir para a compreensão dos discursos curriculares sobre a loucura.

Sucessivamente, analisaremos o livro, autor, apresentação da obra, estrutura e conteúdos; depois, o contexto local – a Casa, o curso, a Escola - e o contexto nacional da assistência psiquiátrica da época e anotação relativa à relação com outros manuais de enfermagem.

1.O autor

Traçamos recorte breve da biografia, reportando para os textos de Aires Gameiro¹ e as dissertações de Denise Pereira² e José Morgado Pereira³.

José Luiz Rodrigues Cebola nasceu em Alcochete, a 5 de setembro de 1876 e faleceu a 11 de março de 1967. Ter-se-á mudado com a família para Lisboa para ingressar na Escola Politécnica, em 1895, com dezanove anos. Foi aluno da Escola Politécnica, de 1895 a 1900 - realizou a preparação para os estudos médico-cirúrgicos; estudou na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa de 1899 a 1906, ano em que defendeu a sua tese inaugural, *A Mentalidade dos Epiléticos*, desenvolvida sob a orientação de Miguel Bombarda no Hospital de Rilhafoles; nesta tese, reuniu e analisou documentos de expressão artística dos doentes epiléticos.

Trabalhou e investigou em Rilhafoles até ter sido nomeado director clínico da Casa de Saúde do Telhal a 2 de Janeiro de 1911, pelo Governo Provisório da República Portuguesa. Inicialmente teria declinado o convite, vindo a aceitar como serviço prestado à República - o próprio Afonso Costa lhe agradeceu “o sacrifício, em favor do regime” (Pereira, 2015). Esta análise é consistente nos textos de Aires Gameiro, *Evocação de um médico esquecido*, o dr. Luís Cebola e a monografia de Aires Gameiro, Augusto Moutinho Borges, Ana Mateus Cardoso e Fernando de Oliveira, *Um Republicano no Convento*⁴. Assim como com as posições que tomou, enquanto republicano. Foi diretor clínico até 28 de Fevereiro de 1949, data da sua aposentação.

A Casa de Saúde do Telhal situa-se no concelho de Sintra, a cerca de vinte cinco quilómetros de Lisboa - Luiz Cebola ia ao hospital às segundas, quartas e sextas-feiras durante a manhã; às terças, quintas e sábados de manhã, atendia os seus doentes em consultórios privados, em

¹ GAMEIRO, Aires (Coord.) - Casa de Saúde do Telhal. 1º Centenário 1893-1993. Textos históricos e clínicos. Mem Martins: Editorial Hospitalidade, 1993; Gameiro, Aires - *Evocação de um médico esquecido*, O Dr. Luís Cebola - pioneiro da ocupação ergoterápica na Casa de Saúde do Telhal, da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Memória das XX Jornadas de Estudo. Medicina na Beira Interior. Da Pré-História ao Século XX. Cadernos de Cultura, nº 23, 2009, p. 126-133. Disponível em http://www.historiadamedicina.ubi.pt/cadernos_medicina/vol23.pdf

² PEREIRA, Denise Maria Borrega - *Visões da Psiquiatria, Doença Mental e República no Trabalho do Psiquiatra Luís Cebola (1876-1967): uma Abordagem Histórica nas Encruzilhadas da Psiquiatria, Ideologia Política e Ficção, em Portugal, na Primeira Metade do Século XX*. Tese de doutoramento em História, Filosofia e Património da Ciência e da Tecnologia. Universidade Nova de Lisboa, 2015. Disponível em https://run.unl.pt/bitstream/10362/16309/1/Pereira_2015.pdf

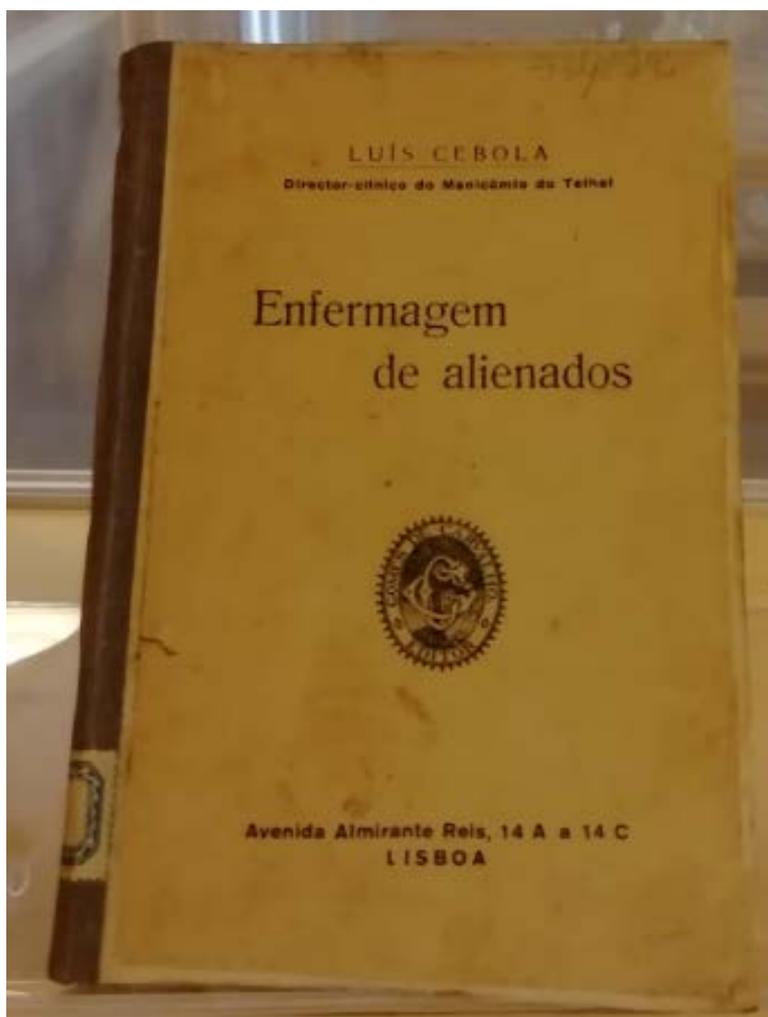
³ PEREIRA, José Manuel Morgado - *A Psiquiatria em Portugal. Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. 2015. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29514/1/A%20Psiquiatria%20em%20Portugal.pdf>

⁴ BORGES, Augusto Moutinho; CARDOSO, Ana Mateus; D'OLIVEIRA, Fernando; GAMEIRO, Aires - *Um Republicano no Convento*. Cadernos do CEIS20 [Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX], 13, Coimbra, 2009, pp. 27-28.

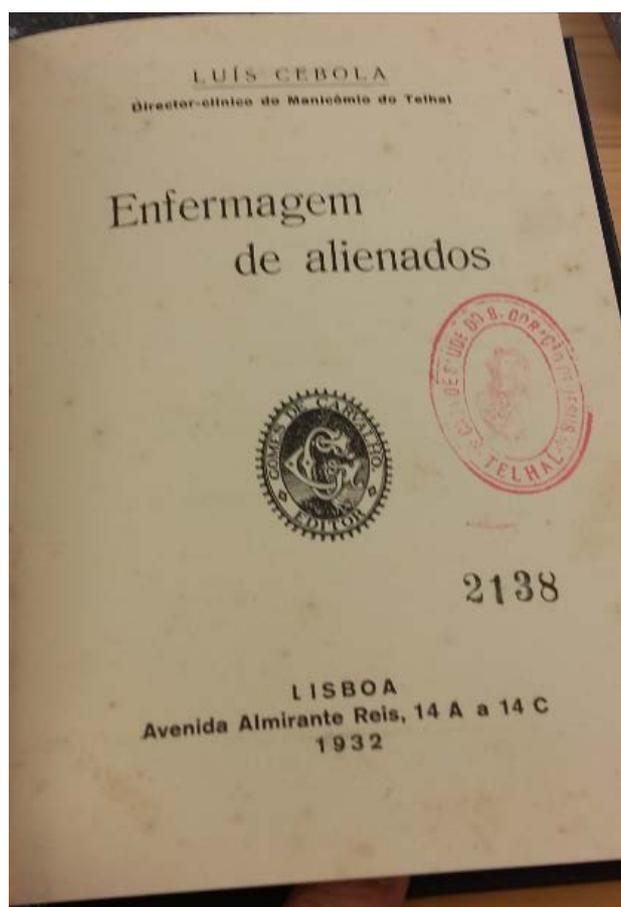
Lisboa¹. O seu principal objectivo enquanto director clínico da Casa de Saúde do Telhal foi transformar o hospital numa instituição psiquiátrica moderna - visitou hospitais psiquiátricos noutros países com o objectivo de adquirir conhecimentos sobre os métodos de tratamento em uso bem como estudar a organização dessas instituições.

2.O livro - apresentação

Intitulado «Enfermagem de alienados», da autoria de «Luís Cebola, Director-clínico do Manicómio do Telhal», 195 páginas. Editou a obra Francisco José Gomes de Carvalho (1867-1952), conhecido republicano, com livraria na Avenida Almirante Reis.



¹ Cf. PEREIRA, Denise, *ob cit.*, p. "Cebola mantinha um consultório privado no mesmo prédio onde habitava com a sua família – o número 67 da Avenida Almirante Reis– e um outro na Rua Augusta".



Exemplar da Casa de Saúde do Telhal, fotos da autora

Identificado como "*Livro de estudo destinado ao Curso da Escola de Enfermagem no Manicómio do Telhal*". Anotemos que a data de publicação é 1932, anterior à criação oficial da Escola. De acordo com os registos, em 1931 a Casa de Saúde do Telhal passou a ter mais um médico (além de Luís Cebola), Meira de Carvalho, que dava aulas de Higiene e Anatomia aos Irmãos. No texto da apresentação, lemos:

"Desde que a assistência aos alienados começou a fazer-se no sentido rigorosamente científico, tornou-se necessário instruir os enfermeiros - masculinos e femininos - por serem os melhores colaboradores do médico dentro do campo da clínica psiquiátrica. Procedi, assim, elaborando um livro de estudo, baseado na minha longa prática de muitos anos, livro que destinei ao Curso da Escola de Enfermagem que eu dirijo no Manicómio do Telhal. Não tendo aparecido até hoje obra do mesmo assunto, resolvi agora publicá-lo, dando à exposição uma forma tanto que possível, clara e concisa. A primeira parte encerra noções elementares de anatomia, fisiologia, pequena cirurgia higiene e farmácia; e a segunda parte, conhecimentos técnicos indispensáveis a quem presta serviço de

enfermagem a doentes de mentalidade mórbida quer no hospital, quer no domicílio. Lisboa, março de 1932. Luís Cebola"

Salientam-se dois aspectos:

(1) "*livro de estudo, baseado na minha longa prática de muitos anos*" - o que não deixa de ser afirmação curiosa num psiquiatra de formação positivista, valorizando a ciência, assim relevar a prática; (2) "*Não tendo aparecido até hoje obra do mesmo assunto, resolvi agora publicá-lo*" - anote-se que o ensino da enfermagem psiquiátrica teve o seu início em Portugal em 1911, com pouco tempo de diferença, no Hospital Conde Ferreira e no Hospital Miguel Bombarda ¹. José Botelho refere que, à admissão no hospital psiquiátrico era facultado "um curso sumário, a realizar nos próprios estabelecimentos que os admitiam"².

Não identificamos manuais anteriores e, como o próprio autor afirma, não existia manual para enfermeiros de assistência psiquiátrica. Assim, o livro «Enfermagem de alienados» foi verdadeiramente o primeiro livro de Enfermagem Psiquiátrica em Portugal.

3.O livro - estrutura e conteúdos

O livro tem duas partes - «Parte Geral» e «Parte Especial».

Na *parte geral*, cinco capítulos sobre anatomia, fisiologia, pequena cirurgia, higiene e farmácia. Nos tópicos da pequena cirurgia, enuncia preliminares do penso, preceitos a cumprir no penso, ligaduras e fundas, punção lombar, injeções, irrigações, lavagens, colírio e pensos dos olhos, cateterismo da uretra e lavagem da bexiga, ventosas, sangrias, cauterização, vacinação, maçagem, hemorragias, entorses, luxações e fracturas, como proceder antes, durante e depois do parto e intervenções cirúrgicas. No capítulo da Higiene, abordou a higiene geral, higiene especial, polícia sanitária e higiene internacional. Na farmácia, as espécies farmacêuticas, formas farmacêuticas e posologia.

Na parte especial, começa com "Definição de alienado e qualidades do enfermeiro". "Alienado é um individuo que manifesta perturbações mentais, em regra de carácter anti-social" (p. 133). Considera que

"a prática, o bom senso e até a conveniência do alienado e da família impõem o seu internamento, o mais cedo possível, numa casa de saúde ou hospital adequado. Só nesses estabelecimentos psiquiátricos existem as condições favoráveis à cura ou, pelo menos, às suas melhoras. Assistir a um alienado é dedicar-lhe atenção e cuidados, como se êle fôsse um doente vulgar. Convem não esquecer que muitos alienados reparam no porte e maneiras do enfermeiro. Êste necessita, por conseguinte, de se lhes mostrar asseado, correto e dócil. Todavia, em certos casos, torna-se-lhe indispensável ser firme, para vencer a resistência do doente, depois de esgotadas todas as palavras persuasivas e os gestos carinhosos. Mêsmo, ao ser agredido, deve dominá-lo sem violência. O sangue-frio e a boa educação excluem, por inútil e contraproducente, a brutalidade. Também uma das grandes qualidades do enfermeiro é

¹ O Diário do Governo n.º 158/1911, de **10 de julho de 1911**, aprovou o regulamento dos serviços técnicos e administrativos do manicomio do Conde de Ferreira, tendo os artigos 43 e 44 estabelecido relativamente ao «Curso de enfermagem», com dois trimestres. O Diário do Governo, n.º 194/1911, de **21 agosto de 1911**, aprovou o regulamento dos serviços técnicos e administrativos do Manicómio Bombarda, tendo os mesmos artigos 43 e 44.

² BOTEELHO, José Rodrigues - História da enfermagem psiquiátrica em Portugal. Dissertação de provas públicas para Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Lisboa: [s.n.], 1996, p. 48.

ser observador. Durante o serviço, exercendo a devida vigilância, pode evitar cenas desagradáveis e actos perigosos e registar notas importantes que, depois, fornecerá ao médico. Finalmente, cumpre-lhe ser obediente aos superiores, pondo em execução as suas ordens, e discreto, não dando a estranhos informes que prejudiquem o doente ou as famílias." (p. 133-134).

Em síntese, nas qualidades do enfermeiro incluem-se: dedicar atenção e cuidados ao alienado como se fosse um doente vulgar; ter cuidado com o porte e maneiras. Apresentar-se asseado, correto e dócil, firme, dotado de sangue-frio e boa educação. Ser observador, exercer vigilância antecipatória, registar as ocorrências. Ser obediente e discreto.

Nos capítulos seguintes, discorre sobre "como levar o doente do domicílio ao hospital", "no ingresso do doente", as designações (próximo da ideia de categorias) do "Pessoal de enfermagem". O percurso do texto é, de alguma forma, semelhante ao percurso de um doente.

Procede a uma distribuição dos alienados conforme as "tendências e reações dos doentes pelos informes da entrada e pelo exame do médico", formando-se três grupos: Agitados, Tranquilos e Imundos. "Nos mais importantes estabelecimentos de alienados existem ainda outras divisões: semi-tranquilos, epilépticos e histéricos, criminosos, infecto-contagiosos e trabalhadores." (querendo com estes últimos dizer respeito aos que estavam nas colónias agrícolas).

Esta tipologia - "agitados, tranquilos, imundos" -, correspondendo a uma evidência sintomática, tinha uma finalidade funcional e, naturalmente, organizacional. Dedicou um capítulo a cada grupo.

Em «a divisão dos agitados», dá especial atenção aos meios de contenção, ao comportamento a ter ao dominar um doente e à colocação (exemplificada com fotografias) do *colete de forças* (p. 139-141) e o vestir do *fato-macaco*.

«Na divisão dos tranquilos» refere a clinoterapia - permanência no leito, reforça a necessidade de vigilância e recomenda que o enfermeiro "nem um instante abandonará os alienados que manifestem ideias de suicídio".

«Na divisão dos imundos», designação dada aos "alienados que habitual se sujaram de fezes e urina" (p. 149), em que o enfermeiro desenvolve medidas "contra o triste e repugnante espectáculo da imundície". Aponta o risco e o tratamento de escaras, o que parece ser um dado relevante, considerando a preocupação com a integridade cutânea.

Autonomiza referências aos cuidados a «epilépticos e histéricos», «alcólicos e morfímanos», «ocorrências graves» em que inclui a automutilação (p. 159) e a introdução de corpos estranhos; «Hidroterapia», «Regimes alimentares», «No refeitório», «Escritos, desenhos e objetos manufacturados», «Passeios, jogos, leituras e outras diversões», «Levantar e deitar», «Vigilância nocturna», «Barba e cabelo», «Visitas», «Transferências», «Agonia e morte».

Quanto a alguns tratamentos, distingue entre laxantes e purgantes, diferindo na intensidade da atuação das substâncias. Indica o Ruibarbo e Maná como laxantes, enquanto classifica o sulfato de sódio, os calomelanos e o óleo de ricino como sendo substâncias purgantes; quanto à hidroterapia, especifica as modalidades de terapia pela água: banhos, duches e loções.

No caso de um doente agitado, prescreveria um banho de longa duração – duas a quatro horas – à temperatura de trinta e cinco graus. Durante este banho o doente teria a cabeça

coberta com uma toalha molhada previamente em água gelada. Referiu a frequência do duche escocês – onde se alternava água fria com água quente – de curta duração, cuja aplicação deveria ser efetuada em jejum. Os banhos tépidos eram aplicados aos doentes agitados, os duches frios eram recomendados a deprimidos, enquanto os duches escoceses se demonstravam eficazes em tratamento de pacientes histéricos e melancólicos.

A ergoterapia, a alimentação sadia, a limpeza das instalações, a higienização dos espaços e das roupas, os tratamentos de banhos de água fria e quente, aparecem reforçados ao longo do manual. Os três últimos tópicos do livro dizem respeito a «Funções do enfermeiro-fiscal geral», «Funções do enfermeiro-chefe de divisão» e «modelos das principais folhas de serviço».

Luís Cebola aconselhou os enfermeiros a recolher e guardar todos os escritos, desenhos ou pinturas realizados pelos doentes, sugerindo que lhes fosse fornecido todo o material necessário para que se pudessem dedicar à atividade expressiva e artística, caso desejassem. "Guarda quaisquer escritos, desenhos, pinturas ou objectos manufacturados pelos alienados mesmo que insignificantes lhe pareçam, para os mostrar ao médico. Não havendo contra-ordem pôr sempre à disposição dos doentes que tenham manifestado tendência a escrever, a desenhar ou a pintar, os meios próprios para a realização dos documentos, susceptíveis de enriquecer o respectivo Museu".

O museu ergoterápico do Telhal foi uma forte aspiração de Luís Cebola - "o estudo dos escritos e desenhos dos alienados têm alta importância - como especulação científica, rasgando aos mentalistas novos horizontes; como subsídio clínico, dando muitas vezes um sinal ecográfico, estereotípico literal, verbal ou gramatical, a cheva dum diagnóstico; como esclarecimento precioso e quiçá definitivo, quando se esbatem questões emaranhadas de medicina forense; e até como base da crítica de arte e do julgamento seguro dos personagens que vincaram soberanamente os traços psicológicos duma época."¹

4.A Casa, o Curso e a Escola

O Pe. Bento Menni, Irmão da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, comprou a Quinta do Telhal em 1893 - "foi o fundador quer da Casa de Saúde do Telhal, em 1893, quer, no ano seguinte, da Casa de Saúde da Idanha, para assistir mulheres"².

A nomeação de Luís Cebola para Director Clínico do Telhal ocorreu logo após a implantação da República e a expulsão das Ordens Religiosas do país. No dia 15 de Outubro, Afonso Costa visitou as Casas de Saúde do Telhal e da Idanha e, para surpresa de muita gente, não expulsou os Irmãos de S. João de Deus nem as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - decretou algumas regras (como a privação do hábito) e nomeou um Director clínico da confiança do regime.

Aires Gameiro afirmou que Luís Cebola, em 1925, propôs à Direcção da Casa de Saúde do Telhal, a criação da Escola de Enfermagem para melhorar os serviços de assistência e do curso de enfermagem psiquiátrica, "fornecendo aos Irmãos Hospitaleiros noções de anatomia, fisiologia, pequena cirurgia, farmacologia, higiene e psicopatologia" e ilustrando a técnica da assistência, "fundamentada nos princípios científicos". Para o curso escreveu o livro *Enfermagem de Alienados*. "Desta arte, se conjugam a teoria e a prática em benefício de todos os doentes, sem distinção de classes".

Os Irmãos frequentavam o curso de enfermagem geral na escola da Casa de Saúde do Telhal e submetiam-se a exame oficial na Escola de Enfermagem Artur Ravana. O curso de

¹ CEBOLA, Luís - *Almas Delirantes*. Lisboa: Comercial Gráfica, 1925, p. 114.

² GAMEIRO, Aires; CORREIA, Manuel; BORGES, Augusto Moutinho - *A Casa de Saúde do Telhal na História da psicocirurgia: Ideias, espaços, práticas e protagonistas*. In ROLLO, Maria Fernanda; NUNES, Maria de Fátima; PINA, Madalena Esperança (Coord.) *Espaços e Actores da Ciência em Portugal (XVIII-XX)*, 2014, ISBN 978-989-658-274-6, págs. 79-88 (citação da p. 79).

enfermagem psiquiátrica era destinado aos Irmãos que tivessem realizado o curso geral, com aulas às segundas e sextas-feira, sendo depois "distribuídas as lições paleografadas"¹.

Em 1936, foi criada a Escola de Enfermagem na Casa de Saúde do Telhal, oficialmente reconhecida em 1939, sob a designação "Escola de Enfermagem S. João de Deus", tendo sido referida a existência de um curso² com os exames realizados na Escola de Enfermagem Artur Ravara³.

5. Anotações sobre o contexto da época

O ano de 1932 estava no início quando a obra foi publicada. Admitamos que foi sendo escrita algum tempo antes - aqui, será uma métrica difícil, ajuizando a produção⁴ de Luíz Cebola, até à data, e a escrita de artigos de divulgação para jornais e revistas. O nosso primeiro hospital para assistir alienados tinha sido fundado em 1848. Quer se trate de doenças com evolução lenta ou rápida, o hospital de alienados é o local onde se reproduzem os efeitos da degeneração progressiva.

Miguel Bombarda entendia ser necessária uma escola de Enfermagem e a ausência de ensino oficial da especialidade levou-o a projectar um curso livre de psiquiatria que se concretizou em 1896, ano em que também se iniciaram as consultas externas. A sua obra⁵ a favor da humanização do hospital foi considerada notável, tinha projectos⁶ de expansão para o hospital e o facto de ser reconhecido potenciou que conseguisse trazer "os doentes "alienados" da obscuridade para a praça pública, criando em torno deles uma questão não só médica como também social"⁷. Orientou, entre outros, Luíz Cebola na sua tese inaugural.

¹ *Hospitalidade*, Crónica Trimestral dos Irmãos de São João de Deus em Portugal, 4, 1936, p. 8.

² De acordo com carta assinada pelo Irmão Cândido (responsável pela Escola desde o seu início), em 1933 o curso de Enfermagem foi iniciado com 16 religiosos que, em 1936, foram prestar provas, como externos, à Escola de Enfermagem Artur Ravara.

³ De acordo com Meira de Carvalho, primeiro professor da Escola de Enfermagem («Memória histórica sobre a Escola de Enfermagem na Casa de Saúde do Telhal». In *No 75º aniversário da fundação da Casa de Saúde do Telhal*. pp. 93-97), começou a dar aulas de *Higiene e Anatomia*, em grupos reduzidos e aulas individuais, "até que nasceu o 1º Curso em 1936" (p. 95). Outra fonte (Aires Gameiro - *Casa de Saúde do Telhal: 1º centenário 1893-1993*. Telhal: Editorial Hospitalidade. 1993) aponta 1936 como a primeira edição da Escola de Enfermagem.

⁴ Publicara, em 1905, *Canções da vida*; em 1925, *Almas delirantes*; no ano seguinte, *Historia dum louco*. Analisada sob o aspecto psico-clínico (1926). Em 1932, *Psiquiatria social*, crónicas de "vulgarização científica", muitas publicadas no *Diário de Notícias*.

De 1932, *Sonetos e sonetinhos e Enfermagem de alienados*.

Em 1940, publicaria *Psiquiatria clínica e forense* e em 1945, duas obras: *As grandes crises do homem: ensaio de psicopatologia individual e colectiva* e *Os novos messias: análise psicopatológica de Hitler e Mussolini*, e, em 1948, *Ronda sentimental*.

Aposentado da Casa de Saúde do Telhal, em 1949, seguiram-se *Musa feiticeira* (1951), *Democracia Integral: Origem e Evolução* (1951), *Últimos sonetos* (1953), *Cartas a um advogado provinciano* (1954), *Estado Novo e República* (1955), *Patografia de Antero de Quental* (1955), *Quando descí ao inferno: contos psicopatológicos* (1956), *Atrás do sol* (1957), *Memórias de este e do outro mundo* (1957), *Clero, nobreza e povo* (1959), *Por terras de Espanha e França* (1959), *Diálogo com uma desconhecida* (1959) e *O homem livre na terra livre* (1964).

⁵ Cf. CID, Sobral - *O Professor Miguel Bombarda*, Lisboa: s.e., 1925. Acerca das próprias concepções de Bombarda, ver *Lições de Psiquiatria* (Lisboa: Empresa de Publicações Populares, 1916) e *Medicina Contemporânea* (revista publicada sob a sua direcção, dos vol. I -1883 ao volume XVII - 1899). PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui (Edit.) - *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910*. 1º Congresso Internacional de Cultura Humanística-Científica Portuguesa Contemporânea. Coimbra: [s.n.]. 207 p. ISBN 978-989-26-0362-9.

⁶ Entre estes projectos, estava a compra da Quinta do Borba, que envolvia o hospital por dois lados da cerca e a anexação do Hospital de Santa Marta, para população incurável do sexo masculino (e reservando Rilhafoles para os doentes do sexo feminino).

⁷ PINA, Ana Maria - *O processo de afirmação da Psiquiatria em Portugal na transição para o século XX*. Actas I Congresso de História Contemporânea, p. 183

A 3 de Outubro de 1910, "foi alvejado com três tiros por um antigo doente seu (...) pediu que não lhe fizessem mal porque era um louco, e por isso sem consciência da dimensão dos seus atos"¹.

A Psiquiatria emergiu no início do século XX (o 1º Congresso de Psiquiatria data de 1909, em França) e, em Portugal, a sua autonomização e a difusão da "teoria da degenerescência", nasceu sob o impulso monista de Miguel Bombarda, spenceriano de António de Sena e, depois, comteano-spenceriano de Júlio de Matos.

No início do século XX, os republicanos, influenciados pelo positivismo comtiano, acreditavam que uma nova era de organização social e desenvolvimento do potencial humano se organizaria tendo por base o conhecimento científico, a par com a crença nacionalista e a prevalência do Estado-Nação republicano. Notemos que os psiquiatras² da época tiveram papel relevante na preparação da revolução e na divulgação das ideias positivistas. O período histórico da I República (1910-1926) foi particularmente relevante para a institucionalização e desenvolvimento da psiquiatria.

Júlio Xavier de Matos³ foi responsável pela preparação do decreto de 13 de Maio de 1911 pelo Governo Provisório, a lei da *Assistência aos Alienados*. No preâmbulo, faz o diagnóstico da situação dos alienados em Portugal, a começar pela contestação do último censo da população que revelava a existência de 6.600 alienados:

"Há, porém, sobejas razões para crer que este número está muito aquém da verdade. Uma estatística feita em 1883 pelo professor António Maria de Sena e publicada n'Os alienados em Portugal, denunciava então, apesar de confessadamente incompleta, 8:000 loucos. Ora, tendo-se tornado a vida portuguesa indiscutivelmente mais difícil e penosa, nos últimos 28 anos, não é de modo nenhum provável que aquelle número baixasse; ao contrário, deve supor-se que os doentes apurados em 1883, vivendo em liberdade e reproduzindo-se, ao menos em parte, tenham dado origem, mercê das inflexíveis leis da hereditariedade morbida, a um número considerável de novos alienados. Por outro lado, o alcoolismo, que há 28 anos era ainda entre nós uma intoxicação muito rara, tem-se, desde então, acentuado progressivamente."⁴

O decreto de 1911 previa admissões voluntárias e autorizava a hospitalização, em asilo psiquiátrico ou manicómio, caso se apresentassem dois atestados médicos confirmando a psicopatologia. Validava a Psiquiatria, enquanto especialidade médica e regulava as atribuições do pessoal técnico e administrativo. Os enfermeiros também tiveram regulamentadas as suas atribuições.

Havia, nesta altura, quatro instituições de doentes mentais: duas oficiais (Manicómio Bombarda e o Hospital Conde Ferreira) e duas da responsabilidade da Ordem de S. João de Deus (Casa de Saúde do Telhal e a Casa de Saúde da Idanha). Pouco depois foi criado o

¹ PIRES, Ana - "Chamem o José Bernardo!" Uma evocação histórica em cinco atos. *Pensar Enfermagem*, vol. 18, n.º 1 (2014) p. 40-48.

² Miguel Bombarda (1851-1910), Júlio de Matos (1856-1922), Egas Moniz (1851-1955), António Maria de Bettencourt Rodrigues (1854-1933), Sobral Cid (1877-1941) e Luís Cebola (1876-1967).

³ Cf. PEREIRA, Ana Leonor - Júlio de Matos: a ciência e a política. In *Psiquiatria Clínica*, 4:1 (1983), p. 49-56; PEREIRA, Ana Leonor - A institucionalização da loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 1986, p. 85-100; FERREIRA, Tânia Sofia - Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal. Dissertação de Mestrado em História Contemporânea. Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2017.

⁴ Preâmbulo do Decreto de Lei nº111, 13 de Maio de 1911.

ensino oficial de psiquiatria em Lisboa (no Hospital de Rilhafoles, agora designado Manicómio Bombarda), no Porto (no Hospital Conde Ferreira) e em Coimbra (no Hospital da Universidade de Coimbra), sendo os «manicómios de ensino» também designados clínicas psiquiátricas, anexados às Faculdades de Medicina como complemento para o ensino da Psiquiatria ¹.

Ou seja, até 1911, com a criação das Faculdades de Medicina, em Lisboa, Coimbra e Porto, resultante da reforma do ensino médico de 2 de Fevereiro de 1911, o ensino da Psiquiatria era realizado através de cursos livres², não existindo enquanto especialidade médica. No respeitante à enfermagem psiquiátrica, o decreto de 22 de Fevereiro de 1911 tinha criado, meses antes, um curso para enfermeiros e ajudantes, no Manicómio Bombarda - este curso tinha 2 trimestres, o primeiro dedicado a aspectos gerais (Pequena cirurgia, Medicina e Higiene elementar) e o segundo aos cuidados especiais (aos “alienados e nevropatas”). Como habitualmente, este decreto³ regulamentou as responsabilidades dos enfermeiros, guardas e serventes.

Assim, a regulamentação do curso de enfermagem psiquiátrica em fevereiro e o ensino oficial da psiquiatria em maio, datam ambas do mesmo ano, 1911.

A fragilidade do Estado republicano duraria de 5 de Outubro de 1910 a 28 de Maio de 1926, com uma laicização progressiva nos primeiros tempos e uma busca sem sucesso do desenvolvimento económico. O período de transição da ditadura militar para o regime salazarista (de 1926 a 1933-34) foi já considerado ⁴ como um dos mais agitados e complexos da nossa história deste século.

Em Junho de 1932, depois de inúmeros conflitos e revoltas, António Salazar assumiu a chefia do Governo, operando-se a passagem da ditadura militar para um regime civil.

Nos anos 30, Portugal era “uma sociedade periférica, dependente, com peso predominante da agricultura, cujas classes dominantes eram largamente marcadas pela importância económica e política dos sectores agrários/rentistas e do comércio internacional/colonial e com uma burguesia industrial em emergência, ainda débil.”⁵

"A psiquiatria portuguesa, muito marcada nos seus inícios pelo positivismo de Comte, e pela teoria da degeneração, defendida pelos psiquiatras franceses, Benedict Morel (1809-1873) e Valentin Magnan (1835-1916), começaria a seguir, a partir dos anos vinte, uma orientação muito mais focada na herança genética e na classificação nosológica proposta pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926), que estabeleceu as bases da classificação psiquiátrica moderna, insistindo na importância da observação e experimentação no estudo das doenças mentais. As obras publicadas por José de Matos Sobral Cid, na década de vinte,

¹ Pina, Madalena Esperança - As faculdades de Medicina na I República. In *Corpo, Estado, Medicina e Sociedade em tempo da I República*, p. 30-37.

² Bettencourt Rodrigues (1854-1933) iniciou um curso livre em Lisboa, em 1887, no Hospital de Rilhafoles, e em 1890, no Porto, Magalhães Lemos (1855-1931) iniciou um curso semelhante no Hospital do Conde de Ferreira. Cf. RELVAS, João - Ensino da Psiquiatria em Portugal Breve nota histórica. *Revista da Ordem dos Médicos*, fevereiro/março 2001, p. 12-14.

³ Cf. Regulamento dos Serviços Técnicos e Administrativos do Manicómio Bombarda. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia, 1916. Decreto 22 de Fevereiro de 1911, artº 43.

⁴ REIS, António - «Portugal no século XX: a difícil conquista da Democracia» In *História Universal*. Tomo IV. Mem-Martins: Círculo de Leitores, 1989. A ditadura militar balança entre “duas orientações: a que a encara como um mero interregno de forma a operar o saneamento da vida política e administrativa (...) e a que pretende avançar no sentido de um novo regime, dotado de instituições fortes e autoritárias” (p. 253).

⁵ *Ib.* p. 243.

expunham as ideias, oriundas da Alemanha, bem como de Viena e de Zurique, com os trabalhos de Sigmund Freud (1856-1939) e Eugen Bleuler (1857-1939) sobre psicanálise e esquizofrenia, respetivamente. " ¹

Como seria natural, os tratamentos tiveram um percurso desde o isolamento ao tratamento pela malária (1917), ao electrochoque (1930), à psicocirurgia e aos psicofármacos (o primeiro neuroléptico apareceu em 1952²).

Em 1942, foi inaugurado o Hospital Júlio de Matos, instituindo uma “*revolução psiquiátrica*” pelo seu regime aberto e um novo ambiente terapêutico, chegando a ser considerado hospital-modelo. Para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi um ano relevante pela inauguração do hospital, e, especialmente, pela vinda de um grupo de enfermeiros suíços³ para organizar o serviço de Ergoterapia e um Centro de Formação de Enfermeiros Psiquiátricos. Ou seja, possibilitou-se outro tipo de formação ⁴ específica que funcionou em várias instituições até ao final da década de sessenta ⁵.

Em 1952 foram criados⁶ os cursos de Especialização em Enfermagem, entre os quais o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Estava aberto o caminho que conduziria a posteriores iniciativas⁷ na área da Saúde Mental e da Psiquiatria.

Se, no século XIX, a tríade socialmente mais perigosa era a tuberculose, o alcoolismo e a sífilis⁸, as duas últimas colocavam a alienação mental no seio de uma problemática social, fazendo emergir uma antropologia implícita de culpabilidade e distanciação. A assistência é tida como um dos primeiros deveres sociais e terá uma concepção simultaneamente social e moral, envolvendo avaliação de condutas e a criação de um vazio em redor dos “loucos”. Naturalmente, o abandono dos alienados não é apenas fruto do conceito que deles faz a sociedade mas tem muito a ver com as leis existentes no país.

¹ PEREIRA, José Morgado, “A Psiquiatria no Tempo da I República” in *Corpo: Estado, medicina e Sociedade no tempo da I República*, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 2010, p. 132.

² Trata-se da Clorpromazina, usada nas psicoses. Cinco anos depois, surgiu a Imipramina (usado nas depressões) e começou a utilizar-se o Lítio como preventivo nas psicoses maníaco-depressivas.

³ O Decreto-lei n.º 31:914 de 12 de Março de 1942, autoriza a abertura progressiva de serviços, reconhecendo que a extensão do internamento “depende da conveniente preparação de pessoal assistente e dos recursos económicos postos ao seu dispor, pois não basta recolher doentes mas é indispensável prestar-lhes os cuidados reclamados pelos deveres de humanidade e pelas exigências da ciência médica. Não fica mal reconhecer que nos têm faltado escolas de Enfermagem capazes de satisfazer a formação de pessoal idóneo para esta e outras modalidades de assistência” (p. 231, sublinhado nosso) e autoriza a contratar “dois grupos de enfermeiras e enfermeiros de nacionalidade suíça, que virão iniciar os serviços da clínica psiquiátrica e junto dos quais poderá funcionar, desde logo, um estágio para enfermeiras e enfermeiros portugueses”. Foram contratados 7 enfermeiras e 7 enfermeiros, especializados no tratamento de doenças mentais, por um “período não inferior a um ano” (art.º 3.º). Esta decisão é concorde com o Decreto lei n.º 31:345 que autorizava a “recorrer a pessoal de Enfermagem estrangeiro, especializados em hospitais providos da melhor técnica e a cujo contacto pudessem vir a suscitar-se ou aperfeiçoar-se as melhores vocações nacionais”.

⁴ “O curso tinha dois anos de duração (...) além dos conhecimentos gerais de psiquiatria e do ensino das mais modernas técnicas terapêuticas, são ministrados aos alunos em semestres sucessivos lições de anatomia, fisiologia, patologia, higiene e profilaxia médica, psicologia e cultura geral, assistência social, higiene mental, etc. na formação destes enfermeiros colaboraram os enfermeiros e enfermeiras que, com tal finalidade, vieram da Suíça”. (Botelho, 1996, p.57).

⁵ Funcionaram nos Hospitais Júlio de Matos, em Lisboa, Sobral Cid, em Coimbra, e Conde Ferreira, no Porto, até 1968, altura em que foi criada (Portaria n.º 23335 de 25 de Abril de 1968) a Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa, Porto e Coimbra, que apenas funcionou em Lisboa, a partir de 1969.

⁶ Decreto-lei n.º 38884 - Diário do Governo. I Série, 22 de Agosto de 1952.

⁷ Em 1958 foi criado o Instituto Assistência Pública (Decreto-lei n.º 41759 de 25 de Julho de 1958) e em 1963 (Lei 2118/63 de 3 de Abril) foram promulgadas as bases para a promoção da Saúde Mental.

⁸ Cf. Acris, Elias Barmel - Um caso de sífilis cerebral. Lisboa: Edição de autor, 1918; Cravo, João - Das doenças venéreas à alienação mental. Da Sífilis à loucura. Coimbra, trabalho policopiado, 1988.

6. Manuais de Enfermagem e de Enfermagem Psiquiátrica

Considerando as fontes primárias, bem como um artigo de Isabel Soares sobre alguns manuais de enfermagem, isto é, que "explicitamente se destinam aos enfermeiros, para lhes servir de instrução, orientação e guia, para o estudo, nos cursos de enfermagem"¹, algumas teses de mestrado² e doutoramento³, podemos sequenciar rapidamente os manuais até então conhecidos, até ao final da década de 30 do século XX.

1) ***Luz da Medicina, Prática, Racional e Metódica. Guia dos Enfermeiros. Directorio de Principiantes***⁴ de Francisco Morato Roma com 1ª edição de 1664 e oito edições subsequentes, a última das quais em 1753, em Coimbra;

2) ***Postilla religiosa e arte de enfermeiros: Guarnecida com eruditos conceitos de diversos authores, facundos, moraes, e escriturarios*** de Frei Diogo Santiago, religioso da Ordem de S. João de Deus, publicada em 1741; durante muito tempo tido como o primeiro manual destinado a enfermeiros;

3) ***Instrução de enfermeiros, e consolação para os afligidos enférmos: e verdadeira pratica de como se devem aplicar os remedios que os médicos ordenão, muito necessaria para que os enfermos fiquem bem curados e proveitosa aos praticantes de Medicina***⁵ publicado em 1747, sem indicação de autor mas com referência a Bernardino de Obregon; curiosamente, a parte que respeita à enfermagem é muito semelhante (praticamente igual) à da *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*;

4) ***Manual para o Curso de Enfermeiros do Hospital Geral de Santo António da Misericórdia do Porto***, de 1896, de Evaristo Gomes Saraiva, professor do curso de enfermeiros do Hospital Geral de Santo António, Porto, Oficina Typographica, e que teve nova edição em 1904; indica no prefácio que se socorreu do *Manual do enfermeiro*⁶ do Dr. Bourneville, procurando adaptar ao programa oficial da escola;

5) ***Enfermagem de crianças***, escrito por Júlio Cardoso, médico do Dispensário das Crianças Pobres do Porto, em 1930;

Até aqui, nenhuma especificidade⁷ da Enfermagem de alienados ou de assistência psiquiátrica.

¹ SOARES, Isabel - Notícia sobre alguns manuais de enfermagem In: *Enfermagem*. - Lisboa. - ISSN 0871-0775. - S. 2, nº 1 (Jan./Mar. 1996), p. 43-52.

² NUNES, Lucília - Um olhar sobre o ombro. História da Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusodidacta, 2003.

³ MACHADO, Maria do Rosário - A divulgação do conhecimento em periódicos de enfermagem e a evolução da profissão em Portugal, no século XX e início do século XXI. Tese de doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, 2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/20698>.

SILVA, Helena - Do curandeiro ao diplomado: história da profissão de enfermagem em Portugal (1886-1955). Tese de Doutoramento em História, Área de Conhecimento Idade Contemporânea. Universidade do Minho, 2010. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11627>

⁴ FREITAS, António; NUNES, Lucília - Para os enfermeiros do século XVII: *Luz da Medicina, Prática, Racional e Metódica. Guia dos Enfermeiros. Directorio de Principiantes*. Livro de Atas do III Simpósio Internacional da AANHE e I Simpósio de História de Enfermagem da ESEnFC. *Revista Referência*, Suplemento ao nº 15 (2017) p. 79-83.

Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25798/1/Livro_de_Atás_-_AF_LN2.pdf

⁵ Cópia pública digitalizada, Biblioteca Nacional de Portugal. Disponível em <http://purl.pt/29458>

⁶ MAGLOIRE, Bourneville Desire - Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière. Obra em 5 tomos, sete edições entre 1878 e 1903. (Cf. DIEBOLT, Evelyne; Fouché, Nicole - Devenir infirmière en France: une histoire atlantique? 1854-1938. Editions Publibook Université, 1970).

⁷ Havia três manuais (dois traduzidos) traduções em uso: **a)** The care of the sick at home and in the hospital : a handbook for families and nurses de Theodore Biloeth, publicado em 1890 e que aparece em Portugal em 1903, Tratamento dos doentes em casa e no hospital. Manual para as famílias e enfermeiras, traduzido por Alberto Telles e publicado em Lisboa, Tipografia Ricardo de Souza & Salles; **b)** Manuel de L'Infirmière Hospitalière editado pela Croix Rouge Française e Union des Femmes de France, publicado em 1906 e registando-se, em Portugal, em 1915; **c)** O Livro da Enfermeira. Livro da Enfermeira. Guia dos primeiros socorros em casa, nos hospitais e na guerra, de J. Haring, traduzido e publicado pela Magalhães e Moniz, Porto, 1916;

- 6) **Enfermagem de alienados**, escrito por José Luiz Cebola, sendo editor Gomes de Carvalho, publicado em 1932.
- 7) **Apontamentos das lições de Psiquiatria**, Fernando Ilharco, 1934; versão fac-simile publicada em 2006, pela Imprensa da Universidade de Coimbra;
- 8) **Pequeno Manual de Enfermagem e Higiene e Assistência Infantil**, de João Leitão, publicado em 1935, na Tipografia das Missões Franciscanas;
- 9) **Manual del Enfermero para pacientes nerviosos y mentales**, Salvat Editores, Barcelona, 1936; em 1940, a revista *Hospitalidade*¹ iniciou a sua publicação, em rubricas sucessivas, traduzindo-o para a língua portuguesa;
- 10) **Moral profissional da Enfermeira. Adaptação de obras congéneres**, de Isabel D'Orey, publicado pela Sá da Costa em 1937.

Conclusões

Os manuais de enfermagem psiquiátrica não aparecem senão nos anos 30 - o primeiro dos quais de Luís Cebola, **Enfermagem de Alienados**, de 1932.

À época, em período final da ditadura militar e, de acordo com Barahona Fernandes², no quarto período da psiquiatria em Portugal, começara a valorizar-se a Enfermagem psiquiátrica - a concepção do ser humano, doente mental, decorrerá da veiculada³ pelos especialistas da psiquiatria. De acordo com uma perspectiva diacrónica, poderemos verificar a passagem do louco ao doente, o “temível louco transformado num enfermo corrente, um ser humano”⁴. Subjacente, detecta-se transição lenta de uma valorização sócio-cultural da loucura para o conhecimento da fisiopatologia como fundamento da doença mental.

Anotemos, de forma conclusiva, a extraordinária visão de Luís Cebola, à frente da sua época, mormente no que diz respeito à ergoterapia e à consideração e cortesia, humanismo e delicadeza com que deviam ser tratados os alienados.

Bibliografia

BORGES, Augusto Moutinho; CARDOSO, Ana Mateus; D'OLIVEIRA, Fernando; GAMEIRO, Aires — *Um Republicano no Convento*. Cadernos do CEIS20 [Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX], 13. Coimbra: CEIS20, 2009, pp. 27-28.

¹ Cf. *Hospitalidade*, Tomo II, Ano IV, 4º Vol. (1940).

² Barahona Fernandes, na sua obra *A Psiquiatria em Portugal* (1984), dividia a história da psiquiatria portuguesa em seis períodos: **1º**, Fundação em 1848 do Hospital de Rilhafoles, o primeiro hospital do país exclusivamente dedicado ao tratamento das doenças mentais, bem como à inauguração do Hospital do Conde de Ferreira no Porto, em 1883; **2º** Progressos efectivados em Rilhafoles, sob a direcção de Miguel Bombarda, a partir de 1892 até ao seu assassinato em 1910, em que Fernandes destacava o fim do uso dos métodos de contenção no tratamento psiquiátrico, e a instituição do “regime de ocupação regrada em trabalhos agrícolas” bem como o papel activo na divulgação das ciências médicas; **3º**, Fundação das primeiras Cátedras de Psiquiatria e de Neurologia, em 1911, nas três Faculdades de Medicina do país, bem como pelo “florescimento da obra de Júlio de Matos”, o autor do manual *Elementos de Psiquiatria* (1911); **4º**, assinalado pela pedagogia de Sobral Cid, regente da cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa desde 1922, privilegiando o tratamento humano dos doentes mentais, i.e. através do estabelecimento de uma relação pessoal, por parte dos médicos e enfermeiros, com o doente, e por uma prática psicoterapêutica; **5º**, inauguração do Hospital de Júlio de Matos, em 1942, instituindo inovações terapêuticas, bem como novas concepções da doença mental, regime aberto de internamento e privilegiando a ergoterapia, o melhoramento do ambiente hospitalar, bem como do espaço exterior circundante, a enfermagem especializada, e a psicoterapia; **6º**, desde a década de cinquenta, evidenciando-se a criação, em 1955, da Cátedra de Psicologia Médica, nas três Faculdades de Medicina do país, bem como a introdução da especialidade da Psiquiatria nos hospitais gerais, o desenvolvimento da investigação clínica, e o surgimento dos psicofármacos.

³ Cf. PICHOT, Pierre - Um século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Roche, 1984; ANTUNES, Manuel dos Reis - A Enfermagem Psiquiátrica em Portugal. Lisboa: 2º Congresso Nacional de Psiquiatria Social, 1986; FERNANDES, Barahona - Organicismo e Psicologismo à luz da terapêutica. Ponto de vista convergente. In *A Medicina Contemporânea*, LXIX, nº 1 (1951).

⁴ *Hospitalidade* (Crónica trimestral dos Irmãos de S. João de Deus em Portugal), Telhal, Ano IV, Tomo II, 4º volume, Nº 12, p. 34.

- BOTELHO, José Rodrigues — *História da enfermagem psiquiátrica em Portugal*. Dissertação de provas públicas para Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Lisboa: [s.n.], 1996, p. 48.
- FREITAS, António; NUNES, Lucília — Para os enfermeiros do século XVII: Luz da Medicina, Prática, Racional e Metódica. Guia dos Enfermeiros. Directorio de Principiantes. Livro de Atas do III Simpósio Internacional da AANHE e I Simpósio de História de Enfermagem da ESEnfC. *Revista Referência*. Suplemento ao nº 15 (2017) p. 79-83.
- GAMEIRO, Aires - Evocação de um médico esquecido, o dr. Luís Cebola - pioneiro da ocupação ergoterápica na Casa de Saúde do Telhal, da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Memória das XX Jornadas de Estudo. *Cadernos de Cultura*. 23 (2009) 126-133.
- GAMEIRO, Aires (coord.) – *Casa de Saúde do Telhal. 1º Centenário (1863-1963) Textos históricos e clínicos*. Mem Martins: Editorial Hospitalidade, 1993.
- NUNES, Lucília - *Um olhar sobre o ombro. História da Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusodidacta, 2003.
- PEREIRA, Denise Maria Borrega — *Visões da Psiquiatria, Doença Mental e República no Trabalho do Psiquiatra Luís Cebola (1876-1967): uma Abordagem Histórica nas Encruzilhadas da Psiquiatria, Ideologia Política e Ficção, em Portugal, na Primeira Metade do Século XX*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutor em História, Filosofia e Património da Ciência e da Tecnologia. Lisboa: UNL, FCT, 2015.
- PEREIRA, José Manuel Morgado — *A Psiquiatria em Portugal Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2015.
- PEREIRA, Ana Leonor, PITA, João Rui (Edit.) — Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910. Coimbra: IUC, 2016.
- PIRES, Ana — “Chamem o José Bernardo!” Uma evocação histórica em cinco atos. *Pensar Enfermagem*. 18:1 (2014) 40-48.
- SOARES, Isabel — Notícia sobre alguns manuais de enfermagem In: *Enfermagem*. 1 (1996) 43-52.

Legislação

- Decreto de Lei nº111, 13 de Maio de 1911.
 Diário do Govêrno n.º 158/1911, de 10 de julho de 1911
 Diário do Governo, nº 194/1911, de 21 agosto de 1911
 Decreto-lei nº 38884 - Diário do Govêrno. I Série, 22 de Agosto de 1952.
 Decreto-lei nº 41759 de 25 de Julho de 1958, cria o Instituto Assistência Pública

EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA PSICOPATIA – DE *MANIE SANS DELIRE* À PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

Antónia Fornelos¹; Ilda Vaz¹; Dulce Maia²; Marta Roque³

Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

¹ Interna de Formação Específica em Psiquiatria; ² Assistente Hospitalar Graduada de

Psiquiatria; ³ Assistente Hospitalar de Psiquiatria

E-mail: antonia__6@hotmail.com; ildavaz25@gmail.com

Resumo

Apesar de ser das Perturbações de Personalidade mais estudadas, é difícil obter uma definição consensual de Psicopatia.

A primeira referência à Psicopatia surge em 1809, por Pinel que designou por *manie sans delire* indivíduos que apresentavam ações atípicas e agressivas. Pritchard, em 1835, foi o primeiro a considerar a influência do meio ambiente no desenvolvimento do psicopata. Em 1888, Koch introduziu o termo *psicopático*, mas só em 1904 Kraepelin definiu pela primeira vez a *personalidade psicopática*.

O livro “*The Mask of sanity*”, publicado por Cleckley em 1941, marca a base da classificação diagnóstica da Psicopatia, descrevendo os traços de personalidade mais comumente associados, posteriormente aprofundados por outros autores, como Robins e Hare.

Em 1980, surge no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais III (DSM-III), o conceito de Perturbação da Personalidade Antissocial como entidade clínica distinta que, apesar das várias reformulações, ainda perdura até aos dias de hoje.

Palavras-chave: Psicopatia; Perturbação da Personalidade Anti-Social; História da Psiquiatria

Abstract

Despite being one of the most studied Personality Disorders, it's difficult to get a consensual definition of Psychopathy.

The first reference about Psychopathy appears in 1809, by Pinel, who defined as *manie sans delire* subjects who showed atypical and aggressive behaviors. Pritchard, in 1835, was the first to consider the influence of the surrounding environment in developing a psychopath.

In 1888, Koch introduced the expression *psychopathic*, but only in 1904 Kraepelin defined for the first time a *psychopathic personality*.

The book “*The Mask of sanity*”, published by Cleckley in 1941, sets the path for the diagnostic classification of Psychopathy, reporting the most commonly personality traits associated, posteriorly thoroughly researched by other authors such Robins and Hare.

In 1980, it's introduced in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM-III), the concept of Antissocial Personality Disorder as a different clinical entity which, despite the various reformulations, still persists today.

Keywords: Psychopathy; Antissocial Personality Disorder; History of Psychiatry

Introdução

No início do século XIX, o termo Psicopatia (derivado do grego *psyché*, “alma” e *pathos*, “sofrimento”), era usado para designar genericamente toda a doença mental. Surgia associado a expressões como *loucos*, *desequilibrados mentais* e *desadaptados*.

Ao longo do tempo, a natureza e a origem da Psicopatia têm sido alvo de intensas controvérsias. É difícil obter uma definição consensual: podemos considerar psicopatas pessoas que, embora sem sintomas de doença mental, comportam-se socialmente de forma anormal. Relativamente à etiologia, há autores que defendem causas puramente orgânicas, enquanto outros destacam a importância das experiências afetivas. Atualmente, sabe-se que a Psicopatia resulta da interação complexa de uma diversidade de fatores.

A Psicopatia é uma das perturbações de personalidade mais estudadas, uma vez que frequentemente está associada a comportamentos violentos e à criminalidade. O objetivo deste trabalho é definir o conceito atual de psicopatia, bem como a sua evolução ao longo da História da Psiquiatria.

Primeiras Abordagens do conceito de Psicopatia

A primeira referência ao conceito de Psicopatia surgiu em 1809, por Pinel, que utilizou o termo *manie sans delire* para designar indivíduos que apresentavam ações atípicas e agressivas, que sofreriam de uma perturbação moral de carácter hereditário.

Esquirol, dando continuidade ao trabalho iniciado por Pinel, introduziu a noção de *monomania instintiva* (monomania homicida, monomania incendiária, entre outras). Também Rush, em 1812, atribuiu a insensibilidade dos psicopatas a um defeito congénito, que no entanto não especificou.

Pritchard, em 1835, foi o primeiro autor a associar a Psicopatia à forte influência do meio e dos fatores ambientais. Para ele, os psicopatas sofriam de *moral insanity*: além da falta de sentimentos, da falta de capacidade de autocontrolo e de falta de senso ético, os seus princípios e valores encontravam-se fortemente pervertidos. Esta concepção de Pritchard levou ao desenvolvimento de escolas educativas e corretivas para jovens com comportamentos desviantes.

Em 1857, Morel referiu-se ao comportamento destes indivíduos como *folie des dégénérés*, isto é, indivíduos que apresentavam sinais de depravação das tendências morais desde tenra idade. Mais tarde, Magnan ampliou este conceito de degeneração, introduzindo a ideia de *desequilíbrio mental*, caracterizado por uma ausência de harmonia entre centros nervosos díspares. Em 1880, também Lombroso, propôs a teoria do *delinquente inato*, sugerindo a existência de uma relação entre a personalidade de um indivíduo e uma tendência inata para o crime.

O criador do termo psicopático foi Koch, em 1888. Este autor definiu como *inferioridades psicopáticas* uma diversidade de anomalias de carácter, devidas tanto a aspetos congénitos como adquiridos, mas que não constituíam uma doença mental no seu sentido mais estrito. Mais tarde, em 1891, aprofundou estas ideias no seu livro intitulado “*As inferioridades psicopáticas*”. Contudo, deveu-se a Kraepelin, em 1904, a introdução pela primeira vez do conceito de *personalidade psicopática*. Segundo este autor, a psicopatia é um campo intermediário entre os estados patológicos manifestos e os estados limite das neuroses. Considerou, então, a psicopatia como “*uma forma frustrada de psicose*” ou “*um desvio na direção normal do desenvolvimento*”, contribuindo para o direcionamento deste conceito rumo ao comportamento antissocial.

Em 1922, Kretschmer defende a existência de um *continuum* entre os conceitos de psicopatia, psicose e normalidade. Em 1930, Partridge, define como *personalidade sociopática* indivíduos que apresentam incapacidade ou falta de vontade para se sujeitarem às leis da sociedade.

Entre 1923 e 1955, destaca-se o papel de Kurt Schneider, que estabelece uma clara distinção entre os conceitos de doença mental e de psicopatia. Para Schneider, era errado definir como doença mental uma perturbação que tem por base traços psíquicos; desta forma, enfatizou a Psicopatia como resultado da interação complexa entre disposição inata e experiências de vida, sendo este um dos pontos mais importantes da contribuição do trabalho deste autor.

As personalidades psicopáticas, segundo Schneider, eram subtipos de personalidades anormais (variações estatísticas da média normal), com a peculiaridade de sofrerem ou

fazerem sofrer a sociedade com a sua anormalidade. À semelhança de Jaspers, fez a distinção entre o anormal positivo (santos, gênios e heróis) e o anormal negativo, onde se incluíam os psicopatas. Tentou, ainda, classificar as personalidades psicopáticas em 10 categorias distintas: hipertímicos, depressivos, inseguros, fanáticos, carentes de valor, lábeis de humor, explosivos, apáticos, abúlicos e asténicos. Contudo, o autor alertou para o facto de estas categorias não serem mutuamente exclusivas, o que podia levar a múltiplas combinações entre elas.

Abordagens Contemporâneas do conceito de Psicopatia

Perspetiva Clínica

Um dos autores que mais contribuiu para a definição atual do conceito de Psicopatia é Hervey Cleckley, com a publicação, em 1941, do livro intitulado *“The Mask of Sanity”*. O título resume a posição central do autor acerca do tema: a Psicopatia como uma forma de doença mental, contudo, sem os típicos sintomas de psicose, o que confere ao psicopata uma falsa aparência de normalidade.

Na sua obra, o autor faz uma descrição clínica detalhada da Psicopatia, relatando como traços mais significativos do psicopata: o encanto superficial e a boa inteligência; a inexistência de alucinações e de manifestações de pensamento irracional; a ausência de nervosismo ou de manifestações neuróticas; ser indigno de confiança; ser mentiroso e insincero; o egocentrismo patológico e a incapacidade para amar; a pobreza geral na maioria das relações afetivas; uma vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada; a ausência de sentimentos de culpa ou de vergonha; a perda específica do *insight*; a incapacidade para seguir qualquer plano de vida; as ameaças de suicídio raramente são cumpridas; a capacidade pobre de julgamento e a incapacidade para aprender com a experiência; os comportamentos extravagantes e pouco recomendáveis, com ou sem ingestão de bebidas alcoólicas; a incapacidade para responder na generalidade das relações interpessoais; a exibição de comportamentos antissociais, sem escrúpulos aparentes.

Para Cleckley, o distúrbio fundamental da psicopatia é a *demência semântica*, isto é, um défice na compreensão dos sentimentos humanos em profundidade, embora a um nível superficial o indivíduo pareça compreendê-los. O psicopata é, então, uma “máquina subtil que mimetiza a personalidade humana; simula emoções; é incapaz de chegar ao sentido de valor; não vivencia o próprio sentimento e, conseqüentemente, não o reconhece no outro”.

A visão clínico-descritiva defendida por Cleckley ainda está em vigor nos dias de hoje, como é possível comprovar através das diferentes classificações psiquiátricas ainda utilizadas. Além disso, os critérios clínicos definidos por este autor estão na base de vários trabalhos e investigações científicas, como por exemplo, na *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), usada para avaliar as perturbações de personalidade.

Outros autores tentaram continuar com o trabalho descritivo iniciado por Cleckley. Em 1964, McCord e McCord realizaram uma extensa revisão da literatura, onde identificaram um conjunto de características que melhor define a Psicopatia. Entre as características essenciais que estarão na base dos comportamentos antissociais, destacam-se a “incapacidade para amar” e a “ausência de sentimentos de culpa”.

Robins, em 1966, realizou uma descrição comportamental da Psicopatia, focada nos aspetos comportamentais, que podem ser diretamente observáveis e mensuráveis (não era, portanto, necessário inferir sobre os processos psicológicos subjacentes).

Também em 1966, Buss tentou distinguir entre sintomas da Psicopatia (relacionados com os comportamentos antissociais) e traços da personalidade.

Perspetiva Psicanalítica

A delimitação clínica da Psicopatia levou ao desenvolvimento de inúmeros trabalhos por parte da Escola Psicanalítica. Numerosos autores psicanalistas estabeleceram uma relação entre os comportamentos psicopáticos e vivências situadas na primeira infância.

Aichhorn, em 1925, foi o primeiro a associar a delinquência juvenil com perturbações nas relações com os pais durante a infância, realçando a importância do fator afetivo na gênese da Psicopatia.

Mais tarde, Anna Freud, desenvolvendo as ideias de Aichhorn relacionadas com as perturbações do vínculo emocional da criança com os pais, associa a Psicopatia a diversos fatores ligados a distúrbios do processo de socialização. Bowlby constatou a importância da privação materna como fator determinante do desenvolvimento do caráter delinquente. Bender concluiu que a privação emocional nos três primeiros anos de idade conduz ao desenvolvimento de Psicopatia. Também Zac assinala como fatores centrais no desenvolvimento da conduta psicopática experiências traumáticas na infância. Alonso-Fernandez defende que a privação afetiva pode fazer de uma criança um psicopata, mesmo na ausência de fatores hereditários.

Em 1971, Grinberg relaciona a psicopatia com um distúrbio do aspeto social da identidade. Para este autor, o desenvolvimento defeituoso do pensamento e da simbolização, repercutido em todas as situações intra e interpessoais, surge como uma característica fundamental dos psicopatas.

Também B. Joseph, em 1973, classifica os psicopatas como indivíduos que incapazes de tolerar a frustração e a ansiedade, que apresentam relações dominadas por sentimentos persecutórios e formas particulares de utilizar os mecanismos de defesa (omnipotência, dissociação, identificação projetiva e introjetiva).

Lieberman afirma que o psicopata se caracteriza pela impossibilidade de pensar independentemente da ação, passando quase sem transição da percepção à ação. Além disso, defende que estes indivíduos gerem-se pelo princípio do prazer e pelos seus instintos, utilizando a linguagem verbal apenas com o intuito de manipular os outros.

Perspetiva Neurofisiológica

Alguns autores defendem a existência de disfunção cerebral como um dos fatores determinantes de personalidades psicopáticas, correlacionando desta forma a Psicopatia com fatores neurofisiológicos.

Um dos primeiros autores a defender esta perspetiva foi Henry Ey, em 1970, após a observação de uma série de casos ocorridos após a epidemia de encefalite de 1920. Alpers associou o comportamento agressivo e as tendências antissociais a lesões ocorridas no hipotálamo. Henderson estudou as transformações do comportamento dos indivíduos que ocorriam após encefalites, coreias e epilepsias. Bender observou o aumento da agressividade e a diminuição dos sentimentos de culpa em doentes durante o período pós-encefalítico.

Hill e Watterson detetaram uma significativa percentagem de eletroencefalogramas (EEG) anormais em psicopatas agressivos. Embora inconclusivas, muitas investigações mostraram uma probabilidade aumentada de ocorrência de EEG anormal entre os psicopatas do que na população em geral. Contudo, Ostrow e Ostrow concluíram que o padrão eletroencefalográfico não é suficiente para determinar o tipo de anormalidade da personalidade.

Nos últimos anos, com o avanço das técnicas de Neuroimagem, têm surgido novos dados que sugerem o envolvimento de estruturas cerebrais frontais na Psicopatia, sobretudo o córtex orbito-frontal, e a amígdala. A Ressonância Magnética Nuclear (RMN) tem demonstrado alterações volumétricas ao nível do lobo frontal, com redução do volume da matéria cinzenta pré-frontal. Por outro lado, o volume da amígdala correlaciona-se negativamente com o *score* de uma escala que avalia os comportamentos psicopáticos. Num

estudo mais recente, verificou-se que os psicopatas apresentavam várias anormalidades no corpo caloso, o que pode sugerir que ocorram alterações ao nível do neurodesenvolvimento. Também os estudos de Tomografia por Emissão de Positrões (PET), Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT) e de Ressonância Magnética Funcional (fMRI), confirmam o envolvimento do córtex pré-frontal no comportamento antissocial, com vários estudos a demonstrar uma redução do metabolismo em regiões frontais, especialmente mediais e laterais. Têm também sido descritas reduções do metabolismo cerebral em estruturas subcorticais do sistema límbico, como a amígdala, o hipocampo e o núcleo caudado.

Estudos realizados com PET e fMRI têm sugerido uma diminuição da função serotoninérgica normal no desenvolvimento de condutas antissociais, já que indivíduos com diagnóstico de Perturbação da Personalidade Antissocial apresentam respostas hormonais atenuadas a desafios farmacológicos com drogas que aumentam a função serotoninérgica cerebral, assim como redução da concentração de recetores serotoninérgicos cerebrais.

Perspetiva Categorial

As classificações nosológicas das doenças psiquiátricas permitiram o desenvolvimento de uma abordagem categorial no que diz respeito à definição de Psicopatia.

Em 1952, foi introduzido no DSM-I o conceito de Sociopatia ou Perturbação Sociopática da Personalidade, tendo em conta o conceito de personalidade sociopática defendido por Partridge.

Em 1980, com a publicação do DSM-III, surge o conceito de Perturbação da Personalidade Antissocial, baseado nos trabalhos de Pritchard e de Robins, que ainda é utilizado nos dias de hoje. As perturbações da personalidade foram então divididas em *clusters*, passando a Psicopatia a integrar o *cluster* B (impulsivos, imprevisíveis e erráticos).

Em 1987, no DSM-III-R foram apresentados os indicadores de comportamento fundamentais para o diagnóstico de Psicopatia, clarificando os critérios clínicos necessários ao seu diagnóstico.

Em 1995, o DSM-IV manteve o conceito de Perturbação da Personalidade Antissocial, mas incluía já características definidas na obra de Cleckley. Nesta edição, são ainda considerados como sinónimos os termos de Psicopatia, Sociopatia e Perturbação da Personalidade Dissocial (o termo dissocial diz respeito a indivíduos que ignoram as normas sociais e são criados em ambientes sociais anormais).

Robert Hare, em 1996, criou uma escala de avaliação da Psicopatia intitulada *Hare psychopathy checklist-revised* (Hare PCL-R). Segundo este autor, a Psicopatia seria a forma mais grave de manifestação da Perturbação de Personalidade Antissocial; haveria, portanto, diferenças nas manifestações desta perturbação, que não são tidas em conta nos critérios diagnósticos do DSM.

Perspetiva Tipológica

Além das perspetivas abordadas anteriormente, podem ainda ser identificadas um conjunto de definições que se enquadram numa abordagem tipológica da Psicopatia.

Karpman, em 1955, definiu o psicopata como uma pessoa instável e emocionalmente imatura, distinguindo 2 tipos de psicopatas: o “agressivo-predador” (indivíduos com comportamento frio, agressivo e insensível, com o objetivo de se apropriarem de tudo o que desejam) e o “passivo-parasita” (que apresenta uma aparente necessidade de ajuda e simpatia, alcançando assim os seus propósitos de forma parasitária).

Jenkins, em 1960, tendo em conta a análise de grupos de crianças com antecedentes de comportamentos delinquentes, distinguiu 3 tipos de psicopatas: “não socializado/agressivo” (tendências agressivas, crueldade e desafio à autoridade), “sobre-ansioso” (timidez, apatia,

sensibilidade e submissão) e “socializado” (grupos antissociais, com envolvimento em roubos, ausências/fugas da escola e de casa).

Lykken (1995), Levenson, Kiehl, e Fitzpatrick (1995) e Ross, Lutz, e Bailey (2004) estabeleceram uma divisão entre psicopatas primários (indivíduos insensíveis, pouco ansiosos, calculistas, manipuladores e mentirosos) e psicopatas secundários (pessoas que sofrem de uma desordem neurótica, que estimula o comportamento impulsivo). Esta tipologia ainda hoje é alvo de discussão e de controvérsia entre diferentes autores.

Perspetiva Dimensional

Em relação à abordagem unidimensional do conceito de Psicopatia, destaca-se o trabalho de Robert Hare, em 1991, um dos autores que mais contribuiu para o desenvolvimento desta perspetiva.

Para este autor, não existem divisões entre subtipos de psicopatas; o psicopata é “alguém incapaz de mostrar empatia ou preocupação genuína por outrem, que manipula e usa os outros para satisfazer os seus desejos e que apresenta uma sinceridade superficial, o que os torna capazes de convencer aqueles que usou e a quem prejudicou da sua inocência ou da sua motivação para mudar”.

Hare, na sua definição de Psicopatia, engloba, então, aspetos clínicos (interpessoais e afetivos), assim como comportamentais. Em 2003, Hare propõe um modelo de 4 fatores para a caracterização da psicopatia, onde se incluem: estilo interpessoal arrogante e dissimulado (natureza interpessoal), deficiente experiência de afetos (natureza afetiva), estilo de comportamento impulsivo e irresponsável (natureza comportamental) e o próprio comportamento antissocial em si próprio, que surge em consequência da Psicopatia e não como um sintoma desta.

À semelhança da posição defendida por Hare, Cooke, Hart, Logan, e Michie, em 2004, defendem o comportamento antissocial como uma consequência e não como a causa da Psicopatia. Como argumentos a favor, referem que as definições mais clássicas de Psicopatia não incluíam os comportamentos antissociais como sintomas centrais desta perturbação; a existência de indicadores que determinados sintomas são a causa da manifestação de determinados comportamentos antissociais; o comportamento antissocial, que se relaciona apenas com os atos, distingue-se dos sintomas da Psicopatia, que engloba os traços de personalidade; o comportamento antissocial resulta de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Neste sentido, os autores apresentaram um novo modelo, intitulado “Avaliação Compreensiva da Personalidade Psicopática”, que pretende ser um novo instrumento de avaliação da Psicopatia e que a tenta definir em 5 domínios: domínio de vinculação (dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais), domínio comportamental (problemas relativos ao planeamento de tarefas e responsabilidades), domínio cognitivo (problemas relacionados com adaptabilidade e flexibilidade mentais), domínio da dominância (questões de gestão do poder e controlo) e domínio do *self* (problemas com a identidade e individualidade do psicopata).

Perspetiva Atual

Segundo o DSM-5, publicado em 2013, a Perturbação da Personalidade Antissocial caracteriza-se por um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas, que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes:

- Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela repetição de atos que constituem motivos de detenção;
- Tendência à falsidade, conforme indicado por mentiras repetidas, uso de nomes falsos, etc;
- Impulsividade ou fracasso em realizar planos para o futuro;

- irritabilidade e agressividade, conforme indicado por repetidas lutas corporais ou agressões físicas;
- Desprezo pela segurança de si ou de outros;
- Irresponsabilidade reiterada, conforme indicado por falha repetida em manter uma conduta consistente no trabalho ou honrar obrigações financeiras
- Ausência de remorso, conforme indicado pela indiferença ou racionalização em relação a ter ferido, maltratado ou roubado outras pessoas.

Além disso, para o diagnóstico ser possível, o indivíduo tem de ter no mínimo 18 anos de idade, têm de existir evidências de transtorno da conduta com aparecimento antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de comportamento antissocial não se pode dar exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou perturbação bipolar.

Conclusões

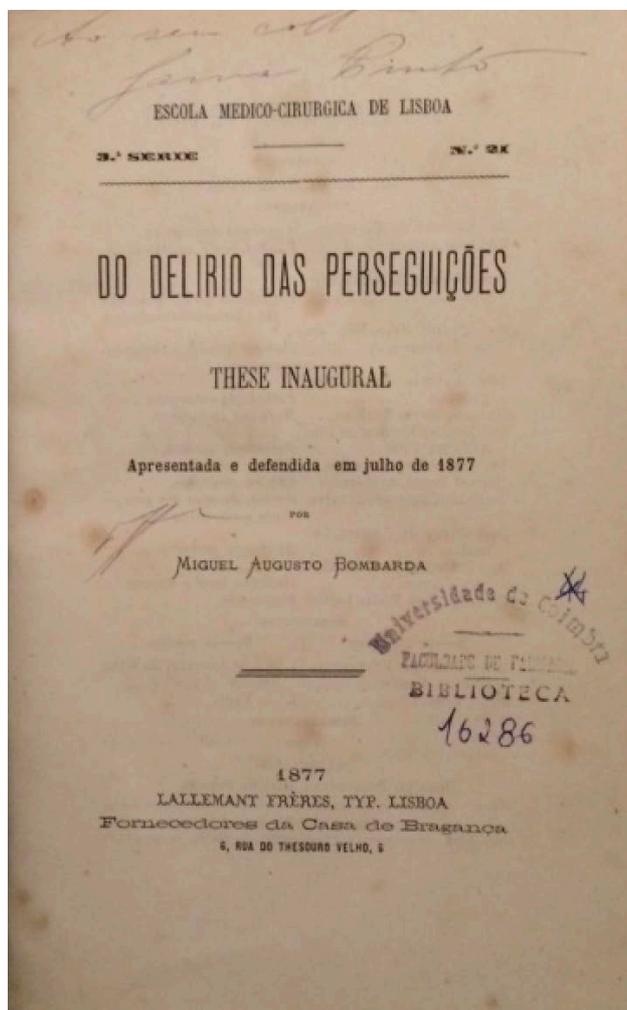
A Psicopatia constitui um diagnóstico psiquiátrico que recebeu, desde sempre, especial atenção na comunidade científica pelo incontestável dano que acarreta na sociedade, ao estar frequentemente associado à agressividade, ao delito e à criminalidade.

O seu conceito e definição foram sendo alvos de várias modificações ao longo do tempo, tendo em conta o interesse que suscitava nos vários autores, sob diferentes perspetivas. Contudo, há elementos que se mantiveram imutáveis ao longo da sua evolução conceptual. Na atualidade, a Psicopatia surge como uma Perturbação de Personalidade Antissocial, caracterizada por um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos dos outros que surge desde os 15 anos de idade e que se mantém na idade adulta.

No futuro, é indispensável uma abordagem holística dos psicopatas, que inclua não apenas os seus comportamentos antissociais mas também os diferentes traços de personalidade por estes apresentados.

Bibliografia

- SOEIRO, C.; GONÇALVES, R.A. — O estado de arte do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica*. 1 (XXVIII) (2010) 227-240
- NUNES, LM – Crime - psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 6 (2009) 152-161
- HENRIQUES, RP – De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. volume 12:2 (2009) 285-302
- ALVARENGA, M.A.S.; FLORES-MENDONZA, C.E.; GONTIJO, D.F. – Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 58:4 (2009) 258-266.
- BITTENCOURT, M.I.G.F. – Conceito de psicopatia: elementos para uma definição. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*. 1981; volume 33:4 (1981) 20-34.
- DEL-BEM, C.M. – Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32:1 (2005) 27-36.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM 5 — *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2013.



Tese de Miguel Bombarda, *Do delírio das perseguições* (1877)

A EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA ALUCINAÇÃO – ORIGENS E PERCURSOS

**Bianca Jesus¹; Diana Cruz e Sousa¹; João Martins Correia¹;
Susana Nunes²; Sofia Caetano²**

Departamento de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

¹ Interno de Formação Específica de Psiquiatria

² Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails:bianca_rtj@hotmail.com;dianamendoncacruzousa@gmail.com;joao.m.correia@ulguarda.min-saude.pt;susanacnunes@gmail.com;sofia_caetano@hotmail.com

Resumo

As alucinações constituem um dos sintomas mais relevantes na Psiquiatria e um dos mais difíceis de definir. O seu significado tem sofrido alterações ao longo do tempo, tendo evoluído desde fonte de comunicação sobrenatural até um sintoma de doença. Ao longo da história da humanidade os indivíduos que ouvem vozes têm sido vistos como místicos, pessoas com experiências incomuns ou como potenciais doentes psiquiátricos. Como tal também foram tratados de diversas maneiras, foram beatificados, admirados ou aceites, queimados, gaseados e medicados.

Os termos pseudoalucinação, ilusão e alucinoses estão integrados no conceito de alucinação e as suas definições constituíram igualmente um desafio temporal.

Neste trabalho pretende-se dar uma perspetiva da evolução do conceito de alucinação ao longo da história da psiquiatria.

Palavras-chave: alucinação, pseudoalucinação, ilusão, alucinoses, psicopatologia

Abstract

Hallucination is one of the most significant symptoms of the Psychiatric field and one of the hardest to define. Its' meaning has suffered significant changes throughout history, having evolved from a manifestation of communication with the supernatural, to a mental illness symptom. Likewise, those suffering from hallucinations, have historically been seen as mystics, people who simply have gone through unusual experiences or even psychiatric patients. Even within the field of psychiatry, throughout time, all things pertaining to hallucinations have evolved: from its' definition, to the treatment, to even its' social acceptance or stigma.

The terms pseudohallucination, illusion and hallucinosis are part of the concept of hallucination and have likewise presented challenges and suffered mutations over the centuries.

In this chapter, we look to provide an insight into the evolution of the concept of hallucination and how it was approached, throughout the history of Psychiatry.

Introdução

As alucinações são um fenómeno natural tão antigo como a humanidade e podem surgir quer em indivíduos com uma psique saudável quer em indivíduos com doença mental grave.(1)(2) O conceito de alucinação tem sido estudado ao longo da história da psiquiatria, sendo um dos mais difíceis de definir e de delimitar em relação a outros conceitos psicopatológicos (pseudoalucinação, ilusão e alucinoses). (1)(3)

Na psiquiatria clássica o binómio alucinação-delírio representou, durante décadas, a base da taxonomia, do diagnóstico diferencial e da terapêutica, pelo que a presença ou ausência de alucinações num doente, determinava muitas das decisões terapêuticas.(2) No entanto o seu

grau de importância, quer no diagnóstico diferencial quer na terapêutica das perturbações psiquiátricas, sofreu alterações ao longo do tempo.(2)

O nosso objectivo é mostrar, em perspectiva, a evolução do conceito de alucinação e de outros termos relacionados ao longo da história da psiquiatria.

Etimologia de Alucinação

A origem do termo alucinação é controversa, uma vez que vários autores referem origem diferentes.(3) Segundo *Peyroux e Franck*, e *Rojas*, o termo alucinação provém do latim *hallucinatio* que significa enganar-se, equivocar-se ou divagar. (4)(5) *Telles-Correia et al.* referem que o termo poderá ser originário de duas expressões do latim: *allucinor ou allucinaris*, usadas por *Cícero*, que significam enganar-se ou equivocar-se; e *ad lucem* que significa *ad* – próximo, *lucem* – luz.(3)

O termo foi introduzido na língua inglesa em 1572 por meio do trabalho de tradução de Ludwig Lavater (1527- 1586), um teólogo suíço. No século XVII passou a fazer parte da língua francesa e foi introduzido no jargão médico em 1838 através do trabalho de Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840).(4)

Evolução do conceito de alucinação desde a antiguidade até à atualidade

O conceito de alucinação e a sua compreensão sofreram alterações ao longo dos séculos e os autores analisam-nas com base em momentos decisivos. Segundo *Rojas* existem 3 grandes momentos marcantes no estudo do termo da alucinação: da Grécia antiga ao século XIX; a obra de Esquirol; e após a obra de Esquirol. Nesses três momentos observa-se a transformação do conceito de alucinação, começando por ser uma experiência com significado religioso, depois um resultado de uma alteração cerebral e, finalmente, considerado como parte da psicopatologia.(5) Outros autores consideram quatro períodos em que decorreram as transformações do conceito de alucinação: período prévio ao século XVII; entre o século XVII a XVIII; entre o século XVIII a XIX; e século XX.(3)(4)

Antes do século XVII

Na antiguidade a ciência era inseparável da magia e da religião. As alucinações eram consideradas um fenómeno que tinha uma origem mística ou religiosa. Durante este período as alucinações poderiam ser consideradas como uma dávida ou um castigo dos deuses. A fenomenologia das alucinações era compreendida como uma possessão por forças diabólicas ou um castigo por delitos, por isso o seu tratamento era baseado em sacrifícios e orações aos deuses.(1)(3)(4)(5)

No período da Grécia Antiga o conceito adquire, de forma temporária, um significado médico. As alucinações eram consideradas como sintoma de várias doenças associadas à loucura, que eram interpretadas à luz dos vários contextos atuais, não constituindo assim uma entidade própria. Neste período destacam-se: Hipócrates (460-377 AC), que foi o primeiro a desenvolver uma visão racional das doenças e a considerar o envolvimento do cérebro no comportamento humano e na loucura através dos quatro humores; e Galeno (131-201 DC), tal como Hipócrates, reconheceu a origem orgânica das manifestações de loucura, delírios e alucinações. Ambos rejeitaram a origem puramente religiosa.(4)(5)

Na idade média, com a influência do cristianismo, ocorreu uma regressão dos progressos feitos, uma vez que neste período as alucinações eram consideradas como manifestações de espíritos, anjos ou demónios.(4)(5) Os indivíduos envolvidos na religião que experienciassem tal fenómeno eram vistos como santos. No entanto se se tratasse de uma pessoa comum, acreditava-se que estaria possuída pelo diabo ou era considerada como bruxa e depois poderiam ser queimadas ou entregues ao seu próprio destino.(4)(5) Nesta altura o tratamento médico passou a ter um papel secundário.(4)(5)

É no final da idade média que são criadas as primeiras instituições para os doentes mentais, em que os métodos terapêuticos aplicados eram de natureza lesiva.(4)(5)

Telles-Correia et al. fazem referência a autores católicos: Santo Agostinho e Santo Tomás Aquinas. (3) Santo Agostinho tentou caracterizar o fenómeno de visões, distinguindo os três significados do termo *videre*, do latim, que significa ver: corporal, tal como a experiência visual do mundo externo através dos sentidos; imaginário, como representação de imagens e objectos que têm uma localização temporal mas não espacial; e intelectual, conceitos abstratos que não tem localização temporal e espacial. Santo Tomás Aquinas estabeleceu a diferença entre percepções normais e falsas e argumentou que a visão é um fenómeno natural dado quer por Deus ou quer pelo diabo.(3)

A chegada do Renascimento gerou um movimento intelectual, filosófico e científico, que mais tarde se repercutiu na psiquiatria. Foi nesta altura que se começou a atribuir a origem das doenças mentais a processos naturais associados com o funcionamento do corpo e não a forças sobrenaturais.(3)(5)

Em 1337 foi criado o hospital de Bedlam em Londres, o primeiro a admitir doentes mentais, mas era mais conhecido pelas más condições de vida dos doentes. Outras instituições foram surgindo, especialmente em Espanha no início do século XV.(4)

Período do século XVII ao século XIX

Até o final do século XVIII foram atribuídos vários significados ao conceito de alucinação. Foi interpretado como um distúrbio sensorial ou como um fenómeno mental com perturbações anómalas/absurdas tais como: afeção da córnea, transtorno mental, erro da imaginação ou erro a nível dos sentidos.(5)

Em 1656, foi criado em França o “*Hôpital Général*” que tinha como objectivo de remover os “loucos” das ruas de Paris, no entanto nessa instituição também foram incluídos pedintes, pobres e enfermos. Até ao século XVIII esta instituição funcionava como uma prisão, onde os indivíduos eram acorrentados com correntes presas a muros e viviam na sua própria imundice.(3)

No fim do século XVII a comunidade médica começou a tentar tratar indivíduos considerados insanos. Os primeiros métodos incluíam a imersão dos doentes em água gelada ou girá-los numa roda. O médico francês Philippe Pinel (1745-1826), com a ajuda de Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), em 1793 ordenou a retirada das correntes dos doentes dos asilos.

Por volta da mesma altura também foram surgindo autores que começaram a tentar especificar com mais precisão o significado do termo alucinação. Siunco, em 1763, distinguiu as alucinações (*morbi imaginarij*) das visões e ruídos subjectivos (*syringmus y phantasme*) e das vertigens e pantofobias.(2) Boisser de Sauvages, em 1768, identificou a alucinação como uma entidade, “a loucura por engano”, que consistia num erro da percepção causado pelo mau funcionamento dos órgãos dos sentidos: “pessoas que têm alucinações são aquelas que tomam as sensações por imagens e as imagens/ imaginação ou fantasias por sensações”.(2)(4) Esquirol, em 1817, alcançou o maior avanço teórico no conceito das alucinações.(3)(4) Foi o primeiro a introduzir o conceito na psiquiatria, a dar um significado à palavra alucinação e caracterizá-la, em 1838. (4)(5) Além disso propôs que eram um fenómeno central, produzido no cérebro. Considerava que “*Un homme est en état d’hallucination si il a la conviction intime d’une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n’est à portée de ses sens*”(6), ou seja, uma pessoa está num estado de alucinação se tiver a convicção plena de uma sensação quando não existe um objeto externo real, para excitar essa sensação que impressionou os seus sentidos.”(4)

Esquirol considerou as alucinações como um sintoma associado aos delírios. Referiu que estariam presentes em pelo menos 80% das pessoas afetadas por doenças mentais e estabeleceu que podiam ocorrer nas cinco modalidades sensoriais, tendo-as classificado

segundo o sentido afetado. Antes do seu trabalho, as alucinações eram consideradas apenas numa modalidade sensorial, a visão.(3)(4)(5) Também discriminou as alucinações das ilusões, considerado uma percepção imprecisa de estímulos externos, ou seja, uma falsa percepção de um objeto externo.(3)(4) O trabalho de Esquirol gerou uma abordagem das alucinações centrada nas alterações psíquicas e não em alterações dos órgãos sensoriais.(5)

Depois de Esquirol, o significado da palavra alucinação não sofreu alterações significativas, mantendo-se o conceito de uma convicção de uma sensação sem um objeto externo percebido. No entanto, de acordo com *Telles-Correia*, o conceito de sensação sem percepção é erroneamente associado a Esquirol, uma vez que este defendia que as alucinações não constituíam uma percepção, eram a convicção de ter uma percepção mas sem existir uma efetivamente.(3)

Foi Jules Baillarger (1809-1890), psiquiatra e neurologista francês, estudante de Esquirol, o primeiro a formular a primeira hipótese preceptiva das alucinações. Teve uma contribuição chave para a compreensão da natureza das alucinações e questionou -se sobre o papel das sensações na origem das alucinações.(4) Em 1844, escreveu um ensaio em que distinguiu dois tipos de alucinações: as psicossensoriais, resultantes da combinação da influência da imaginação e dos órgãos sensoriais; e as psíquicas, resultantes da combinação da imaginação e da memória, sendo independente dos órgãos sensoriais.(3)(4)(5) Segundo este autor, o ponto de partida do fenómeno alucinatorio é no cérebro e na cognição: "*Le point de départ des hallucinations est et ne peut être que dans l'intelligence*" (7) ou seja, "o ponto de partida das alucinações é e pode apenas ser na inteligência".(4)

Posteriormente aos trabalhos de Baillarger, em 1864 surgem os de Falret, seu discípulo, que considerou a divisão de deste inútil para a prática clínica, defendendo uma perspectiva intelectual do conceito de alucinações de Esquirol.(3)

Por volta de 1870, começou-se a questionar a natureza das alucinações como fenómeno psíquico e daí surgiram contribuições importantes para o estudo das alucinações. As novas evidências sobre conhecimento do córtex cerebral ajudaram impulsionar uma abordagem orgânica das alucinações.(4)(5) As investigações realizadas por Broca e Wernicke, relativamente às alterações cerebrais associadas à expressão verbal da linguagem (motora) e ao seu entendimento, foram importantes para o desenvolvimento da hipótese da relação entre linguagem e alucinações.(5) Em 1861, Paul Broca, um neurocirurgião francês, descobriu que uma lesão na 3º circunvolução esquerda frontal provocou uma alteração na expressão verbal (afasia motora), e anartria (abolição da produção linguística). Em 1871, Carl Wernicke, um psiquiatra e neurocirurgião alemão, verificou que uma lesão na seção posterior esquerda da 1º circunvolução temporal (área 22 de Brodmann) afetou a compreensão da linguagem (afasia recetiva).(4)(5) Portanto, com base nestas novas evidências, alguns autores sugeriram que a excitação de zonas corticais poderiam causar o oposto à sua supressão, por exemplo: o excesso da actividade da zona da linguagem levaria a um excesso de linguagem, isto é, a alucinações verbais.

Em 1881, Augusto Tamburini, um neurocientista italiano, questionou o conceito defendido pela escola francesa (a origem das alucinações ser predominantemente psicológica), e propôs a primeira teoria motora das alucinações baseando-se no trabalho de Broca e Wernicke. Esta teoria sugere que a excitação da região linguística levaria à produção de alucinações verbais. Segundo este autor as alucinações não eram um problema psiquiátrico e estavam dependentes de uma irritação dos centros perceptivos ou psicossensoriais do córtex cerebral.(4) Tamborini propôs denominar estes centros como áreas sensoriomotoras, que eram excitadas antes de uma acção motora e a sua excitação mórbida daria ao sujeito a sensação de que iria executar uma ação.(3) Sendo assim, esta teoria explica o fenómeno através do qual as pessoas com alucinações têm uma convicção forte que estão a falar com elas próprias ou que alguém está a falar de dentro delas, enquanto estão efetivamente em silêncio.(3)(4)

Em 1892, Jules Séglas, um psiquiatra francês, que desenvolveu uma teoria motora das alucinações mais complexa e distinguiu 2 classes de alucinações, as de tipo 1 e tipo 2. As alucinações psicomotoras (tipo 1), correspondentes às alucinações psíquicas segundo Braillarger cuja natureza não era clara. No entanto Séglas esclareceu esse ponto, sugerindo que ocorrem devido à excitação do centro motor articulatório. As alucinações psicossensoriais (tipo 2) que são produzidas pela ativação do centro auditivo linguístico.(4) A grande mudança trazida por este autor foi o facto de considerar as alucinações verbais como uma perturbação primária da linguagem e não uma alteração da percepção, que escapam ao controlo do próprio sujeito, ou seja, uma palavra emitida pelo próprio indivíduo, mas que volta para ele parecendo-lhe estranha, que não lhe pertence e sem sentido.(4)(5) Séglas também diferenciou as alucinações segundo o grau de “consciência” do sujeito sobre a natureza subjetiva do fenómeno. Alguns doentes com alucinações assumiam o conteúdo da alucinação como tendo sido produzido pelo próprio, mas não eram capazes de controlá-los; enquanto outros não tinham a consciência do seu distúrbio.(4)

A influência do século XX

Mudança de século, mudança de foco. Entre o fim do século XIX e início do século XX há um enfoque no estudo da esquizofrenia, portanto o estudo do fenómeno alucinatório ocorreu pelo o interesse das alucinações nesta patologia.(4) Kraepelin (1856-1926) e Bleuler (1857–1939), surgem em destaque. Kraepelin, ilustre psiquiatra alemão, em 1887 caracterizou a esquizofrenia e denominou-a de “*dementia praecox*”. Mais tarde em 1911, Bleuler, um psiquiatra suíço, renomeou-a de esquizofrenia (do grego *schizo*: fragmentar/separar; *phrên*: espírito) para caracterizar melhor a fratura no funcionamento psiquiátrico. Além disso dividiu os sintomas da esquizofrenia em duas categorias, os fundamentais (perda da associação de ideias, afeto embotado ou incongruente, ambivalência e autismo) e os secundários. Bleuler acreditava que os sintomas fundamentais que estavam presentes em todos os doentes e que eram patognomónicos de esquizofrenia. Definiu as alucinações como um fenómeno que ocorre sem estímulo externo e que pertenciam aos sintomas secundários, uma vez que serviriam apenas para mais tarde permitir aos psiquiatras identificar a subforma de esquizofrenia paranoide, onde as alucinações e os delírios são proeminentes.(4)

Uma outra contribuição importante foi a de Kurt Schneider (1887- 1967), psiquiatra alemão que descreveu os sintomas de primeira ordem da esquizofrenia, onde também foram incluídas as alucinações.(4) De acordo com Schneider, a principal característica em comum dos sintomas de primeira ordem e também dos doentes com esquizofrenia é que as ações e sentimentos não são experienciados como sendo do próprio. Durante o fenómeno das alucinações verbais, os pacientes podem ouvir um discurso que não reconhecem como seu e atribuem as vozes a alguém que fala ao seu redor.(4)

De Karl Jaspers, filósofo e psiquiatra alemão, vem a importante distinção entre alucinações e outros fenómenos (pseudalucinações, ilusões)(4). Uns anos mais tarde, Henry Ey, psiquiatra francês (1900-1977), contribuiu significativamente para a compreensão do fenómeno das alucinações. Este salientou a importância do fenómeno alucinatório nas relações estabelecidas pelo sujeito com o próprio e o ambiente, contradizendo as teorias mecanicistas prévias, as quais reduziam este fenómeno a uma excitação dos centros nervosos. Também atribuiu ao *self* uma posição central nos fenómenos das alucinações, definindo-as, em 1934, como uma crença íntima da percepção de um objeto ausente.(3)(4) Em 1973, propõe as três condições major associadas às alucinações: 1- apresentação sensorial da experiência; 2- convicção da sua realidade; 3- a ausência de um objeto real. Neste contexto, Ey divide as alucinações em duas categorias: as que parecem ser executadas pelo sujeito, mas que na realidade são lhe impostas e as que parecem não ser executadas pelo sujeito ou executadas por este contra a sua vontade, que estão associadas a uma disfunção do *self*. (4).

Ey também é o autor de uma das teorias sobre as alucinações que prevalece atualmente, a teoria organodinâmica.(4)

Atualmente existem várias teorias remanescentes do século passado, orgânica, psicanalista, organodinâmica, neuro bioquímica e cognitiva-perceptual.(2)(4)

Conceitos relacionados

Das Pseudoalucinações falou Karl Jaspers, que procurou uma compreensão filosófica para o termo. Este é um dos fenômenos menos compreendidos da psicopatologia e é normalmente designado por falsa alucinação (4).

Vários conhecedores da arte preocuparam-se em compreender este prodígio da psicopatologia. Esquirol (1817), referiu-se à pseudoalucinação como uma alucinação *per se* em que a convicção do doente está enfraquecida.(3)(4)(5) No seguimento, surge Kandinsky (1885), que se baseando na sua doença mental com experiência alucinatória, atribui o significado à mesma, de percepções similares às alucinações que apenas diferem pela ausência de objeto, implicando carência de objetividade. Kraepelin (1919) diz-nos que pacientes com demência precoce ouvem vozes da consciência, falsas vozes e vozes que não falam com vocábulos, correspondendo estas a pseudoalucinações. Quatro décadas depois, fundamentando-se no trabalho de Kandinsky, Jaspers fala de falsa alucinação, que numa apreciação breve pode ser confundida com uma verdadeira alucinação, mas que na realidade é despida de objetividade e corporalidade. É ainda hoje a teoria mais difundida na comunidade científica.

No estudo deste fenómeno ergue-se igualmente Bleuler (1934) e Sedman (1966). O primeiro, contrariamente a Jaspers, denomina-as de percepções com clareza sensorial e normal localização, mas com reconhecimento de falsidade com *insight* preservado. O segundo concluiu que os fatores de personalidade desempenham um papel fulcral na produção de imagens e pseudoalucinações, ao invés das alucinações, dando novamente ênfase ao *insight*.

As ilusões, com origem em *Cícero* e do latim *illusio* (iludir), foram definidas pela maioria dos autores como distorções de um estímulo real, atribuindo causalidade à desatenção, alteração de estados afetivos, pareidolias (imagens visualizadas involuntariamente a partir de estímulos imprecisos do ambiente) e intoxicações. Atribuímos o seu estudo e compreensão a Esquirol (percepções sensoriais de formadas), Bleuler (percepção errónea de um objeto real), Jaspers (distorção de uma percepção real) e Fisch (falsa percepção criada pela mente, de um estímulo de um objeto percebido).(3)

Por fim, falamos de alucinose como um distúrbio na sensopercepção que se diferencia das alucinações porque os doentes compreendem que se trata de um fenómeno “periférico ao eu” e por isso fora da normalidade. Foi Wernick (1906) o responsável pelo conceito de alucinose alcoólica (3), referindo-se à alucinação auditiva em consumidores abusivos de álcool, associado a preservação do *insight* e ausência de distúrbios da consciência. Anos mais tarde, Ey *et al.* (1978) explicam a alucinose “*eidole hallucinosique*” como sendo independente da personalidade do sujeito, sem associação a fenómenos delirantes e com presença de *insight*. Com a evolução da história e da ciência, tem sido outorgado a outros tipos de síndromes orgânicas psicóticas e a distúrbios do padrão comportamental associados, na maioria das vezes, ao abuso de substâncias psicoativas e consumo alcoólico

Conclusão

O conceito e classificação da alucinação, bem como os outros termos relacionados, sofreu um processo de transformação evidente ao longo dos séculos. Inicialmente surgiu com uma experiência com significado místico e religioso, mais tarde como resultado de uma disfunção cerebral e por fim emergiu como parte integrante da psicopatologia. Apesar das inúmeras tentativas ao longo da história, continua a ser difícil definir com exatidão este conceito, e

neste contexto ainda se encontram em processo de investigação algumas das teorias desenvolvidas e propostas no decorrer do último século.

Bibliografia

1. BALDWIN, M. — Neurologic Syndromes and Hallucinations. In: Keup, W - Origin and Mechanisms of Hallucinations. Boston: Springer US; 1970, p. 3-12.
2. NAVARRO, C; GASTÓ, V. — Psicopatología de la percepción. In: Ruiloba, J. Vallejo-Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 59–77.
3. TELLES-CORREIA, D. et al. — Hallucinations and related concepts - their conceptual background. *Frontiers in Psychology*. 6 (2015) 1–9.
4. PEYROUX, E; FRANCK, N. — An Epistemological Approach: History of Concepts and Ideas About Hallucinations in Classical Psychiatry. In JAEDRI, Renaud; CACHIA, Arnaud; THOMAS, Pierre; PINS, Delphine — The Neuroscience of Hallucinations. New York: Springer New York; 2013. 3–20.
5. DOMINGEZ ROJAS, Ana Lorena — El Concepto de Alucinación: Orígenes e Historia. *Revista académica e Institucional Páginas de la UCP*. 100 (2018) 35–46.
6. ESQUIROL, E. — Hallucination. In Adelon et al- Dictionnaire des Sciences Médicales par une société de médecins et de chirurgiens Vol XX. Paris: Panckoucke, 1817.
7. BAILLARGER, J. — *Recherches sur les Maladies Mentales*. Volume 1. Paris: Masson, 1846.



Júlio de Matos (1856-1922)

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO MELANCOLIA

Sandra Torres¹, Andreia Lopes²

Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo

Interna Formação Específica de Psiquiatria¹, Psiquiatra Assistente²

Email:spptorres@gmail.com

Resumo

O termo melancolia advém do grego e significava bílis negra - *Melan* (negro) e *Cholis* (bílis), visto que, na Antiguidade Grega, Hipócrates e Aristóteles explicavam-na pelo excesso de bílis negra no corpo. A Melancolia era definida como manifestação de alterações comportamentais, não incluindo no conceito uma componente afetiva importante (*i.e.* tristeza a que atualmente se associa). De facto, pelo menos na linguagem comum dos tempos antigos, melancolia não transmitia ideia de tristeza, significando apenas o “estar louco”. O século XIX terá iniciado a rutura semântica do termo “melancolia”. A transição para doença depressiva terá sido facilitada pelo conceito “lipemia” de Esquirol (1820) que cunhou uma natureza afetiva. Delasiauve foi dos primeiros a usar o termo “depressão” como um “afundamento dos espíritos”. No fim do século, “depressão mental” veio gradualmente substituindo “melancolia”, culminando com Kraepelin (1921), ao esvanecê-la no espectro afetivo depressão-mania.

Palavras-chave: melancolia, lipemia, depressão, história, psiquiatria

Abstract

The word melancholy has greek origins, meaning black bile – *Melan* (black) and *Cholis* (bile), since, in the Greek Antiquity, Hipócrates and Aristóteles explained it by the excess of black bile in the body. Melancholy was defined as a behavioral feature, not including in the concept an affective component (e.g. sadness nowadays associated). In fact, in anciently ordinary language at least, melancholy conveyed no idea of sadness, it simply meant “To be mad”. With the 19th century, a semantic break from its meaning must have taken place. The transition to depressive illness was facilitated by Esquirol’s concept “lypemia” (1820) which, for the first time, highlights its affective nature. Delasiauve was one of the firsts to use the term depression as a “lowness (e.g. depression) of spirits”. By the end of the century, “mental depression” gradually replaced “melancholy”, culminating with Kraepelin (1921), merging it in the spectrum depression-mania.

Introdução

A melancolia remonta as suas origens à antiguidade clássica, contando com inúmeras atualizações do seu significado, motivo pelo qual qualquer tentativa de descrever o seu progresso ficará inevitavelmente aquém de todos os contributos que existiram ao longo dos séculos. Ainda assim, pretende-se com este trabalho realizar uma revisão histórica da melancolia, necessariamente paralela à evolução da Psiquiatria, abordando os principais momentos e autores que mais contribuíram para o desenvolvimento do conceito até ao momento atual.

I. Antiguidade clássica

Antes da concepção de Hipócrates sobre a doença mental, o sofrimento na doença assentava numa base mitológica. Todo o mal do qual o homem era afeto – *i.e.* a perda da razão ou a doença física – era visto como resultante de uma punição dos Deuses. [2]

Com **Hipócrates** e a sua **teoria dos humores** (*Corpus Hippocraticus*, séc. IV a.C., 460-377 a.C.) a doença passa a ser vista como resultante de um desequilíbrio de substâncias corporais – os fluidos humorais, a saber a bÍlis amarela, bÍlis negra, linfa e sangue, provenientes do fÍgado, baço, cérebro e coração, respetivamente – que em termos quantitativos, excesso ou escassez, iriam determinar o adoecimento do ser humano. [3][4]

Integrada na teoria dos humores, Hipócrates classificava a melancolia (é a este autor que se atribui o termo) a partir de um conjunto de sintomas - “**aversão à comida, falta de ânimo, insónia, irritabilidade, inquietação**” e “**tristeza e medo de longa duração**” – e explicava que a doença resulta pela presença de um excesso de bÍlis negra no corpo – **Melan** (negro) e **Cholis** (bÍlis). [5][2]

Enquanto que com Hipócrates a melancolia era entendida como doença, com **Aristóteles** (*Problemata 30*, 384-322 a.C.) foi colocada como condição de genialidade, isto é, os grandes génios, filósofos, poetas e artistas, padeceriam de um de bÍlis negra, condição que os predispunha à melancolia [4]

Areteus de Capadocia (c. 150 A.D) reconheceu que a mania – distúrbio mental agudo sem febre – podia ser episódica e recorrente e que esta e a melancolia podiam ocorrer de forma alternada num mesmo doente. Acredita-se que terá sido o primeiro a identificar a doença maniaco-depressiva mais tarde devidamente concetualizada por Emil Kraepelin. Defendia que a melancolia consistia no conjunto de um fenómeno emocional (*animi angor*) e intelectual (*in una cogitatione defixus*) [3] [6]

Galeno (129-200), ao rever a teoria hipocrática, separou a melancolia - doença (bÍlis negra), do temperamento melancólico (bÍlis amarela). Propôs ainda uma tricotomia - tricotomia de Galeno - em que divide a melancolia (doença) em melancolia geral, melancolia cerebral e melancolia hipocondríaca – esta mais tarde retomada por Robert Burton. [3]

Tem sido reivindicado que nesta época a noção de melancolia ter-se-ia aproximado da noção atual, no sentido de que os sintomas afetivos eram realçados, apesar de não serem considerados a alteração central. Nas descrições dos vários autores (descritos ao longo deste capítulo) que se sucederam a Areteus e Galeno, a concetualização de um delÍrio limitado como o elemento central foi-se tornando preponderante, antes do afastamento final para um conceito emocional. [1]

II. Idade Média (Séc. V-XV) e Renascimento (Séc. XIV-XVI)

Com a ascensão e predomínio das **concepções religiosas da Idade Média** (séc. V-XV), a doença era justificada com um fundamentalismo religioso. Desta forma, tanto a melancolia, como qualquer estado com perda de razão, revelavam um distanciamento da fé de quem delas padecia, merecedoras de uma punição de Deus - “a loucura era um pecado”. [2]

Durante os séculos IX-X, os autores **árabes** estabeleceram uma relação entre a teoria dos humores de Hipócrates e a **Astrologia**, ao afirmar que o humor melancólico era influenciado por Saturno, que no corpo humano governava o baço, a sede da bÍlis negra. Deu-se origem à palavra soturno, expressão que se tornou sinónimo de melancólico, para se referir a uma pessoa triste, sombria, silenciosa. Ao alegar que a influência de Saturno não se exercia em pessoas vulgares, mas em pessoas extraordinárias, foi mantido o ideal aristotélico da genialidade ligada à melancolia. [4]

No início do **Renascimento** (séc. XIV – XVI), com o regresso aos valores gregos, assistiu-se a uma revalorização antropocêntrica, o “homem como centro de tudo”. Retornou-se tanto aos ideais hipocráticos dos fluidos humorais como explicação da melancolia, como aos aristotélicos de que a melancolia surge nos sujeitos de grande genialidade. [2] Uma obra de

destaque deste período - *Da vita tríplici*, de Marsilius Ficinus (1433-1499) - reuniu as quatro teorias sobre a melancolia: hipocrática (teoria dos humores), platónica (poesia e furor), astrológica (saturno e melancolia) e aristotélica (melancolia e genialidade). [4] Ainda, e por se tratar de um autor português, de relevar a figura de Filipe Montalto, cujo interesses sobre melancolia era, àquela época, por demais evidente. No tratado IV da sua *Arquipatologia*, obra que o autor dedica especificamente à melancolia, encontramos muitas das questões que foram

formuladas pela tradição hipocrática e galénica no que respeita à especificidade desta doença da alma e à ligação que nela existe entre a mente e o corpo.

III. Idade Moderna (Séc. XV-XVIII) e Idade Contemporânea (até ao Séc. XIX)

A. Séc. XVII-XVIII

Durante os séculos XVII e XVIII verificou-se um avanço tímido do conceito de melancolia. A **medicina científica** começou a fundamentar-se em critérios anatomo-clínicos e anatomo-patológicos mais rígidos. A impossibilidade de demonstração de lesões anatómicas com relação causal, fadou o estudo das perturbações mentais ao insucesso e à **negação da doença mental**, uma vez que não verificava os pressupostos da racionalidade médica da altura [4]

Ainda assim, vários autores incluíam nas suas descrições várias formas de **comportamento** e/ou do **pensamento/juízo** (que na perspetiva atual teriam pouco em comum) dentro de uma mesma **classe geral**: a **melancolia**. [4] A **‘tristeza’** só ocasionalmente era encontrada entre estes sintomas e não usada como definição em nenhum sentido real. [1]

Destes autores, salientam-se: **Robert Burton** (1621) que na sua obra magna *Anatomy of Melancholia* divide a melancolia em *head melancholia*, *body melancholia* e *hypochondriacal melancholia*; **Boissier Sauvage** (1768) classificou a melancolia dentro dos *Disturbances of the intellectual life* e dividiu-a em 14 tipos distintos (**fig. 1**); **William Cullen** (1769) que a atribuiu às “*disorders of judgement without pyrexia*”, segregou-a em oito tipos, consoante o assunto central do paciente (**fig. 2**). [5]

Ordinary Melancholia
 Erotomania
 Religious Melancholia
 Imaginary Melancholia
 Extravagant Melancholia
 Melancholia Attonita
 (characterized by immobility and silence)
 Vagabond Melancholia
 (characterized by an intense need of movement)
 Dancing Melancholia
 Hippanthropic Melancholia
 (characterized by delusions of being transformed into a horse),
 Scythian Melancholia
 Melancholia Anglica
 (characterized by wish for dying)
 Zoanthropic Melancholia
 (characterized by delusions of being transformed into an animal)
 Enthusiastic Melancholia
 (characterized by the belief of being divine)
 Sorrowful Melancholia

Fig. 1 - Os 14 tipos de “species of disease” integrados dentro da classe melancolia na classificação de Boissier de Sauvage (1768). [5]

Imagination that One's Body is in a Dangerous Condition
 or that
 One's Affairs Are in a Desperate State
 Imagination that One's Affairs Are in a Prosperous State
 Violent Love
 Superstitious Fear of Future
 Aversion from Motion and From All Offices of Life
 Restlessness and Impatience
 Weariness of Life
 Deception Concerning the Nature of One's Species

Fig. 2 - Os oito tipos de “species of disease” incluídos na classe melancolia da nosologia de William Cullen (1769). [5]

IV.Séc. XIX – Séc. XX

Foi com o início do século XIX que surgiram as mudanças mais drásticas no significado de melancolia. Descreve-se a contribuição dos diferentes autores, através de uma ordem cronológica, desde o início da substituição gradual pelo termo depressão até à posição atual do conceito melancolia.

Pinel (1745-1826), como um dos principais defensores do tratamento adequado para as doenças mentais, inaugurou o **primeiro asilo** destinado exclusivamente aos alienados, contrariamente aos seus antecessores do séc. XVIII que impunham bizarras formas de “domesticação” a estes doentes e não acreditavam na sua cura. [4] Com isto, criou condições para a observação sistemática da loucura pelo saber médico, dando início à **era das classificações e dos cuidados asilares**. [4] Nas suas construções, dividiu as doenças mentais em **melancolia**, **mania** (termo destinado a representar qualquer tipo de loucura), **dementia** e **idiotismo**. [3][4][5] Ao descrever os **melancólicos** como “dominados por uma ideia exclusiva, da qual se lembram sem cessar em seu propósito” e “*delirium about one subject exclusively*”, colocou como elemento **central** na patologia melancólica a noção de **ideia fixa** (também chamada de **delírio parcial**), em contraposição à mania, a qual caracterizava por “uma excitação nervosa ou agitação extrema (...) e um **delírio geral** mais ou menos acentuado” que se estendia a todas as faculdades mentais. [2][4]

Foi **Esquirol** (1772-1840), discípulo de Pinel, que introduziu as alterações mais dramáticas no valor semântico do termo. Este autor defendia a retirada da terminologia melancolia, dado conter uma conotação vaga e demasiado abrangente e possuir uma origem “inteletualística” (delírio parcial, ou seja, uma alteração do pensamento, intelecto) que a desqualificava como o termo adequado para as novas “*emotional insanities*”. [1][2][4] Assim, propôs o termo **lipemania** (*lupos* = tristeza) em substituição, para descrever uma síndrome de “**delírios que são crónicos e fixados em tópicos específicos, ausência de febre, e uma tristeza frequentemente debilitante e esmagadora**”, dando ênfase à componente emocional. [1][2]

Destacam-se ainda outros autores que, ao criticarem igualmente a terminologia, propuseram da mesma forma novos termos como substituição do termo melancolia, atribuindo ênfase à noção afetiva, nomeadamente **Rush** (1812) com “**tristimania**” e **Karl Kahlbaum** (1863) com “**distimia**”. [1]

Apesar destas tentativas, o termo melancolia permaneceu na época como distúrbio do juízo/pensamento. [2]

Será ao longo do séc. XIX que surge uma preferência pelo termo **depressão** em detrimento do de melancolia, inicialmente usado em associação e eventualmente substituindo-o. O

termo depressão usado na língua francesa e derivado do latim *depremere* significava “pressionar para baixo”. [4]

Alguns autores defendem que terá sido **Delasiauve** (1856) um dos primeiros a citar o termo ‘**depressão**’ aplicado ao “**afundamento, i.e. depressão, dos espíritos**”. Possuía a vantagem, em relação à melancolia, de apresentar um carácter mais intuitivo e restrito no seu significado. Em 1860, “**depressão**” já estaria presente em **dicionários médicos**, definida como “*lowness of spirits of persons suffering under disease*”. [1] Agora seria apenas levá-la para o dicionário psíquico.

De facto, sugeria um ‘afundamento’ tanto fisiológico como metafórico da função emocional, tendo a capacidade semântica para nomear tanto um ‘sintoma’ como uma ‘condição’. [1] Efetivamente, é possível encontrar citações em que o termo ‘depressão’ foi utilizado aplicado a um sintoma: no seu artigo clássico ‘*Hypochondriasis*’ **William Gull** (1868), escreveu “*its principal feature is mental depression, occurring without apparently adequate cause*” [1] e **Savage** (1898), em ‘*Insanity and the allied neuroses*’, definiu melancolia como “estado de **depressão mental**, em que a miséria é irracional”. [4]

Definitivamente, ‘**Depressão mental**’ gradualmente substituiu o termo melancolia (até ao fim do século) e esta foi cada vez mais usada para nomear um subtipo de depressão psicótica. Na transição para o séc. XX, **Emil Kraepelin** (1856-1926) revolucionou a nosologia psiquiátrica com a separação das perturbações afetivas (psicose maníaco-depressiva) da *dementia praecox*. Inicialmente, Kraepelin continuava a adotar o termo melancolia e seus subtipos, recorrendo à denominação “*mental depression*” ou “*depressive form*” como subclassificação para descrever afetos, quando havia predominância deste carácter de ‘afundamento’ dos espíritos. Na primeira edição do seu livro (1883), antes de estabelecer essa separação, reconhecia quatro formas diferentes de melancolia que classificava distintamente: “*melancholia simplex*” e “*delusional melancholia*” como depressão mental; “*melancholia activa*” como excitação mental; “*melancholia periodic*” como psicose periódica. Na segunda edição (1887), a melancolia era uma das 12 classes de doenças e manifestava-se de três formas: “*melancholia activa*”, “*melancholia simplex*” e “*melancholia attonita*”. Na quarta edição (1891) propõe o conceito unitário de melancolia, uma doença caracterizada por retardo de movimentos e pensamentos. Gradualmente foi abandonando o termo e na quinta e sexta edições (1896, 1899) utiliza-o apenas para se referir à ‘**involutional melancholia**’ (uma forma de subtipo de psicose caracterizada por delírios de culpa). Finalmente, na sétima e oitava edições (1904, 1913), ao considerar apenas uma única condição - a **psicose maníaco-depressiva** -, os estados melancólicos e depressivos foram imersos dentro desta entidade diagnóstica. [1][3][4]

Posteriormente, o termo depressão também foi estudado e conceptualizado tendo em conta vários considerandos, entre os quais, a etiologia.

Nos trabalhos de Emil Kraepelin, a palavra depressão, enquadrada no seu conceito de Psicose Maníaco-Depressiva, restringia-se originalmente à “**depressão endógena**”, qualificativo introduzido por **Moebius** (1893), para quem o termo endógeno era usado para se referir a estados julgados resultarem de uma degeneração (teoria da degeneração). [3] Em seguida, esta noção foi ampliada primeiramente para incluir a “**depressão sintomática**” designada por **Bonhoeffer** (1910), intrinsecamente ligada à doença somática, e posteriormente para integrar a “**depressão psicogénica**”, precipitada por eventos da vida, retratada por **Wimmer** (1916). [3]

Mais tarde, esta divisão foi substituída pela tricotomia de **Kurt Schneider** (1920): “**depressão vital**”, “**psicopatia depressiva**” (uma anomalia do desenvolvimento da personalidade) e “**depressão reativa (psicogénica)**”. [3]

Finalmente, na década de 1950, **Karl Leonhard** dividiu a **depressão endógena** em “**depressão bipolar**” - exibida em manifestações multiformes, mudando continuamente as manifestações dentro e ao longo dos episódios - e “**depressões unipolares**”

(monopolares)" - exibidas na sintomatologia simples e fixa que retorna em um curso periódico inalterado. [3]

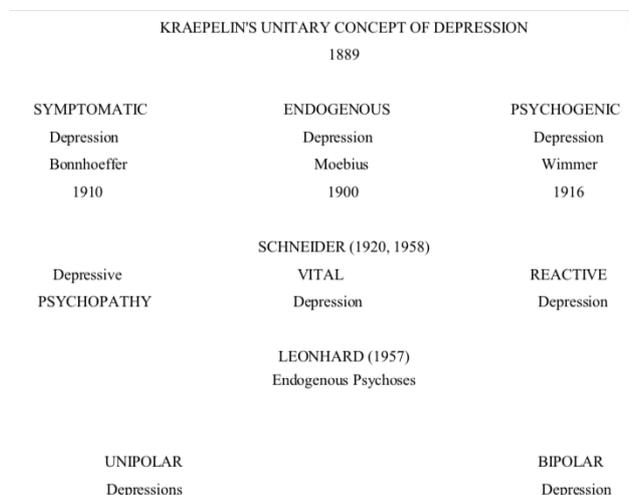


Fig. 3 – Contribuição dos vários autores no desenvolvimento da diferenciação da depressão. [3]

No séc. XX, **Adolf Meyer** (1866-1950), criador do primeiro *Diagnostic Statistic Manual* (DSM I, 1952), é considerado o autor que formalizou a substituição de melancolia por depressão como categorização diagnóstica oficial - "*depression of mental energies*". [4]

Nas edições seguintes do DSM, paralelamente com as classificações encontradas na Classificação Internacional de Doenças (CID), verificou-se a convergência no grupo "*depressive disorders*" dos diagnósticos: "*involutional melancholia*" (Kraepelin, 1896), "*manic-depressive psychosis, depressed type*" (Kraepelin, 1899), "*reactive depressive psychoses*" (Wimmer, 1916) e "*depressive neurosis*". No fim do séc. XX, estes diagnósticos acabam por desaparecer ao serem substituídos por uma única condição - "*unitary concept of depression*" -, denominada por "*depressive episode*" ou "*major depressive episode*", em CID-10 (1993) e DSM-IV (1994), respetivamente. [3][7]

V. Atualidade – Séc. XXI

Atualmente, os critérios contemplados no DSM-5 (2013) para episódio depressivo major exigem as **alterações afetivas** (humor triste e/ou anedonia) como **núcleo da patologia**, em conjunto com as perturbações do **comportamento** (perda ou aumento de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora e/ou fadiga) e do **pensamento** (sentimentos de culpa, dificuldade na concentração e/ou pensamentos de morte). [8]

Nos dias de hoje, o termo melancolia permanece aplicado como **especificador** de episódios depressivos. Nesta perspetiva, as características melancólicas reportam a um extremo na incapacidade em sentir prazer e/ou um humor deprimido qualitativamente distinto, também chamado de humor vazio, em associação com uma predominância das alterações psicomotoras e da vida instintiva (como a insónia terminal típica deste especificador). Assim, o qualificativo melancólico atual afasta-se consideravelmente do valor semântico inicial do termo melancolia, no qual o caráter cognitivo e comportamental era o mais importante definidor da doença. Dito de outro modo, o subtipo psicótico de depressão será talvez o que mais se aproxima da visão 'intelectualística' da melancolia, segundo a qual esta era vista como uma condição de *partial delusions*'. [8]

Conclusão

A distância percorrida ao longo da história ressalta o afastamento do que era concebido como melancolia no início dos tempos. O grande marco da evolução do conceito verificou-se com a transição para uma visão afetiva como núcleo da definição de melancolia, no fim substituída pelo termo depressão. Por este motivo, parece-me correto afirmar que o antigo diagnóstico de melancolia não apresenta um análogo correto e fidedigno com as conceptualizações atuais da psiquiatria moderna. A noção atual do ser ou estar melancólico, mesmo na linguagem comum, pouco se sobrepõe ao que foi inicialmente concebido com a criação o termo. Ainda assim, a estruturação atual de depressão com sintomas psicóticos será talvez o que mais se aproxima da visão ‘intelectualística’, a qual era predominante na melancolia descrita como ‘*partial delusions*’.

Bibliografia

1. BERRIOS, German — Melancholia and Depression During the 19th Century: A Conceptual History. *British Journal of Psychiatry*. 153 (1988) 298–304.
2. SANTA CLARA, Carlos — Melancolia: da Antiguidade à Modernidade, uma breve análise histórica. *Rev. Saúde Ment. Unipac*. 7:13 (2004).
3. BAN, Thomas — From Melancholia to Depression: A history of Diagnosis and Treatment. *International Network for the History of Neuropsychopharmacology* (2014) 1–55.
4. TEIXEIRA, Marco — Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*. 4:1 (2005) 41–56.
5. JACKSON, Stanley — Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 17:2 (1992) 81–83.
6. MATOS, Júlio — *A paranoia*. Lisboa: Ulmeiro, 2007.
7. Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Organização Mundial de Saúde, 1992.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.

EPILEPSIA GRAGEIAS GELINEAU

Tornaram-se o Remédio por excellencia de todas a molestias **Nervosas e Convulsivas** e especialmente de **Epilepsia**. (*Union Médicale*)

As **GRAGEIAS GELINEAU** triumphan contra o **Hysteria**, o **Nervosismo Feminino** e os **Desarranjos psychosensoriaes da Edade Critica**. (*Dr L. Vernon*).

As **GRAGEIAS GELINEAU** tem sido receitadas pelos medicos especialistas que obtiveram resultados absolutamente notaveis em grande numero de **Nevroses Graves** o que não poderiam ter conseguido com o Bromureto se sem ariscar produzir accidentes bromicos, à frente d'essas nevroses citemos a **Epilepsia**.

J. MOUSNIER, Sceaux (Seine) France.

Publicidade às Grageias Gelineau
(in *A Medicina Contemporânea* 1915)

ESQUIZOFRENIA – A EVOLUÇÃO DE CONCEITO(S)

Sofia Domingues¹, Regina Massano²

Centro Hospitalar Médio Tejo

¹Médica interna de Psiquiatria, ²Assistente hospitalar de Psiquiatria

Email:sofia.domingues@chmt.min-saude.pt

Resumo

O conceito de esquizofrenia sofreu alterações ao longo do tempo.

Kraepelin definiu *dementia praecox*, que agrupava quadros distintos anteriormente descritos, como catatonia, hebefrenia e paranoia. A evolução deficitária era o ponto comum, culminando no enfraquecimento psíquico cognitivo e comportamental.

Bleuler, baseado na análise de mecanismos psicológicos, renomeou a *dementia praecox* como esquizofrenia, defendendo a cisão das funções psíquicas como mecanismo central explicativo da doença. Daí resultariam os sintomas primários: afrouxamento associativo, ambivalência, autismo e embotamento afetivo.

Jaspers focou-se na evolução longitudinal da doença, inspirado na dicotomia processo-desenvolvimento. O Processo psíquico consistia na irrupção de elementos estranhos, heterogêneos e psicologicamente incompreensíveis, determinando um ponto de inflexão na linha evolutiva da personalidade.

Kurt Schneider, na tentativa de melhorar o diagnóstico, tentou determinar sintomas específicos, conhecidos como sintomas de primeira ordem.

As classificações internacionais basearam-se nas descrições de diversos autores, sendo ainda hoje visível a marca distintiva de alguns na CID e na DSM.

Palavras-chave: esquizofrenia, *Kraepelin*, *Bleuler*, *Jaspers*, *Schneider*

Abstract

The concept of schizophrenia has changed over time.

Kraepelin defined *dementia praecox*, which grouped different pictures previously described: catatonia, hebephrenia and paranoia. The deficient evolution was the common point, leading to the cognitive and behavioral psychic weakening.

Bleuler, based on the analysis of psychological mechanisms, renamed it as schizophrenia, stating that the split of psychic functions was the central explanatory mechanism. Hence the primary symptoms would result: associative loosening, ambivalence, autism and blunting of affect.

Jaspers focused on the longitudinal evolution of the disease, inspired by the process-development dichotomy. The psychic process consisted of the irruption of strange, heterogeneous and psychologically incomprehensible elements, breaking the evolutionary line of the personality.

Kurt Schneider tried to determine specific and pathognomonic symptoms, known as first-order symptoms.

The international classifications were based on the descriptions of several authors some of them leaving a visible fingerprint on the current classifications (ICD and DSM).

Keywords: schizophrenia, *Kraepelin*, *Bleuler*, *Jaspers*, *Schneider*

Introdução

O conceito de esquizofrenia é relativamente recente. Ao longo da história da Psiquiatria, várias concepções lhe foram atribuídas e o conceito foi sofrendo transformações importantes, sob a influência de vários autores e escolas psiquiátricas. No último século, verificou-se uma profusão de publicações e pelo menos 23 definições do conceito foram descritas. Pese embora o poder enriquecedor de tais trabalhos, isto contribuiu também para uma certa confusão na definição de esquizofrenia e seus critérios diagnósticos.

O enquadramento histórico da evolução do conceito pode ser grosseiramente descrito em três períodos: 1) as origens com *Kraepelin*, *Bleuler* e *Schneider*, entre outros, (2) o período de expansão do conceito, influenciado por diversas escolas e teorias e (3) o período de restrição do conceito.²

Numa análise atenta, percebe-se que as classificações internacionais refletem muito do que foi descrito nos primórdios da esquizofrenia pelos autores clássicos.

Pretende-se neste artigo revisitar alguns dos autores que maior contribuição legaram para o entendimento atual da esquizofrenia.

A esquizofrenia antes da esquizofrenia

A classificação de doenças iniciou-se muito cedo na História da Medicina e muitos dela se ocuparam no século XIX. Existiam duas formas principais de classificação diagnóstica: baseada nos sintomas ou baseada na etiologia. Em Psiquiatria, a observação clínica constituiu durante muito tempo a principal ferramenta para fundamentar a nosologia.

O paradigma pluralista das doenças mentais, sobretudo dominado pela Psiquiatria francesa, teve grande influência até ao início do século XX, sendo gradualmente substituído pelo paradigma das grandes estruturas, dominado pela Psiquiatria alemã e desenvolvido a partir de meados do século XIX.

Para os últimos, os quadros psicóticos deveriam ser entendidos como uma entidade única - *Einheitspsychose* – termo cunhado por *Ernest Zeller*, em 1844. Segundo este paradigma, existiria uma psicose única, que se apresentava multiforme por depender de vários estímulos ambientais e outros fatores.

Ao longo do tempo, foram criados novos conceitos e os termos e quadros clínicos anteriormente descritos foram reformulados e reagrupados.

Bénédict-Augustin Morel (1809-1873)

Embora muitas vezes atribuído a *Kraepelin*, o termo *Démence précoce* já havia sido usado por Morel para descrever uma curiosa degradação intelectual da segunda idade, que iniciava como acesso agudo e culminava na fase terminal de dissolução psíquica, passando por fases sucessivas de torpor e de agitação.

No seu trabalho *Études Cliniques* (1851), *Morel* descreveu “alienados jovens ainda que se apresentem ao observador com todas as hipóteses de cura (...) após um exame atento convencemo-nos de que o desenlace no idiotismo e na demência é o triste coroar da evolução.”⁴

Karl L. Kahlbaum (1828-1899)

Kahlbaum descreveu a “demência de tensão”, um quadro de deterioração mental em que as características mais evidentes seriam perturbações da atividade motora voluntária, incluindo, entre outros, rigidez muscular, atitudes e posturas peculiares, estereotípias, flexibilidade cérea e estados estuporosos.

“... since in every case it may be surmised there is a change in the state of tension of the muscles, or more precisely their corresponding nerves, I would like to call this illness madness of tension or catatonic vesany (*catatonia*)”.⁵

Ewald Hecker (1843-1909)

O termo hebefrenia foi cunhado por *Hecker*, aluno de Kahlbaum, para descrever quadros semelhante à demência precoce em que se verificavam alterações formais da linguagem proeminentes desde o início. Na sua monografia de 1871, *Hecker* relatou a *parafrenia hebetica* “a sua eclosão em relação com a puberdade... o seu termo rápido num estado de fraqueza psíquica, e a forma particular de que se reveste esta estupidez terminal, cujos indicadores se reconhecem nos primeiros estádios da doença (...) anomalias da construção sintática que se altera várias vezes durante a elaboração de longas frases, sem que, por isso, se perda o fio do curso do pensamento; impossibilidade de formular o pensamento de forma concisa... O doente apresenta tendência para se manter fixado num tema – e para falar como Hamlet – em “perseguir até à morte” certas fraseologias e formas oratórias. Finalmente, uma propensão marcada para se desviar da forma normal de falar e escrever, para alterar a linguagem e para falar e escrever em jargão estrangeiro.”⁴

Emil Kraepelin (1856-1926)

Geralmente afirma-se que a esquizofrenia como hoje a conhecemos teve origem nos trabalhos de *Kraepelin*. *Kraepelin* dedicou-se a observar e descrever relatos empíricos de centenas de doentes com apresentações clínicas diversas. Note-se que *Kraepelin* empregou muitos termos já antes cunhados por outros autores, mas que sofreram reformulações sucessivas à luz da “nosologia kraepeliniana” e que ficou patente nos diversos tratados sobre *Dementia Praecox*.

Na 5ª edição do seu tratado, descreveu como unidades separadas a *dementia praecox*, a catatonia e a *dementia paranoide* (ou antes, a parte da paranoia que levava ao enfraquecimento psíquico). Na 6ª edição, de 1899, a *dementia praecox* passou a ser considerada como uma doença única que se podia apresentar em três formas clínicas: hebefrénica, catatónica e paranoide. O critério discriminativo essencial desta *dementia praecox* era um critério evolutivo, o da evolução terminal como um estado de enfraquecimento psíquico. Na 8ª edição, ficou patente a dicotomia entre psicose maníaco-depressiva e psicose da *dementia praecox*, sendo a última subdividida em subtipos: catatonia, hebefrenia e *dementia paranoide*.

A ideia geralmente veiculada nos seus tratados era a de que, independentemente da forma de apresentação inicial, os casos tinham em comum o início em idade jovem e a evolução crónica com deterioração progressiva a nível cognitivo e do comportamento, culminando num estado de enfraquecimento psíquico franco. (De notar que, apesar desta expressão, *Kraepelin* também descreveu jovens que sofriam um “enfraquecimento psíquico”, mas não necessariamente demencial, observando-se evolução favorável em mais de um quarto dos casos). Ele considerava haver uma base orgânica presuntiva (mas não definida) e incluiu nesta expressão sintomas diversos que poderiam substituir-se ou sobrepor-se ao longo da evolução da doença. A divisão em várias formas teria apenas interesse formativo: “*Detailed clinical presentation of the big field of dementia praecox encounters considerable difficulties, because the various clinical pictures can only be differentiated artificially.*”¹²

Eugen Bleuler (1857–1939) - o nascimento da esquizofrenia

Bleuler, contemporâneo de *Kraepelin*, *Freud* e *Jung*, pretendia com o seu trabalho criar uma teoria explicativa baseada em mecanismos psicológicos e definir sintomas que permitissem caracterizar e diagnosticar este grupo. Daí resultou a renomeação da *dementia praecox* para Grupo das Esquizofrenias, manifesta na obra *Dementia praecox, oder die Gruppe der Schizophrenien* (1911), publicada na mesma altura que o último trabalho de *Kraepelin*.

O termo partiu da palavra alemã **Spaltung** (de raiz grega *skhízēin* - cisão, dissociação, deslocação, clivagem), daí transformada para **esquizofrenia(s)** (esquizo = cisão; frenia = mente), remetendo para a ideia central de que o mecanismo base da doença seria a cisão das

funções psíquicas em complexos independentes (cisão entre pensamentos, emoções e comportamento) que rompiam a unidade da personalidade, passando esta a ser dominada tão depressa por um ou por outro destes complexos.

“Chamo à Demência Precoce **Esquizofrenia** porque conforme pretendo demonstrar, a cisão das funções psíquicas mais diversas é uma das suas características mais importantes. Por razões de comodidade, uso esta palavra no singular, apesar deste grupo incluir provavelmente diversas doenças.”⁴

Bleuler admitia uma evolução totalmente imprevisível, que poderia evoluir continuamente ou por surtos, sem nunca atingir o *restitutio ad integrum*, mas que não evoluía forçosamente para o estado terminal de demência.

Segundo a sua teoria, os sintomas dividiam-se em fundamentais e acessórios. Os sintomas fundamentais ou primários seriam consequência direta da alteração cerebral subjacente e incluíam 1) associação frouxa de ideias, 2) ambivalência, 3) afeto incongruente/embotamento e 4) autismo. Estes sintomas foram agrupados na mnemónica “os 4 AA de *Bleuler*”. (Alguns autores consideram haver não quatro, mas sim seis sintomas principais, incluindo também perturbação da atenção e avolição)². Os sintomas acessórios ou secundários correspondiam a mudanças indiretas, fruto de reações da personalidade, que se expressavam naquilo que *Bleuler* denominou de “complexos afetivamente carregados”. Estes não eram essenciais ao diagnóstico, mas tornavam-se mais evidentes do que os sintomas primários e incluíam 1) alucinações, 2) delírios, 3) distúrbios do humor e 4) catatonia.

Bleuler distinguiu as esquizofrenias em quatro formas clínicas: paranoide, catatónica, hebefrénica e simples (a última caracterizada apenas pelos sintomas fundamentais).

Karl Jaspers (1883 – 1969)

Jaspers fundou as bases da fenomenologia do delírio, situando este fenómeno no estudo da consciência da realidade. O delírio ganhou a perspectiva de "vivência delirante", sendo valorizada a experiência do doente e as descrições que este fazia da experiência.

Na sua obra “Psicopatologia Geral” (1913), ficaram patentes os conceitos que descreviam os ciclos de evolução típicos da doença mental, aplicando à Psiquiatria termos já descritos para doenças orgânicas na obra “Patologia Geral da Medicina”.

A esquizofrenia correspondia a um Processo psíquico, situação na qual a irrupção de elementos estranhos, heterogêneos e psicologicamente incompreensíveis conduziam à transformação incompreensível da personalidade, com caráter persistente e quase sempre irreversível. “As alterações dos processos psíquicos são, por princípio, definitivas.”⁹

O Processo psíquico diferia do Desenvolvimento, em que a instalação de sintomas era insidiosa e ocorria num continuum compreensível com a personalidade e as disposições individuais, dos quais eram exemplo algumas neuroses e as personalidades psicopáticas.

Kurt Schneider (1887–1967)

Uma das principais contribuições de *Schneider* foi a tentativa de estabelecer critérios diagnósticos fidedignos. Na sua obra *Klinische Psychopathologie*, de 1948, definiu os sintomas de primeira ordem (SPO). Estes eram sintomas que ocorriam com frequência razoável na esquizofrenia, não deviam ocorrer noutras condições, e a sua identificação devia ser fácil e inequívoca. Na prática clínica, os SPO poderiam ser vistos como um meio de decidir o grau de certeza do diagnóstico: se os SPO aparecessem na ausência de organicidade, poderia

supor-se o diagnóstico com grande grau de certeza. Ainda hoje, a tradição diagnóstica de algumas escolas utiliza os SPO para apoiar o diagnóstico.

Na tabela seguinte apresentam-se os sintomas de primeira ordem de Schneider (adaptado de OYEBODE, Emi - “SIMS Sintomas da mente: Introdução a Psicopatologia Descritiva”. 4ª edição):

Sintomas de Primeira Ordem (de *Schneider*)

- Percepção delirante
- Pensamentos audíveis (eco do pensamento)
- Vozes argumentando ou discutindo
- Vozes comentadoras de ação
- Roubo do pensamento
- Inserção do pensamento
- Difusão do pensamento
- Passividade do afeto (sentimentos “fabricados”)
- Passividade do impulso (impulsos “fabricados”)
- Passividade da volição (actos volitivos “fabricados”)
- Passividade somática (influência sobre o corpo)

Classificações Internacionais atuais

A determinada altura, a influência de tantos autores, escolas e políticas levaram a critérios diagnósticos latos que conduziram a uma ampliação e delimitação frouxa do diagnóstico de esquizofrenia, com conseqüente sobrediagnóstico. Nomeadamente os psiquiatras americanos diagnosticavam a esquizofrenia de forma muito mais ampla do que os psiquiatras britânicos, incluindo no conceito casos de transtornos de personalidade e de humor.² Alguns estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos da América confirmaram essas suspeitas e a necessidade de se delimitar e uniformar critérios. Entre eles, o Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia - *The International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS: five-years follow-up findings*, de 1973, um trabalho transcultural desenvolvido em 9 países dos diferentes continentes, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo objetivo era encontrar invariantes da esquizofrenia e critérios universais para o seu diagnóstico, concluiu que os sintomas de esquizofrenia eram semelhantes nas diversas culturas e independentes destas, nomeadamente a ausência de *insight*, as alucinações auditivas e verbais, a sonorização do pensamento, o embotamento afetivo e as ideias e delírios de referência, reforçando a ideia de utilizar critérios universais para o seu diagnóstico.

As atuais classificações internacionais: a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA) servem, entre outros propósitos, o de uniformizar os critérios de diagnóstico a nível mundial.

Mas estas não representam um abandono do conhecimento anteriormente desenvolvido pelos autores clássicos. Pelo contrário, os estudos sistemáticos que passaram a influenciar a nosologia e contribuíram para critérios diagnósticos mais restritos vieram em parte confirmar algumas das teorias e quadros já descritos por autores clássicos.

Em ambas as classificações, é evidente a divisão entre perturbações do humor e perturbações psicóticas, divisão já firmada nos trabalhos de *Kraepelin*. O critério evolutivo é tido em conta, sobretudo no DSM, que prevê pelo menos 6 meses de duração e tem em conta a evolução para um possível estado deficitário, o que já teria sido assumido por vários destes autores.

A Classificação Internacional de Doenças, atualmente na sua 10ª edição, elenca os critérios de diagnóstico fundamentalmente baseados nos SPO definidos por *Kurt Schneider*, contempla o diagnóstico de esquizofrenia em subtipos, nomeadamente paranoide, catatónico e

hebefrênica, e prevê a possibilidade da existência de uma forma de esquizofrenia, a esquizofrenia simples, semelhante à descrita inicialmente por *Bleuler*.³

Conclusão

O conceito de esquizofrenia nasceu no empirismo da clínica e na observação continuada de doentes e durante muito tempo as classificações de doenças basearam-se sobretudo em descrições empíricas. Com o avanço da ciência, os estudos empíricos deram lugar a estudos sistemáticos, investigação genética e das neurociências, que contribuem para modelar a compreensão atual de esquizofrenia. Ainda assim, verifica-se importância do anteriormente descrito por muitos autores clássicos e que muitos dos critérios clínicos que hoje fundamentam a nosologia tinham já sido descrito por estes.

Certamente que no futuro muito se concretizará no estudo do diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que esta doença e suas manifestações continuam a intrigar psiquiatras, tanto na prática clínica como na investigação.

Bibliografia

1. DURVAL, Rui – As Esquizofrenias Segundo Eugen Bleuler e Algumas Concepções do Século XXI”. Link: <https://Docplayer.Com.Br/6718648-As-Esquizofrenias-Segundo-Eugen-Bleuler-E-Algumas-Concepcoes-Do-Seculo-Xxi.Html> (Visitado Em: 29.02.2020)
2. ELKIS, Helio – A Evolução Do Conceito De Esquizofrenia Neste Século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Suplemento I (2000) 23-6.
3. GAMITO, António – O Diagnóstico Da Esquizofrenia Segundo Kraepelin. *Psilogos*. 2:1 (2005) 91-94
4. GARRABÉ, Jean — História Da Esquizofrenia. Lisboa: Climepsi Editores, 2004, p. 19,31
5. GOLDAR, Ruan et al. – Karl Ludwig Kahlbaum's Concept Of Catatonia. *History of Psychiatry*. 6:6 (1995) 201.
6. JABLENSKY, Assen – The Diagnostic Concept Of Schizophrenia: Its History, Evolution, And Future Prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 12:3 (2010) 271–287.
7. LIEBERMAN, Jeffrey – Psiquiatras – Uma História Por Contar. American Psychiatric Publishing, 2015.
8. OYEBODE, Emi — Sims Sintomas Da Mente: Introdução A Psicopatologia Descritiva. 4ª Edição. Saunders Elsevier. p.182-183.
9. TRIPICCHIO, Adalberto – O Delírio Visto Por Karl Jaspers. Link: <http://Www.Redepsi.Com.Br/2007/08/08/O-Del-Rio-Visto-Por-Karl-Jaspers/> (Consultado Em: 29.02.2020)

“BEM-VINDO À NEUROPOLIS”: O APELO À REMODELAÇÃO NEUROQUÍMICA DO EU NAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS NORTE-AMERICANAS AOS NEUROFÁRMACOS

Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol

Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos da Faculdade de Letras
da Universidade de Coimbra
Investigadora integrada e pós-doutoranda
Email:anaisafig@hotmail.com

Resumo

Nos E.U.A., um país marcado pela especificidade legal de permitir a publicidade aos neurofármacos direcionada aos seus potenciais consumidores, tem-se vindo a assistir a diversas polémicas à volta do aumento do consumo de substâncias psicotrópicas e das suas consequências no controlo social dos americanos. Assim, se por um lado o consumo de antidepressivos tem vindo a aumentar exponencialmente, sobretudo entre as mulheres americanas, por outro lado também o aumento do consumo de estimulantes por crianças cada vez mais novas constitui uma preocupação crescente. No entanto, estes fenómenos encontram parte da sua explicação no impacto das extensivas campanhas publicitárias aos neurofármacos neste país, por meio das quais é dirigido ao corpo social americano todo um convite à remodelação neuroquímica das suas personalidades com objetivos muito específicos. A análise da retórica subjacente às campanhas publicitárias aos neurofármacos neste contexto poderá constituir-se como uma ferramenta particularmente útil para a compreensão deste problema.

Palavras-chave: neurofármacos, personalidade, retórica publicitária, manipulação

Abstract

In the U. S., a country marked by the legal specificity of allowing direct to consumer advertising of neuropharmaceuticals, there have been several controversies surrounding the increase in the consumption of psychotropic substances and their consequences on the social control of Americans. Thus, while the use of antidepressants has been increasing exponentially, especially among American women, on the other hand, the increasing consumption of stimulants by increasingly young children is a growing concern. However, these phenomena find part of their explanation in the impact of the extensive advertising campaigns for neuropharmaceuticals in this country, through which an entire invitation to the neurochemical remodeling of their personalities with very specific objectives is addressed to the American people. The analysis of the rhetoric underlying advertising campaigns for neuropharmaceuticals in this context could be a particularly useful tool for understanding this problem.

Keywords: neuropharmaceuticals, personality, advertising rhetoric, manipulation

Introdução

O objetivo do presente artigo consiste em, partindo de uma breve análise do fenómeno do aumento do consumo de neurofármacos no contexto norte americano, e da própria história da publicidade diretamente endereçada aos consumidores destas substâncias entre os cidadãos deste país, refletir sobre até que ponto estes fármacos estarão

genericamente a ser usados para o controlo social das populações que os consomem, ou como mera cosmética farmacológica disponível a uma grande maioria de indivíduos. Para tirar conclusões acerca destes aspetos, debruçar-nos-emos sobre a análise retórica de alguns casos concretos de campanhas publicitárias aos psicoestimulantes infantis nos E.U.A., tentando aferir até que ponto o direcionamento dos anúncios a socioestilos muito específicos de consumidores pode estar a criar nas nossas sociedades a ideia de que podemos modelar e remodelar quimicamente as nossas personalidades, em função de objetivos específicos dos Estados ou dos próprios indivíduos.

Discussão

O facto de os Estados Unidos permitir, na área da venda de neurofármacos, formas de publicidade diretamente orientadas ao consumidor tem vindo a fomentar o debate entre os americanos, não apenas sobre o consumo crescente deste tipo de substâncias, como também acerca do seu impacto no próprio controlo dos indivíduos, tendo em vista determinados fins de “modelação neuroquímica” da população americana. Estas polémicas, como sabemos, são alimentadas por dados estatísticos verdadeiramente preocupantes, de acordo com os quais o número de crianças que tomam drogas psiquiátricas aumentou em 650% entre 1990 e 1997. Estima-se também que, na década 1990-2000, o mercado psiquiátrico americano aumentou 638%. Existem ainda dados que nos dão conta de que, em 2010, nos EUA, consumiam substâncias psicotrópicas 15% dos homens, 26% das mulheres, 7% dos rapazes e 5% das raparigas. A contribuir para estes dados entre a população infantil, estão estatísticas que nos dão conta de que é previsível que 15% das crianças americanas sejam diagnosticadas com défice de atenção e hiperatividade até ao final da sua infância. São também diversos os estudos que provam a estreita correlação entre o aumento da publicidade direta ao consumidor dos neurofármacos e o aumento no uso desses medicamentos: os cinquenta medicamentos mais divulgados no ano 2000 tiveram um aumento de trinta e dois por cento nas vendas em relação ao ano anterior.¹

Quanto mais os Estados americanos têm tentado limitar o uso deste tipo de substâncias (porque estados como o Minnesota, o Michigan e o Colorado, entre outros, têm vindo a restringir o seu uso), mais agressiva tem sido a resposta em termos de publicidade aos neurofármacos pelas farmacêuticas.² No entanto, a compreensão deste impacto da publicidade aos neurofármacos nos Estados Unidos só poderá ser cabalmente compreendida se atendermos ao próprio contexto em que ela teve início.

No início da década de 70 do século XX, as farmacêuticas produtoras de substâncias psicotrópicas apenas podiam fazer publicidade a estas substâncias aos médicos e farmacêuticos, porque os E.U.A. foram um dos 71 países a tornar-se signatários da *Convenção das Nações Unidas para as Substâncias Psicotrópicas*, ao abrigo da qual era proibida a publicidade direta ao consumidor de produtos de venda controlada, como os estimulantes. No entanto, a tradução legal deste compromisso na legislação federal falhou, pelo que a quebra deste acordo com trinta anos começou com a publicidade a estas substâncias em determinados canais de televisão por cabo e em anúncios estrategicamente colocados nas revistas femininas, a partir de 2001.

Foi alegado que a forma como o acordo com a ONU foi assinado, em 1971, apenas lhe conferia validade de 30 anos e a verdade é que, na medida em que não houve propriamente uma tradução legal federal nesta proibição, este acordo apenas teve a sua vigência à maneira de um “acordo de cavalheiros” entre a indústria farmacêutica e o governo federal. Tudo isto

¹ Cf. ROSE, Nikolas – “Becoming Neurochemical Selves”. In: STEHR, Nico – *Biotechnology, Commerce and Civil Society*. Somerset: Transaction Publishers, 2004, pp. 89-128.

² Cf. STRAW, Mathew – “Recent Developments in Direct Consumer Advertising of Attention Disorder Stimulants and Creating Limits to Withstand Constitutional Scrutiny”. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*. Vol. 19, n.495 (2003), pp. 495-520.

fez com que, a partir de 2001, as farmacêuticas tivessem investido num autêntico boom de publicidade às substâncias psicotrópicas, o que tem vindo a provocar consequências verdadeiramente impactantes na sociedade americana, desde logo porque os vários estudos que se fizeram acerca dos primeiros anúncios concluíram que eles continham pouca informação científica para os seus consumidores, que a partir dela seriam incapazes de fazer escolhas informadas sobre o consumo destes fármacos. Nenhum anúncio, segundo os vários estudos, mostra efeitos positivamente quantificáveis da toma destas substâncias, apesar de uma significativa parte dos americanos, em diversas sondagens, reconhecer que se a prescrição destas substâncias fosse negada pelo seu médico, mesmo após a sua insistência, tomariam a opção de solicitar a prescrição junto de outros clínicos.¹

Obviamente que, nesta leitura do impacto da publicidade aos neurofármacos nos EUA, não podemos descurar outros fatores que exerceram a sua influência na forma como se encara a doença mental e as questões psiquiátricas. Por exemplo, há que não descurar o facto de um dos aspetos que mais contribuiu para o elevado consumo de neurofármacos nas regiões mais desenvolvidas do globo, como os Estados Unidos, a Europa ou o Japão, prende-se com todo um processo de transformação do locus onde são prestados os cuidados psiquiátricos, que transitaram do espaço fechado do asilo para um sistema psiquiátrico aberto, onde os doentes podem ser medicados para os seus problemas e, ainda assim, continuarem integrados na sociedade e, com frequência, nos seus locais de trabalho e até nas escolas.

Salienta-se ainda que o uso quase indiscriminado de neurofármacos entre os americanos também está relacionado com todo um processo de cerebralização da doença mental, no âmbito do qual um comportamento desequilibrado é visto como uma falha num neurotransmissor muito específico, que é potencialmente corrigível através de um neurofármaco.² Ninguém consegue negar que vivemos em sociedades onde mudar quimicamente o humor, as condutas e os comportamentos se tornaram em práticas rotineiras. O eu e as nossas capacidades subjetivas tornaram-se moldáveis por meio dos neurofármacos, e aquilo que outrora era entendido segundo os esquemas da psicologia (no espaço das neuroses, repressões e traumas), passou a ser mapeado no cérebro, o que torna os problemas psicológicos e psiquiátricos em problemas tratáveis pela via química.

Neste contexto, os comportamentos de exclusão em função de determinada doença mental estão a dar lugar a comportamentos de modelação e remodelação, tornando possível a manipulação psicofarmacológica ou neuroquímica do eu e protagonizando a substituição do complexo psicológico do século XX pelo complexo neurobiológico do século XXI. É lógico que todos estes fatores tornam a opinião pública particularmente receptiva às mensagens publicitárias aos neurofármacos que, em contextos como o dos E.U.A., prometem uma vida plena de normalidade e felicidade àqueles que outrora eram excluídos devido a uma patologia de ordem psiquiátrica, convidando-os a uma autêntica remodelação neuroquímica da personalidade.

Obviamente que este convite à remodelação neuroquímica é amplamente difundido nas extensivas campanhas publicitárias, que servem desígnios de comercialização muito bem pensados e direcionados para determinados estereótipos de consumidores. Na obra *L'argumentation Publicitaire*, Jean-Michel Adam e Marc Bonhomme referem-se ao facto de uma conhecida empresa do ramo informático ter divulgado, no final da década de 80 do século XX, que em França predominavam diversos socioestilos de consumidores, que podíamos repartir em algumas famílias principais: uma maioria de consumidores materialistas e

¹ Cf. *Ibidem*, p. 506.

² Cf. ROSE, Nikolas – “Neuroscience and the future for mental health?”. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 25, n.2 (2016), pp. 95–100.

egocêntricos, mas também consumidores designados como “ativistas”, entre outros.¹ Ora o direcionamento das campanhas publicitárias à medida dos seus destinatários e em função desta tipificação de socioestilos é algo claramente visível nas campanhas publicitárias aos neurofármacos no contexto americano, confirmando que “A retórica publicitária, na medida em que ela visa os sujeitos na sua «intimidade de consumidor», deve ser pensada em termos de persuasão e de ação (compra-consumo) e não tanto em termos de *convicção* e de *inteligência*.”² Por exemplo, a quase totalidade dos anúncios dos antidepressivos retratam mulheres, as suas destinatárias de consumo principais.

Mas talvez tenhamos uma noção mais realista deste fenómeno do convite à modelação farmacológica da personalidade se atendermos a alguns anúncios publicitários de estimulantes destinados ao tratamento do défice de atenção e hiperatividade nas crianças. Neste contexto, justamente o primeiro caso de quebra do acordo entre os Estados Unidos e a ONU relativamente à publicidade dos medicamentos de categoria II, entre os quais se incluem os estimulantes, foi o da campanha publicitária do Metadate, pela farmacêutica Celltech, em agosto de 2001.³ Na realidade, podemos considerar a divulgação desta campanha como o marco inicial de toda a polémica. O anúncio ao fármaco, rival da Ritalina, expunha uma mãe sorridente a abraçar o seu filho, acompanhados de um slogan onde se fazia referência ao facto de apenas uma dose diária do medicamento garantir concentração durante todo o dia na escola. Logicamente que as autoridades responsáveis não tardaram a notificar por escrito a empresa farmacêutica, lembrando o acordo com a ONU. Em resposta, a Celltech alegou que nenhuma lei americana estava a ser infringida com a campanha, e que consideravam que a comunicação de informações verídicas aos consumidores e à comunidade médica eram essenciais para fornecer atendimento de qualidade ao paciente. De seguida, a campanha não só continuou a ser publicamente divulgada, como foi elaborado todo um conjunto de materiais promocionais que apelavam diretamente à atenção das próprias crianças através de uma mascote, semelhante a um super-herói, cuja função era a de as “salvar” dos sintomas da hiperatividade. No âmbito da mesma campanha foram produzidas figuras de plástico para distribuir aos consultórios médicos, para que as crianças pudessem brincar com elas “enquanto os pais discutiam as opções de tratamento”.

Também a McNeil Consumer Healthcare, que fabrica o Concerta, abriu novos caminhos na publicidade aos estimulantes ao veicular anúncios diretos para os consumidores na televisão por cabo. À semelhança da Celltech, também esta farmacêutica reforçou que os anúncios não quebravam qualquer lei americana. A campanha publicitária do Concerta apresenta uma criança com olhar sereno. No fundo do anúncio consta um esquema do que será um típico dia de escola com o Concerta (pleno de vantagens) e sem o Concerta (pleno de dificuldades).⁴ Por sua vez, o medicamento mais mediatizado para o tratamento da hiperatividade e do défice de atenção – a Ritalina – representava, num dos seus anúncios mais conhecidos, uma criança absolutamente concentrada, a cumprir exemplarmente os seus deveres, sem tirar os olhos do seu caderno, numa postura quase rígida.⁵

Também a campanha do Aderall XR foi particularmente debatida devido aos seus polémicos slogans, entre os quais constavam os seguintes: “A Trusted Solution for ADHD” ou “Schoolwork that Matches His Intelligence” e ainda “Friends that ask him to join the group”.

¹ Cf. ADAM, Jean-Michel e BONHOMME, Marc – *L'Argumentation Publicitaire*. Paris: Éditions Nathan, 1997, p. 34.

² *Ibidem*, p. 34.

³ O anúncio em questão pode ser consultado no seguinte link: <http://www.bonkersinstitute.org/medshow/metadate.html>

⁴ O anúncio em questão pode ser consultado no seguinte link: <http://jessica-eng.blogspot.com/2012/02/rhetorical-analysis.html>

⁵ O anúncio em questão pode ser consultado no seguinte link: <https://www.slideshare.net/Nswitcher/adderall-vs-ritalinnicholas-bukowski>

Um dos anúncios mais mediatizados do Aderall XR foi o que representou uma criança supostamente perfeita, no seu lado esquerdo sob a figura de um estudante aplicado, do lado direito um desportista de topo, parecendo representar uma síntese acabada entre ideais de perfeição física e de perfeição intelectual.¹

Mais recentemente, em janeiro de 2016, a polémica dos anúncios aos estimulantes infantis foi adensada com a autorização da F.D.A. para a comercialização de um estimulante infantil, o Adzenys, que tinha a forma de um doce e que pode consumido de maneira semelhante a um rebuçado, com um agradável sabor frutado. Os vários anúncios do fármaco representam uma criança de boca aberta, com uma expressão facial de satisfação enquanto toma o fármaco. Nas vertentes do anúncio em que surge a mãe representada, está sempre com um aspeto sorridente. A polémica neste caso foi particularmente intensa porque, segundo alguns especialistas, a campanha publicitária parece querer atrair a criança para o consumo de um estimulante “aliciando-a” por meio de um sabor agradável, o que não constitui um móbil aceitável para apelar ao consumo de estimulantes.²

Se agora nos centrarmos numa análise da retórica publicitária apresentada por estas campanhas publicitárias aos psicoestimulantes, conclui-se que, em todas elas, a imagem publicitária, no seu sentido literal, constitui um mero suporte para veicular uma imagem simbólica³ dos potenciais consumidores dos fármacos em questão, neste caso as crianças, que em todos os anúncios figuram sob o protótipo de seres felizes e perfeitos e os pais, maioritariamente as mães, representando o protótipo de pessoas sorridentes e satisfeitas com a perfeição dos filhos. Esta constatação reforça que no mercado dos neurofármacos, à semelhança do que acontece noutras tipos de mercado, “O discurso do anunciante tende a ajustar-se àquilo que o público gosta ou pretende entender. A maior parte dos anúncios não é endereçado a um tipo de público, mas a grupos específicos, determinados por certas tendências.”⁴ Neste sentido, esta passagem do literal ao simbólico nestes anúncios parece ilustrar aquilo que por excelência a retórica publicitária assume como condição fundamental da sua eficácia argumentativa: o pressuposto de que é no sentido figurado que se concretiza todo um trabalho de sedução dirigido a um estilo de consumidor e aos ideais que ele pretende assumir como seus. Aliás o próprio sentido literal da imagem publicitária serve este desígnio fundamental de “encantamento” do consumidor a partir do momento em que aquilo que poderia ser dito de forma neutra e imparcial aparece sob a forma figurada⁵ e, com isso, absolutamente direcionada a um tipo de consumidor especialmente visado.

Atendendo, adicionalmente, aos três meios de persuasão da retórica presentes nos anúncios em questão, aquele que é reforçado em todas estas campanhas publicitárias não é, evidentemente, o *logos*, isto é, a apresentação de argumentos racionais. Também não estamos perante um reforço do *ethos*, considerando que as farmacêuticas produtoras não tentam, através do anúncio, impor propriamente a marca, sobretudo por imperativos legais. O que verdadeiramente se reforça é o *pathos*, isto é, o conjunto de sentimentos a despertar nos destinatários do anúncio e potenciais consumidores dos fármacos. Esta centralidade dos sentimentos a despertar nestas campanhas publicitárias baseia-se num pressuposto de que o próprio público-alvo dos anúncios manifesta uma certa tendência para prescindir da análise

¹ O anúncio em questão pode ser consultado no seguinte link: <https://www.policymed.com/2014/09/shire-pharmaceutical-settles-for-565-million-to-resolve-false-claims-act-allegations.html>

² Os anúncios em questão podem ser consultados no seguintes links: <https://twitter.com/oriongps/status/773268030025560065/photo/1>
https://www.inquirer.com/philly/business/20160517_Neos_Therapeutics__ADHD_drug_is_now_on_the_market.html

³ Cf. BARTHES, Roland – “Rhétorique de l'image”. *Communications*. 4 (1964). *Recherches sémiologiques*, p. 43.

⁴ ADAM, Jean-Michel e BONHOMME, Marc – *Op. Cit.*, p. 34.

⁵ DURAND, Jacques – “Rhétorique et image publicitaire”. *Communications*. 15 (1970). *L'analyse des images*, pp 70-71.

racional das campanhas, e uma predisposição para se deixar influenciar de forma acrítica pela mensagem subliminar sentimentalmente direcionada. Tal como refere Susan Strasser, na sua obra *Satisfaction Guaranteed: The Making of the American Mass Market* “O mercado é uma arena da vida quotidiana que a maioria das pessoas aceita acriticamente (...) pensando o mínimo possível.”¹

Neste âmbito, assume também relevância a análise de Jean-Michel Adam e Marc Bonhomme acerca dos principais tipos de publicidade quanto à estratégia argumentativa que lhes está subjacente: a *publicidade mecânica*, que visa a compra do produto pelo consumidor, independentemente de necessitar ou não dele, assumindo aqui uma inspiração evidentemente behaviorista; a *publicidade projetiva*, baseada em mecanismos de promoção social, a *publicidade lúdica*, baseada em estratégias que jogam com a ironia e com o sentido não linear dos slogans e a *publicidade sugestiva* que, sendo de inspiração psicanalítica, faz o consumidor comprar por “efeito de ricochete”, isto é, porque se sente espelhado no anúncio, de alguma forma.² Ora é justamente este último tipo de publicidade que parece enformar toda a retórica subjacente à campanha dos neurofármacos. Tomemos novamente como exemplo os anúncios aos psicoestimulantes, em que são invariavelmente representados em rostos sorridentes, numa aura de normalidade e de sucesso escolar e profissional. Filhos representados como perfeitamente concentrados e felizes e pais satisfeitos. As crianças sempre retratadas como símbolos da perfeição, como bons estudantes, bons atletas, bem integrados entre os seus pares. Será muito fácil que pais e crianças se revejam nestes anúncios e, até certo ponto, que ambicionem alcançar os ideais de inteligência e perfeição neles veiculados. Sendo assim, é justamente muito por ação da eficácia argumentativa destes anúncios que a venda de estimulantes nos E.U.A. atinge os valores astronómicos que todos conhecemos, o que faz deste convite à remodelação neuroquímica da personalidade um chamamento tão apelativo para muitos indivíduos, que assumem a condição de estranhos habitantes de uma neuropólis, a condição metafórica das nossas sociedades, onde as normas de interação social estão a reescrever-se por meio dos neuroquímicos.

Aliás, há quem analise este fenómeno da remodelação neuroquímica da personalidade como um gigantesco projeto de engenharia social. Na sua conhecida obra *O Nosso Futuro Pós-Humano*, Francis Fukuyama descreve o consumo crescente de substâncias psicotrópicas pelos americanos da seguinte forma: “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.”³ Neste contexto, se a expressão “controlo social” evoca imagens fantasiosas de governos a usar drogas para controlar a mente dos cidadãos, a verdade é que este controlo social pode muito bem ser exercido por agentes como os sistemas escolares, os sistemas de saúde ou outros, interessados em moldar o comportamento dos indivíduos rumo ao “politicamente correto”.

Mas, mesmo assumindo que este controlo social dos indivíduos por meio das substâncias psicotrópicas seja uma presunção fantasiosa, também a perspetiva de ser cada cidadão individual a decidir sobre o seu uso não é representativa de menos problemas, na medida em que abre a possibilidade de certas substâncias poderem ser usadas como mera “cosmética

¹ STRASSER, Susan – *Satisfaction Guaranteed: The Making of the American Mass Market*. Washington: Smithsonian Books, 1989, pp. 286-287.

² Cf. ADAM, Jean-Michel e BONHOMME, Marc – *Op. Cit.*, p. 18.

³ FUKUYAMA, Francis – *O Nosso Futuro Pós-Humano*, Lisboa: Quetzal Editores, 2002, pp. 90-91.

farmacológica”, ou para servir o simples melhoramento caprichoso de características intelectuais. Segundo alguns investigadores é inclusivamente problemático o reconhecimento da hiperatividade e do défice de atenção como doenças, pelo que o uso de estimulantes nestes casos mais não é do que um exercício de modelação da personalidade da criança em função de critérios solicitados pelos seus pais ou professores. O próprio Fukuyama refere, a este respeito que “A ADHD não é uma doença, pura e simplesmente, mas sim a consequência de uma distribuição de comportamentos perfeitamente normais. Os seres humanos jovens, e em particular os rapazes, não foram concebidos pela evolução para estarem sentados horas a fio numa carteira a prestar atenção a um professor, mas sim para correr, brincar e outras atividades físicas. O facto de cada vez mais lhes exigirmos que estejam sentados nas salas de aula, ou de os pais terem cada vez menos tempo para despender com eles em tarefas interessantes, é o que nos dá a impressão de que se trata de uma doença em crescendo.”¹ Tomando esta posição, o autor defende convictamente que reconhecer a hiperatividade como doença é tornar nebulosa a fronteira entre a terapia e o aperfeiçoamento de características.

Mas, independentemente de todas as polémicas, o que urge pensar é o seguinte: nós, habitantes da neuropólis, somos confrontados com a realidade de que existem substâncias químicas para tratar quase todos os problemas psicológicos e sociais de forma mais eficaz do que a socialização ou as terapias freudianas; ora considerando que estas substâncias têm sido prescritas a milhões de pessoas, é preciso não só discutir o impacto destes medicamentos no corpo como também na própria reconfiguração das sociedades, e no entendimento convencional que fazemos de coisas tão fundamentais como a identidade ou a consciência moral. Se não refletirmos sobre este impacto das substâncias psicotrópicas na individualidade e na sociabilidade nos nossos dias corremos o risco de vestir definitivamente a pele de cidadãos neuroquímicos, acrílicos e incapazes de distinguir entre aquilo que é natural e aquilo que é quimicamente controlado.

Conclusões

A análise de algumas campanhas publicitárias de psicoestimulantes infantis norte-americanas evidenciou que os anúncios são dirigidos a determinados socioestilos de consumidores, nomeadamente aos pais e às crianças em idade escolar, enquadrando assim estas campanhas na tipologia de uma “publicidade ricochete”, em que o consumidor compra motivado pela identificação com os personagens retratados nos anúncios. Nestes, o sentido literal veicula um sentido simbólico, onde reside uma mensagem subliminar especificamente orientada ao grupo de consumidores visados, reforçando-se o *pathos*, isto é, os sentimentos a despertar como meio de persuasão fundamental, em termos retóricos. Confrontados com este tipo de estratégias argumentativas, torna-se maior a probabilidade de que o consumo destes fármacos esteja a ser usado, nos E.U.A, para o controlo social das populações pelos sistemas escolares ou de saúde, mas também reforça a possibilidade de eles se tornarem mera cosmética farmacológica, acessível aos desígnios de remodelação neuroquímica da personalidade pelo comum dos cidadãos.

Bibliografia

- ADAM, Jean-Michel e BONHOMME, Marc – *L’Argumentation Publicitaire*. Paris: Éditions Nathan, 1997.
- BARTHES, Roland – Rhétorique de l’image. *Communications*. 4 (1964). *Recherches sémiologiques*, pp. 40-51.
- DURAND, Jacques – Rhétorique et image publicitaire. *Communications*. 15 (1970). *L’analyse des images*, pp. 70-95.

¹ *Ibidem*, p. 84.

- FUKUYAMA, Francis – *O Nosso Futuro Pós-Humano*, Lisboa: Quetzal Editores, 2002.
- ROSE, Nikolas – “Becoming Neurochemical Selves”. In: STEHR, Nico – *Biotechnology, Commerce and Civil Society*. Somerset: Transaction Publishers, 2004, pp. 89-128.
- ROSE, Nikolas – “Neuroscience and the future for mental health?”. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 25, n.2 (2016), pp. 95–100.
- STRASSER, Susan – *Satisfaction Guaranteed: The Making of the American Mass Market*. Washington: Smithsonian Books, 1989.
- STRAW, Mathew – Recent Developments in Direct Consumer Advertising of Attention Disorder Stimulants and Creating Limits to Withstand Constitutional Scrutiny. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*. 19:495 (2003) 495-520.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, AS CONSEQUÊNCIAS NA MENTE HUMANA

Ana Paula Araújo¹; Anabela da Costa Martins²

Universidade do Minho

¹Investigadora do Lab 2PT (Laboratório de Paisagens, Património e Território)

²Ministério da Educação; Docente de História

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

Resumo

No passado, a crença numa religião revelou-se essencial na estruturação da ordem social e nas respostas aos mistérios da existência humana. Contudo, com o decurso dos anos o Homem descobriu que tinha a capacidade de estabelecer um código de valores, independentemente, da sua crença num Deus. O secularismo dos três últimos séculos trouxe uma realidade social assente eminentemente na convicção que a resposta à dúvida tem por base a observação e provas. No entanto, a ciência secular e o livre arbítrio do Homem do século XXI acarretam novos desafios, tais como a inteligência artificial (IA). Poderá esta nova ciência pôr em causa a sanidade da sociedade, ou essa questão não passa de pura especulação filosófica?

Palavras-chave: Inteligência artificial; hibridização; controvérsia; insanidade.

Abstract

In the past, belief in religion has proved essential in the structuring of the social order and in the answers to the mysteries of human existence. However, over the years man discovered that he had the ability to establish a code of values, regardless of his belief in God. The secularism of the last three centuries has brought a social reality based eminently on the conviction that the answer to doubt is based on observation and evidence. However, secular science and the free will of 21st century man bring new challenges, such as Artificial Intelligence (IA). Can this new science call into question the sanity of society, or is this question just pure philosophical speculation?

Keywords: Artificial intelligence; hybridization; controversy; Insanity.

Introdução

O século XXI é por excelência o século da inteligência artificial e da inequívoca sedução do Homem perante tal tecnologia. Contudo, esta nova realidade tem alterado, de forma massiva, a dinâmica da sociedade moderna ocidental, nomeadamente, em termos mentais e comportamentais, num período de tempo extraordinariamente curto.

Stephen Hawking, Frank Wilczek e Elon Musk, entre outros cientistas e visionários, partilham da mesma preocupação: que compromissos e cedências o Homem terá de fazer em prol dos extraordinários progressos da IA. Quando e onde parar?

Todos concordam com os perigos que as máquinas representam, com as suas capacidades de aprendizagem automática alimentadas por quantidades colossais de informação. O presente estudo tem por objetivo uma reflexão sobre o desprezo a que poderá vir a ser votado o homem biológico e o espectro que pairará sobre os que, em resultado de alterações dos circuitos cerebrais, conectados a uma IA, apresentarem estados mentais incomuns.

«Os computadores não servem para nada.
Só conseguem dar respostas»
Pablo Picasso

Existe, na atualidade, a expectativa das consequências irreversíveis do desenvolvimento desenfreado da tecnologia informática e da sua hibridização com a humanidade.

No entender de Raymond Kurzweil¹ os computadores serão, num futuro muito próximo, um prolongamento do ser humano. Ainda neste século irão aparecer novos tipos de sociedades em que o Homem descarregará a sua inteligência para as máquinas eternizando os seus conhecimentos, ao mesmo tempo que intervém na aceleração do progresso. Segundo Kurzweil, "...a humanidade ficará condenada, para sobreviver, a hibridar-se com a tecnologia...aqui significa a passagem da consciência para o mundo digital depois da morte biológica do cérebro"².

Efetivamente, nos últimos tempos tem ocorrido uma avidez imensurável relativamente a tudo quanto é tecnologia computadorizada, tanto no seu desenvolvimento como na sua aplicação. De igual modo, tem-se constatado que o cidadão é cada vez mais refém dos sistemas de informação. Contudo, é importante reconhecer e perceber que a alvorada da computação ocorreu há alguns séculos atrás.

Se assumirmos que o termo computar é sinónimo de calcular e que o algoritmo é o método de automatização do cálculo, podemos inferir que a tecnologia, cálculo e a história da computação estão interligados.

Em épocas recuadas, em que as ferramentas para efetuar cálculos eram parcas, o cidadão não se coibiu de procurar soluções matemáticas para as questões que iam surgindo. Foi igualmente, típico do Homem agir no sentido de arranjar formas de armazenar a informação para que no futuro a mesma pudesse vir a ser útil a outros. Entretanto, sobretudo na Europa católica romana, o facto de o pensamento matemático alterar, muitas vezes, a ordem das coisas levou a que espíritos mais reservados, tidos como inspiradores da ordem e da moral, se manifestassem. Santo Agostinho (354-430 d.C.) insurgiu-se contra o rumo que estas áreas do saber tomavam e alertou os cristãos para "o perigo dos matemáticos terem um pacto com o demónio e a missão de ofuscar o espírito do Homem, para o confinar nas fronteiras do inferno"³.

Já nesta altura pairava sobre estes espíritos mais *arrojados* e com ideologias *diferentes* o espectro do diabólico. Surgiam então reações que incentivavam à segregação contra estas formas de alteridade. Provavelmente estes tipos de intimidação terão, de certa forma, moderado ou refreado iniciativas no tocante ao progresso das ciências físicas.

Todavia, foi a partir do século XVII que todas as ciências ligadas ao cálculo evidenciaram um progresso muito considerável, a par de um estímulo cada vez maior relativamente ao desenvolvimento de instrumentos com maior precisão.

Durante a tríade constituída pelos séculos XVII, XVIII e XIX, a genialidade do Homem fez surgir uma série de aparelhos de cálculo mecânico, o que foi cada vez mais vantajoso ao diminuir o risco de erro por parte da intervenção humana. No decurso deste período de tempo, a fé na computação foi crescendo progressivamente e, em 1651, o filósofo britânico Thomas Hobbes (1588-1679) imaginou a possibilidade de no futuro vir a existir um "Estado autónomo" capaz de tomar decisões de maneira mecânica. Este visionário do século XVII

¹Raymond Kurzweil de nacionalidade estadunidense tem-se destacado nas áreas da tecnologia de sistemas e da inteligência artificial. Este cientista é conhecido pelas suas previsões tecnológicas. Atualmente dedica-se à elaboração de dispositivos eletrónicos de interação homem máquina.

² Confirme-se GANASCIA, Jean-Gabriel - O Mito da Singularidade - Devemos temer a inteligência artificial? Lisboa: Círculo de Leitores, 2018, p. 15.

³ Consulte-se GRACIÁN, Enrique - "Os Números Primos um longo Caminho para o Infinito". National Geographic. Edição Especial, 2017, p. 51.

predizia que num futuro próximo poderia vir a ser uma máquina a liderar um país. Toda esta tese explicitada na sua obra “Leviatã” (1651) é justificada com o argumento, que o raciocínio não passa de um cálculo e que isso é a base de toda a estratégia organizativa de uma sociedade. Neste século, o interesse pelo cálculo e pela tecnologia foi transversal a vários cientistas e pensadores, e ocorreu por toda a Europa. Já em 1642, o matemático francês Blaise Pascal (1623-1662) havia criado a primeira máquina de cálculo, a “Pascalina”, que consistia num mecanismo de rodas dentadas e discos de metal, que podiam somar e subtrair números até dois dígitos.

Ainda na senda da máquina de cálculo de Pascal, em 1673, o alemão Gottfried Leibniz (1646-1716) melhorou-a e acrescentou a capacidade de multiplicar e dividir. Leibniz estava convencido que no futuro os matemáticos seriam capazes de desenvolver uma linguagem universal de raciocínio algébrico tão avançado que poderiam resolver qualquer problema social. Este filósofo também profetizou que nas décadas vindouras, sempre que os decisores e governantes se reunissem para discutir questões várias, nomeadamente de ordem coletiva, teriam de intermeio um “ábaco”. Para alguns pensadores atuais, este tipo de pensamento esteve na origem da revolução tecnológica e em particular da IA a que assistimos neste último século.

O século XVIII não se destacou peculiarmente na área das ciências tecnológicas, mas já a centúria subsequente foi particularmente importante na introdução de avanços científicos decisivos no que viria a ser a era computadorizada a que hoje assistimos. Entre as várias iniciativas, a maior parte impossíveis de citar neste estudo, por restrições de tempo e espaço, destaque-se o contributo prestado pelo físico norte americano Joseph Henry (1797-1878), com o *relé eletromecânico* (1830). Este aparelho consistia num conjunto de circuitos mecânicos que serviam para estabelecer ligações elétricas. O Relé de Joseph Henry esteve na base da invenção do telegrafo (1837), por Samuel Morse (1791-1872), tal como do desenvolvimento dos computadores e robótica da contemporaneidade.

Ainda na mesma era, refira-se o aparecimento do teclado numérico que começou a ser integrado nos computadores e a automatização da indústria têxtil durante a revolução industrial. Esta crescente sofisticação de instrumentos trouxe um enorme desenvolvimento à computação automática.

Todavia, seria no século XX que viríamos a assistir a uma verdadeira renovação de paradigma com a revolução digital e informática a impor-se sobre muitas das ciências. Foram vários os nomes que se destacaram em toda esta revolução científica, nomeadamente Alan Turing (1912-1954). Foi filósofo, criptógrafo e precursor da informática moderna com a criação, conjuntamente com uma equipa liderada por ele, da Colossus (1943-1945), o primeiro computador eletrónico programável digital.

John Von Neumann (1903-1957), de origem húngara, naturalizado norte americano, nos anos 30, destacou-se como precursor da computação digital. O cientista veio tornar o computador mais eficiente com o armazenamento interno de programas (memória), separação de unidades de processamento e armazenamento, utilização do mesmo dispositivo de memória para programas e informação¹.

Foi também, em meados do século XX, utilizada pela primeira vez a terminologia “inteligência artificial” por John McCarthy (1927-2011), num artigo publicado em 1960, na revista Comunicações do ACM².

Esta evolução perdura no século vigente, com características cada vez mais apelativas para os padrões socioeconómicos das sociedades ocidentais.

¹ Sobre esse assunto leia-se TORRA, Vicenç - “Do Ábaco à Revolução Digital-Algoritmos e Computação”. National Geographic. Edição Especial, 2020, p. 110.

² Esta revista americana é publicada pela Associação de Informática que promove e concede o prémio designado de Prémio Turing. Os laureados são indivíduos que se evidenciaram no universo da IA.

Nassim Nicholas Taleb, o matemático, justificou o evoluir deste processo (computorização e robótica) com a necessidade do Homem, a partir de uma súpula de informações, encontrar um padrão e regras. Em seguida, houve o imperativo por parte do ser humano de compactar a informação em bruto, de forma a reduzir a dimensão dos assuntos e promover uma melhor organização no seu cérebro. Todavia, o ser humano, não sendo uma máquina, lutava com as suas limitações fisiológicas e neurológicas vendo--se na iminência de, mesmo recorrendo a estas estratégias, desencadear desequilíbrios mentais¹. Tais circunstâncias levaram o cidadão a procurar soluções de recurso e auxílio a meios complementares que o ajudassem a agilizar procedimentos tanto na vida pessoal, como profissional.

Neste contexto, o Homem forjou no seu imaginário soluções que lhe permitissem ter a capacidade das máquinas ou vice-versa. Mas o que até ali era ficção tornou-se, a breve trecho, realidade, dando lugar ao que se designou de techno-humanismo.

No século XXI, as ciências como engenharia genética, nanotecnologia e medicina, têm convergido no sentido de polir as “imperfeições” físicas e mentais do ser humano de modo a torná-lo sobre-humano. Descerra-se um novo caminho em que o cidadão tem a oportunidade de integrar no seu corpo dispositivos biométricos, órgãos biônicos e nanorobôs de modo a procurar superar as suas limitações. Por outro lado, toda a rede de telecomunicações e computadores desencadeou uma diferente interatividade social². Hoje e no futuro assistiremos então a uma nova trans-humanidade entre o orgânico e o inorgânico com vista a criar uma humanidade superior.

Existem, no entanto, apreciações que alegam que a curto prazo a IA constituirá uma ameaça para a raça humana. Subscrevem esta teoria personalidades como Frank Wlczek (prémio Nobel da Física), Stephen Hawking (físico teórico e cosmólogo), Elon Musk (CEO da Space X), Bill Gates (fundador da Microsoft), entre outros³.

Todas estas personalidades diretamente ligadas ao mundo da tecnologia apelam à necessidade de se rever os perigos que esta revolução tecnológica possa trazer, com os seres humanos a serem paulatinamente preteridos pelas máquinas. Com o decorrer do tempo o sistema tenderá a desvalorizar o indivíduo pelas suas vulnerabilidades. Haverá cada vez menos condescendência para erros provocados pela suscetibilidade do Homem ao medo ou ao cansaço.

No entanto, o que acontecerá quando as tomadas de posições relativamente a decisões que exijam inteligência passarem a não contemplar valores como a ética, a moral ou tenham a ver com o bem-estar espiritual?

O facto é que, para uma elite de físicos e homens ligados às tecnologias, dois conceitos começaram a emergir e a trazer controvérsia; A “inteligência artificial” e a “singularidade tecnológica”⁴.

A singularidade tecnológica ilustra o momento crítico em que IA adquirirá, para além da capacidade de processar informações e reconhecer padrões, autonomia para pensar e exceder as capacidades cognitivas do Homem. Jean-Gabriel Ganascia⁵ afirma que “a Singularidade é um evento após o qual não se pode prever mais nada”.

¹TALEB, Nassim Nicholas- O Cisne Negro. O Impacto do Altamente Improvável. Alfragide: D. Quixote, 2011, p. 49.

² Sobre esta remática consulte-se ROSNAY, Joel de - O Macroscópico. Para Uma Visão Global. V. N. de Gaia: Estratégias Criativas, 1975, p. 166.

³ Confira-se GANASCIA, Jean-Gabriel- O Mito da Singularidade -Devemos temer a inteligência artificial?... , p. 10-11.

⁴ Existem hoje centros académicos, como é o caso da -Universidade da Singularidade- especializados em instruir as pessoas no sentido de lhes proporcionar instrumentos tecnológicos que os ajudem a lidar com os grandes dilemas atuais. Esta universidade foi fundada em 2009. À frente da iniciativa estiveram os engenheiros estadunidenses Peter Diamandis e Ray Kurzweil, este último um guru da inteligência artificial. As empresas Google, Nokia, Kauffman e a Cisco estão fortemente envolvidas nos projetos e dinâmica desta instituição.

⁵ Investigador na área da Inteligência artificial e presidente da comissão de ética do Centro Nacional da Investigação Científica em França.

Apesar do Homem ainda dominar a máquina, existe a crença que só quando o computador desenvolver uma consciência suplantar os humanos. O historiador Yuval Noah Harari vai mais longe defendendo que, atendendo ao desenvolvimento da atual ciência, essas “inteligências inorgânicas” a curto prazo e inevitavelmente alcançarão uma superinteligência alheia a qualquer constrangimento¹. Embora persistam, em alguns meios, opiniões céticas relativamente à IA e à capacidade de pensar das máquinas, este argumento foi fortemente rebatido no século passado. Reporte-se por exemplo, o artigo publicado pelo lógico e criptógrafo Alan Turing em 1950, intitulado *Máquinas de computação e inteligência* onde se conjecturava já a possibilidade de a máquina ser inteligente e sensível². Na época, Alan Turing sustentava já que os computadores tinham uma capacidade que extravasava a resolução de questões tendo em conta padrões estáticos. Ele acreditava na capacidade resolutive aleatória, e até criativa desta nova tecnologia³.

Alguns, dos gurus da tecnologia do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), defendem que é possível o Homem e a máquina desenvolverem uma “relação” que traga ainda mais benefícios para o indivíduo. Isso ocorrerá quando, como afirmavam já no século XVII alguns filósofos, a IA passar a tomar as decisões pelo Homem, de acordo com as motivações do mesmo e em completa sinergia.

Imagine-se, um sistema em que o cidadão esteja conectado permanentemente a um agente virtual, e que este possa replicar as suas opiniões a nível político, económico, financeiro entre outras. Ainda no campo hipotético, se a este agente fosse dado livre acesso à conta bancária, às redes sociais, ao histórico de navegação, com todo este manancial de informações ele familiarizar-se-ia com os pontos de vista e sensibilidades do indivíduo que o recrutava. Com o tempo e algum treino esta espécie de clone informático do indivíduo seria capaz de defender, melhor do que o próprio, ideias relativas aos mais diversos assuntos. E isto porque para além de reunir informações sobre as sensibilidades do indivíduo nas mais diversas áreas, este agente virtual tem a capacidade de armazenar e processar «megadados» (designados em inglês por *big data*).

Desta feita, o cidadão que vivesse num país democrático, no que diz respeito ao governo do país, não teria necessidade de se fazer representar por vários elementos (ministros ou senadores) nas diversas áreas de governação. Isso hoje ocorre porque para governar uma nação é preciso estudar e conhecer os milhares de emendas legais relativas às mais diversas áreas como; saúde, pesca, energia nuclear etc, é necessário conjunto considerável de pessoas que se desdobrem em reuniões e pesquisas, tal como um enorme dispêndio de tempo. Esta tarefa hercúlea é inexecutável para um só indivíduo. Todavia, estaria completamente ao alcance do agente virtual, da sua alta capacidade de armazenamento e processamento de dados e consequentemente da tomada de decisões. Como afirmou Ganascia, “...a nossa mente poderia continuar a sua vida em computadores, independentemente dos suportes fisiológicos onde nasceu e se desenvolveu”⁴.

Nessas circunstâncias, as atuais democracias representativas dos países ocidentais, e que são hoje conduzidas por políticos que dão voz à cidadania, seriam substituídas por uma ciberdemocracia direta. Ou seja, o povo votaria as leis através de uma IA.

Noah Harari sugere, no entanto, que este processo de extrema interação Homem máquina, a que chama revolução cognitiva traga ao Homem maior eficácia, mas simultaneamente incapacite o ser humano em termos de sentimentos como; capacidade de estar atento, sonhar e duvidar (características humanas que seriam contraproducentes relativamente ao

¹ HARARI, Yuval Noah - *Homo Deus-História Breve do Amanhã*. Amadora: Elsinore, 2018, p. 346.

² TORRA, Vicenç - “Do Ábaco à Revolução Digital-Algoritmos e Computação” ..., p. 108.

³ Este debate está bem patente na tese de Doutoramento policopiada de MAIA, João Jerónimo Machadinha-Transumanismo e pós-humanismo-descodificação política de uma problemática contemporânea. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2017, p. 139-140.

⁴ GANASCIA, Jean-Gabriel - *O Mito da Singularidade -Devemos temer a inteligência artificial?...*, p. 100.

sistema pretendido que requer indivíduos com capacidades sobre humanas). Em suma o sistema vai reduzir o que de singular existe em cada cidadão tornando-o um arquétipo estandardizado¹.

Em janeiro de 2015, uma carta aberta assinada por um número considerável de investigadores da IA, expressava a preocupação com as consequências potencialmente nefastas da IA e o risco duma má gestão e controlo dos dados pessoais². Para estes cidadãos podem estar em causa aspetos como a individualidade, o livre arbítrio e a própria sanidade da sociedade.

Conclusão

Em resultado de um conhecimento cada vez mais aprofundado e progresso da biologia e da informática, o presente e o futuro trazem-nos uma outra revolução. Uma sociedade que paulatinamente tende a hibridar-se com a tecnologia e a IA. As comunidades, ao tentarem reduzir o hiato entre o orgânico e o inorgânico tenderão a integrar no seu corpo dispositivos biométricos, órgãos biónicos e nano-robôs ou apenas a tê-los como parceiros inseparáveis. Em resultado disso assistiremos a uma mudança de paradigma e ao surgimento duma cibersociedade. Porém esta nova realidade, em termos de capacidade (cognitivas ou físicas), não estará ao alcance de todos, não será transcultural e haverá uma cisão da população, o que se materializará no aparecimento dum tecido social fortemente heterogéneo. Acreditamos que este processo acabará por criar grupos sociais que por se afastarem da norma podem potenciar estigmas psicossociais, e novas problemáticas de integração social. Estes novos comportamentos representarão novos tipos de alteridade que poderão vir a ser catalogados como insanos e loucos.

Bibliografia

- GANASCIA, Jean-Gabriel — O Mito da Singularidade -Devemos temer a inteligência artificial? Lisboa: Círculo de Leitores, 2018.
- GRACIÁN, Enrique — Os Números Primos um longo Caminho para o Infinito. National Geographic. Edição Especial, 2017, p. 152.
- HARARI, Yuval Noah — Homo Deus-História Breve do Amanhã. Amadora: Elsinore, 2018.
- MAIA, João Jerónimo Machadinha — Transumanismo e pós-humanismo-descodificação política de uma problemática contemporânea. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2017.
- ROSNAY, Joel de — O Macroscópio Para Uma Visão Global. V. N. de Gaia: Estratégias Criativas, 1975.
- TALEB, Nassim Nicholas — O Cisne Negro. O Impacto do Altamente Improvável. Alfragide: D. Quixote, 2011.
- TORRA, Vicenç — Do Ábaco à Revolução Digital. Algoritmos e Computação. National Geographic. Edição Especial, 2020, p. 143.

¹ Noah Harari, a propósito das consequências da interferência do homem na ordem natural e nas capacidades cognitivas dum ser, estabelece a analogia com o que ocorreu séculos atrás com a Revolução Agrícola. Na altura foram criadas estratégias por forma a reduzir as capacidades mentais das cabras, pretendendo-se que desse modo se tornassem facilmente manipuláveis e sem iniciativa deixando de representar problemas para o rebanho. Surgia assim a catalogação popular de “a ovelha negra” (entenda-se aquela que era inteligente e por isso não influenciável). Sobre o assunto consulte-se Harari, Yuval Noah, *Homo Deus –História Breve do Amanhã...*, p. 406.

² GANASCIA, Jean-Gabriel- O Mito da Singularidade -Devemos temer a inteligência artificial?..., p. 11-12.

ARTE & INCLUSÃO NA DOENÇA MENTAL

Carla Ferreira^{1*}; Ana Castelo^{1**}; Ricardo São João^{3***}; Teresa Coelho^{2****};
Nuno Fernandes^{1*****}; Teresa Massano^{1*****}

¹Hospital Distrital de Santarém, Santarém

²Escola Superior de Saúde de Santarém- Instituto Politécnico de Santarém

³CEAUL-Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa

* Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Psicóloga;* Professor Adjunto;**** Professora Adjunta;

*****Médico Interno Formação Específica de Psiquiatria;*****Enfermeira Chefe

Email:carla.ferreira@hds.min-saude.pt; ana.castelo@hds.min-saude.pt;

ricardo.sjoao@esg.ipsantarem.pt;teresa.coelho@essaude.ipsantarem.pt;

nuno.fernandes@hds.min-saude.pt;teresa.massano@hds.min-saude.pt

Resumo

CONTEXTO: No ano de 2017 foi implementado o Projeto INcluir “Oficinas para todos e para cada um” no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém com o objetivo de reabilitação da pessoa com doença mental e sua inclusão social. O Projeto, alicerçado na criação de “oficinas artísticas”, potencia a criação de um ambiente de criatividade, partilha, crescimento pessoal, mediado pela Arte, através da aquisição de um conjunto de competências técnicas de Pintura, Escultura e Desenho. Indivíduos com Doença Mental são frequentemente confrontados com estigma e preconceito e sujeitos à exclusão social. Reconhece-se que a participação artística de pessoas com doença mental pode oferecer uma série de benefícios terapêuticos e facilitar o processo de recuperação através da inclusão na comunidade com a redução do estigma. O Projeto contou com o financiamento da Fundação EDP-Inclusão Social 2016. **OBJETIVO(S):** Avaliar o impacto do projeto INcluir no estigma e na autoestima das pessoas com Doença Mental. **MÉTODOS:** Aplicação da escala de autoestima de Rosenberg e da escala de classificação de estigma AQ-9 proposta por Corrigan nos participantes das oficinas. **RESULTADOS:** Melhoria a nível da autoestima após a participação nas oficinas artísticas nos dez itens que integram a escala de Rosemberg, relacionadas com desempenho e satisfação consigo próprio. O grupo que frequentou as oficinas obteve uma melhoria de 66% na avaliação do Estigma da doença mental. **CONCLUSÕES:** A participação no Projeto INcluir, contribuiu positivamente para a redução do estigma da doença mental e para o aumento da autoestima.

Palavras-Chave: INcluir; Doença Mental; Autoestima; Estigma.

Abstract

Art & Inclusion in Mental Illness: BACKGROUND: In 2017, the INcluir Project "Workshops for everyone" was implemented in the Department of Psychiatry and Mental Health of the Santarém District Hospital with the objective of rehabilitating the mentally ill and their social inclusion. The Project, based on the creation of "artistic workshops", enhances the creation of an environment of creativity, sharing, personal growth, mediated by Art, through the acquisition of a set of technical skills in Painting, Sculpture and Drawing. Individuals with Mental Illness are often confronted with stigma and prejudice and subject to social exclusion.

It is recognized that artistic participation by people with Mental Illness can offer a range of therapeutic benefits and facilitate the recovery process through community inclusion with the reduction of stigma. The Project was funded by the EDP Foundation- Social Inclusion 2016.

AIM: Evaluate the impact of the INcluir project on the stigma and self-esteem of people with Mental Illness. METHODS: Application of Rosenberg's self-esteem scale and the AQ-9 stigma rating scale proposed by Corrigan to workshop participants. RESULTS: Improvement in self-esteem after participating in the artistic workshops in the ten items that make up the Rosenberg scale, related to performance and satisfaction with oneself. The group that attended the workshops achieved a 66% improvement in the assessment of the Stigma of Mental Illness. CONCLUSIONS: Participation in the INcluir Project has contributed positively to reducing the stigma of mental illness and increasing self-esteem.

Keywords: *INcluir*; Mental Illness; Self-esteem; Stigma.

Introdução

Na Europa, Portugal é o país com maior prevalência de doença mental na população adulta: em 2016, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença mental (DGS, 2018). O Plano Nacional para a Saúde Mental definiu como prioridade “reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações”, através de ações/medidas de reabilitação, apoio ao emprego e à promoção da saúde mental nos locais de trabalho. Para operacionalizar este objetivo, preconiza promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das famílias. Para tal é necessária a diferenciação de grupos alvo específicos dentro da população com problemas de saúde mental, de forma a contribuir efetivamente para a prestação de cuidados de saúde mental de qualidade. Estes grupos são as pessoas com DM em acompanhamento psiquiátrico e que frequentam as unidades sócio ocupacionais ou em hospitais de dia de Psiquiatria de Adultos, no âmbito da reabilitação psicossocial através da Arte.

O Diagnóstico Social no Município de Santarém (CLASS, 2013) identifica a saúde mental como um dos eixos no qual é necessário atuar, facto igualmente corroborado no Relatório Saúde Mental na Lezíria e Médio Tejo (Rede Social, 2015) que ainda aponta a escassez de soluções de inclusão para essa patologia. Neste Diagnóstico são reconhecidos diversos problemas na área da saúde mental: falta de uma intervenção integrada (indivíduo, família e comunidade), falta de respostas para a reabilitação de adultos e de jovens, estigmatização e dificuldades de inserção social, laboral e escolar. O mesmo diagnóstico faz referência à falta de respostas institucionais na região, concretamente nas regiões da Lezíria e Médio Tejo e face ao crescente número de casos de diagnóstico de doença mental nos diversos serviços tornando-se um problema cada vez mais discutido nos diversos contextos de organização social do território.

O Projeto de “OficINas artísticas”, em colaboração com parceiros locais, proporciona um ambiente de criatividade, partilha e desenvolvimento pessoal, mediado pela arte, através da aquisição de um conjunto de competências técnicas de pintura, escultura e desenho, e simultaneamente, de competências relacionais com a consequente aceitação e reconhecimento pela comunidade do valor de cada pessoa com doença mental. Trata-se de um Projeto com impacto na vida dos participantes e de todos os envolvidos, comprovado com um estudo de investigação desenvolvido, em parceria com o Instituto Politécnico de Santarém. Ainda no âmbito deste Projeto, foi concebido o livro intitulado “INcluir – 26 histórias de banda desenhada”, com histórias de vida elaboradas pelos participantes.

As Oficinas são dinamizadas por um professor de artes, num espaço na comunidade cedido pela Câmara Municipal de Santarém e monitorizadas por um técnico do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém.

Métodos

No presente estudo – experimental, participaram todas as pessoas que frequentaram as oficinas INcluir. Os participantes, com idades superiores a 18 anos, do sexo feminino e masculino, frequentaram as oficinas INcluir durante um semestre, com uma frequência semanal de duas sessões de 120 minutos cada. Estiveram envolvidas 15 pessoas, por grupo/semestre. O estudo refere-se a um ano de desenvolvimento do projeto, com a participação de 30 pessoas. O primeiro grupo decorreu de dezembro de 2016 a maio de 2017 e o segundo grupo de junho a novembro de 2017.

Aos participantes das oficinas foi realizada:

a.1ª Avaliação – Antes do início das oficinas com base nos seguintes instrumentos: Questionário sócio-demográfico | Escala de Auto-estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), versão portuguesa, traduzida e adaptada por Santos e Maia (2003) | Questionário do Estigma da Doença Mental AQ-9 (traduzido por Oliveira & Azevedo, 2014), versão reduzida do Questionário de Atribuição – AQ-27 (Corrigan, 2012).

b.2ª Avaliação – Após 6 meses de participação nas oficinas, tendo como suporte os mesmos instrumentos.

A análise dos dados obtidos foi efetuada com recurso ao *software* estatístico R (R Core Team, 2018).

Antes da aplicação das escalas, solicitou-se a colaboração dos participantes de forma oral e por escrito, com informação prévia relativamente ao estudo e respetivo objetivo, garantia de confidencialidade e anonimato e ainda da possibilidade de desistência a qualquer momento do desenvolvimento do projeto, assim como da inexistência de respostas corretas ou incorretas. O protocolo do projeto foi submetido para avaliação e foi autorizado pela Comissão de Ética do Hospital Distrital de Santarém.

Resultados

No gráfico 1 são apresentados os resultados no que diz respeito aos valores médios das respostas obtidas, para o grupo de participantes nas oficinas, em cada item da escala de Rosenberg. Verifica-se que todos os aspetos avaliados apresentam valores mais elevados depois da participação nas oficinas Incluir. Salienta-se ainda que as melhorias mais evidentes entre a primeira e a segunda avaliação estão relacionadas com o desempenho e satisfação consigo próprio [PP1-Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a): 2,13 vs 1,87; PP4-Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas: 2,2 vs 1,73; PN5-Sinto que não tenho muito de que me orgulhar: 1,93 vs 1,53; PN6-Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil: 1,87 vs 1,47 e PN8-Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a):1,6 vs 1,2].

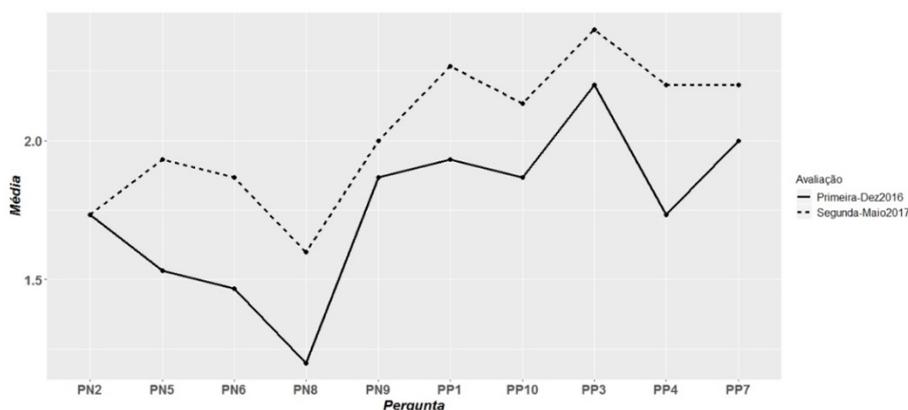


Gráfico 1. Resultados da aplicação da escala Rosenberg Auto-estima aos Participantes nas Oficinas INcluir - 1ª e 2ª Avaliação

Relativamente às respostas obtidas no AQ-9 verificou-se melhorias estatisticamente significativas em 8 dos 9 domínios avaliados no que diz respeito ao estigma na doença mental no grupo que frequentou as oficinas (quadro 1). Constatou-se ainda uma melhoria de 66% na avaliação do Estigma na doença mental.

Testes de Hipóteses: Diferença de proporções (1ª e 2ª FASE)

Domínio	Pergunta	Proporções (pontuações 6,7,8,9) onde 9:Muito/Completamente		Diferença entre proporções
		1ª Fase	2ª Fase	Com Significância Estatística
Ajuda	Qual a probabilidade com que iria ajudar o José?	0,65	0,64	Não
Coerção	O José deveria ser forçado a fazer tratamento.	0,59	0,52	Sim
Pena	Eu sentiria pena do José	0,49	0,39	Sim
Segregação	Seria melhor para a comunidade que o José fosse internado num hospital psiquiátrico	0,44	0,29	Sim
Medo	Quão assustado do José se iria sentir?	0,42	0,24	Sim
Perigosidade	Quão perigoso acha que o José é?	0,33	0,18	Sim
Evitação	Eu iria tentar manter-me afastado do José	0,18	0,12	Sim
Raiva	Quão zangado se sentiria com o José?	0,15	0,08	Sim
Culpa	Acho que o José é culpado pela sua condição presente	0,06	0,03	Sim

Quadro 1. Resultados da aplicação da escala AQ-9 aos Participantes nas Oficinas INcluir - 1ª e 2ª Avaliação

Para além dos resultados obtidos com a aplicação das referidas escalas salienta-se que ao longo de 1 ano de implementação do projeto, foi possível: a redução de 60% dos re-internamentos; a realização de 96 Oficinas artísticas INDOOR; a realização de 10 Oficinas artísticas OUTDOOR; a realização de 4 exposições em espaços públicos e galerias de arte; a criação de 95 obras de arte; a criação de 1 escultura “TINTas”, evidenciando-se o envolvimento e abertura à comunidade, e a realização das primeiras Jornadas de Saúde Mental “Arte & Inclusão” com o apoio da Direção Geral da Saúde.

Discussão

A relação entre a arte, aqui retratada pelas oficinas artísticas, e a saúde mental não é recente, encontram-se relatos do século XIX onde estes dois campos coexistiam, sendo a arte mobilizada como recurso terapêutica. Os resultados aferidos no estudo, surgem no âmbito do desenvolvimento de oficinas artísticas em que, como referem Moro e Guazina (2016) e Palma, Barriga, Cruz & Gama (2017), a arte é utilizada como possibilidade e recurso terapêutico no âmbito do cuidado à pessoa com doença mental.

As oficinas artísticas foram desenvolvidas em grupo, por acreditarmos que as atividades grupais proporcionam a cada participante a elevação da autoestima (Nunes, Montibeller, Oliveira, Arrabaca, Theiss, 2013), o que se reflete no facto de que tanto no primeiro como no segundo grupo houve globalmente melhorias no nível de autoestima após a frequência das oficinas.

Adicionalmente, maiores níveis de literacia bem como o contacto com a doença mental têm um impacto positivo na redução do estigma para com o doente mental corroborando o estudo de Corrigan et al. (2012).

Conclusão

O Projeto INcluir, com a implementação das oficinas artísticas em grupo, potencia as competências pessoais, relacionais e artísticas dos participantes, manifestando-se no

aumento da sua autoestima e redução do estigma da doença mental, o que ilustra bem a importância da utilização da arte na sua dimensão terapêutica.

Implicações para a Prática Clínica

O projeto INcluir é um desafio nos cuidados em Saúde Mental, promotor de melhoria nos níveis de autoestima e do combate ao estigma e exclusão social da pessoa com doença mental. A aposta na arte como ferramenta terapêutica no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, deverá ser parte integrante na implementação de estratégias do Plano Nacional de Saúde Mental.

INCLUIR = UNIÃO



Ilustração 1- Autoria do artista João Maria Ferreira

Referências Bibliográficas

- CLASS (2013). Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017, Conselho Local de Acção Social de Santarém, 2013. Consultado em 19 abril de 2017. Disponível em http://www.cmsantarem.pt/images/santarem/pdf/DiagnosticoSocial2014_2017.pdf
- CORRIGAN, P. — A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. Illinois Institute of Technology, 2012.
- MORO, L.; GUAZINA, F. — Arte e Experiência: Relações da arte no contexto de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 8:18 (2016) 25-42.
- NUNES, M; MONTIBELLER, C.; OLIVEIRA, K.; ARRABACA, R.; THEISS, S. — Autoestima e saúde mental: Relato de experiência de um projeto de extensão. *Psicologia Argumento*. 31:73 (2013) 283-289
- PALMA, V.; BARRIGA, L.; CRUZ, S.; GAMA, P. — Modelando a Sintomatologia Psicótica: A arte como recurso terapêutico. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 18:1 (2017)19-28.
- R Core Team — R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2018. URL <http://www.R-project.org/>
- Rede Social — Saúde Mental - Avaliação Setembro de 2015, Plataformas Supra Concelhias da Lezíria e do Médio Tejo, 2015 Consultado em 20 abril de 2017. Disponível em http://www.app.com.pt/wpcontent/uploads/2016/04/Santarém_Relatório-Saúde-Mental-LT-e-MT-v.-15-set-2015.pdf
- ROSENBERG, M. — *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SANTOS, P.; MAIA, J. — Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2 (2003) 253-268.

SOUSA, S.; QUEIRÓS, C.; MARQUES, A.; ROCHA, N.; FERNANDES, A. — Versão preliminar portuguesa do Attribution Questionnaire (AQ-27). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto/ESTSP-IPP, 2008.

A PSIQUIATRIA DE SNEZHNEVSKY COMO FORMA DE ABUSO POLÍTICO

João Martins Correia¹; Bianca Jesus¹

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, U.L.S. Guarda

¹Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Psiquiatria,

Email:joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt;bianca.jesus@ulsguarda.min-saude.pt

Resumo

A construção da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e a definição de uma sociedade moldada pelo controlo político e pelo exercício da intolerância traçaram um caminho coeso no qual a psiquiatria passou a ser utilizada como ferramenta de repressão. Alicerçada a uma ideologia comunista e a um ilusório sentido de controlo paternalista sobre o indivíduo a psiquiatria, particularmente entre 1970 e 1980, abre pano para uma encenação punitiva assente numa narrativa que de fora colocava a possível indulgência do dissidente. Andrei Snezhnevsky surge como a principal figura da subordinação política da psiquiatria dentro dos limites da URSS ao estabelecer novas margens para um entendimento expansível da patologia psiquiátrica. Com ele surge o conceito de *esquizofrenia progressiva* e a possibilidade de tradução patológica de comportamentos de dissidência. E, a partir dele, prevalece ainda a necessidade de abertura à discussão sobre questões tão importantes quanto os direitos do Homem.

Palavras-chave: abuso político da psiquiatria, psiquiatria na União Soviética; psiquiatria em sistemas autoritários; esquizofrenia progressiva; Andrei Snezhnevsky

Abstract

The building of the Union of Soviet Socialist Republics (USSR) and the definition of a society shaped by political control and the exercise of intolerance set a cohesive path in which psychiatry was used as a tool of repression. Grounded in a communist ideology and in an illusory sense of paternalistic control over the individual, psychiatry, particularly between 1970 and 1980, opens the door to a punitive act based on a narrative that outwardly posed the possible indulgence of the dissident.

Andrei Snezhnevsky emerges as the leading figure in the political subordination of psychiatry within the limits of the USSR by establishing new borders for an expanding understanding of psychiatric pathology. With him comes the concept of *progressive schizophrenia* and the possibility of pathological translation of dissenting behaviors. And from it, there still prevails the need for an open discussion about issues so important as the Human rights.

Introdução

«Um povo que não conhece a sua história está condenado a repeti-la» assim considerou Edmund Burke. O passado da psiquiatria fez-se de todos os momentos que, ao longo do tempo, foram criando a visão que dela hoje podemos ter. As décadas de abuso sistemático da psiquiatria que se construíram a par da construção de um regime tão opressor quanto a posição em que a própria psiquiatria se colocava definiram um dos melhores exemplos daquilo que jamais deverá acontecer: a instrumentalização de uma área do saber ao serviço de um governo, despindo-a do seu propósito fundamental.

Com isto, propomo-nos, em traços gerais, a recordar parte do percurso imposto à psiquiatria no período da União Soviética e a destacar o papel assumido por Andrei Snezhnevsky no novo entendimento que a ela passou a ser dado.

Discussão

1917 marca o início da construção da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), do ideal de sociedade democrática transformada num cerco autoritário e da constante indagação assente no coletivismo. 1917 define também as linhas de uma psiquiatria que passaria ser utilizada como veículo de opressão política, de contenção dos conceitos de pluralidade e de promoção de uma narrativa de interpretação única.

Segundo a Federation Global Initiative in Psychiatry (Human Rights in Mental Health – FGIP), uma organização internacional fundada em 1980 e ativamente envolvida na promoção de uma saúde mental eticamente sustentada, a politização abusiva da psiquiatria poderá ser definida da seguinte forma: «o abuso político da psiquiatria refere-se ao incorreto diagnóstico, tratamento e internamento psiquiátricos com o objetivo de impedir os direitos humanos fundamentais de certos indivíduos e grupos de uma dada sociedade. Embora seja uma prática comum de países governados por regimes totalitários esta não é exclusiva destes. Nestes países, o abuso dos direitos humanos dos indivíduos que politicamente se opõe ao estado é frequentemente escondido sob o pretexto da necessidade de tratamento psiquiátrico. Também em sociedades democráticas os responsáveis pela denúncia de práticas ilegais por parte de grandes corporações foram submetidos ao abuso político da psiquiatria». O sistemático abuso político da psiquiatria na União Soviética, que se tornou particularmente relevante entre 1970 e 1980, é resultado da expressão de um regime totalitário e socialmente opressor. Reflexo disso terão sido os milhares de presos políticos encarcerados em hospitais psiquiátricos, incorreta e intencionalmente rotulados com diagnósticos psiquiátricos, com o simples objetivo de serem silenciados, se possível, de forma permanente. A hospitalização de todos aqueles que, pelas ideias que defendiam ou pelos ideais que procuravam e que contrastavam com os que eram impostos pelo regime, era entendida como uma forma particularmente conveniente de anulação de qualquer frente de oposição. Com o decorrer do tempo, a psiquiatria começava a organizar-se enquanto instrumento que condicionava os indivíduos a normas cientificamente impostas de comportamento, atribuindo um sentido patológico a formas de desvio e moldando o sentido do Eu. Estas normas cientificamente impostas de comportamento refletiam uma compreensão Marxista-Leninista da psicologia, na qual a psique de cada indivíduo seria reflexo do seu mundo social objetivo criando simultaneamente a sua própria realidade.

Ainda que as raízes do uso da psiquiatria como ferramenta de repressão sejam declaradamente anteriores à fundação da URSS vários terão sido os motores que, durante este período, a destacaram no desempenhar desta função. O clima de intolerância pela dissidência que marcava o regime comunista e a visão algo paternalista que se exercia pelo governo Soviético sobre o indivíduo levaram rapidamente a uma autoritária necessidade de controlo que se estendia a qualquer esfera da sociedade. A imposta visão de um sistema sociopolítico que, mais do que funcional ou adequado, deveria ser entendido como o melhor face a qualquer outro definia a fronteira entre sanidade mental, naturalmente enquadrada com todos aqueles que partilhavam desta visão, ou a falta dela. Como afirmou Slavoj Žižek, um filósofo esloveno: «é preciso insanidade para haver oposição ao comunismo». Ao que o psiquiatra Fyodor Kondratiev, responsável pela classificação de milhares de dissidentes políticos como doentes mentais, acrescenta: «se alguém age contra o sistema político torna-se claramente necessário procurar pelos mecanismos psicopatológicos de dissidência». Todo este difundido discurso que se alimentava da influência daqueles que o cultivavam abria cada vez mais espaço à procurada repressão movida pelo interesse ideológico. Em 1959, o líder soviético Nikita Khrushchev afirmava, destacando a sua a partir de um coro de vozes: «o crime é um desvio dos padrões comportamentais globalmente reconhecidos como tal e frequentemente causado por doença mental».

O crescimento da psiquiatria dentro da URSS, alienado daquele que se fazia do outro lado da fronteira comunista e subordinado, em última instância, aos interesses do estado permitia

com que parte da comunidade psiquiátrica soviética pudesse ser convencida da sua adequação e do seu distanciamento face a qualquer forma de politização. Um exemplo desta clara alienação e da distância face a tudo o que se colocava fora das fronteiras da URSS poderá ser encontrado no Juramento do Médico Soviético que era feito ao invés do Juramento de Hipócrates. Ao médico não se impunham assim quaisquer valores de ética médica senão mesmo aqueles que o comunismo em si definia. No entanto, se alguns se moviam por fundamentos castrados na evidência e julgavam não o fazer, muitos outros partilhavam uma mesma consciência por algo que consideravam maior, uma ideologia. Ainda assim, e independentemente do nível de consciência presente, não seria possível passar ao lado da dependência da psiquiatria soviética em relação ao Estado, dependência essa que se firmava a três níveis, científico, económico e político. Aos poucos a psiquiatria moldava-se a necessidades de ordem política, primeiro abarcando os círculos artísticos e intelectuais da sociedade para, mais tarde, ser responsável por quase um terço dos dissidentes enviados para hospitais psiquiátricos. Um número que, ainda assim, se entende como subestimado.

Andrei Vladimirovich Snezhnevsky, psiquiatra soviético com raízes ao Sebski Institute, é colocado na linha da frente na definição de uma psiquiatria subordinada aos interesses do Estado, alimentada pela necessidade em silenciar todos aqueles que declaradamente se opunham às políticas consensualmente aceites e, não menos importante, veículo de diferentes formas de abuso, nas quais se inclui o dos direitos do Homem. Snezhnevsky é assim o principal responsável pelo caminho traçado pela psiquiatria dentro dos limites do comunismo na URSS e por si consentido ao longo de mais de 40 anos. Com ele surge o conceito de *esquizofrenia progressiva* e a necessidade de um novo entendimento sobre a doença psiquiátrica, numa quase tentativa de a fazer abraçar a comportamentos de dissidência. De acordo com Snezhnevsky a esquizofrenia apresentava uma prevalência notavelmente superior àquela que inicialmente se suponha, situação passível de ser explicada, à partida, pela sua apresentação com sintomas ligeiros e progressão destes apenas em fases mais avançadas. O desenvolvimento desta condição poderia ser enquadrado com três fases sequencialmente evolutivas: uma primeira fase, claramente incipiente, marcada por manifestações subclínicas; uma segunda fase, posterior, caracterizada por instabilidade psicopatológica e, uma terceira fase, na qual se observaria uma redução gradual da sintomatologia positiva e que daria gradualmente lugar a sintomatologia negativa predominante. Uma fase prodrómica, uma fase ativa e uma fase de estabilização clínica, entre as quais os sintomas vão ganhando maior definição, surgem assim na pintura feita por Snezhnevsky da *esquizofrenia progressiva*. Apesar do extenso suporte teórico que procurava elevar a *esquizofrenia progressiva* a entidade independente esta poderia ser vista como uma condição intermédia entre os transtornos psicóticos e os transtornos da personalidade. Na verdade, parte das suas descrições assumem uma maior similitude com aquilo que facilmente se enquadraria com um transtorno de personalidade, com os seus sintomas a fazerem lembrar os de uma neurose ou mais próximos de um quadro paranoide. Sintomas como «delírios reformistas», «luta pela verdade» ou ainda «perseverança» eram assim colocados sob a alçada de um diagnóstico comum. Como seria expectável, desde a conceptualização desta nova forma de esquizofrenia, crescente passou a ser o número de casos identificados num Estado ideologicamente caracterizado pela imposição de uma verdade única e pela anulação da possibilidade de uma reforma social. Outras descrições, em linha com os sintomas que a estes pacientes se apontavam, incluíam também «exaustão nervosa como resultado da procura por justiça» ou «tendência para litígio». Aos diagnósticos menos ortodoxos acresciam abordagens em que a designação “terapêutica” fugia em tudo à forma como estas eram desenhadas e ao fim que em si encerravam. Altas doses de antipsicóticos administrados rotineiramente em esquemas de 10 a 15 dias para tratamento de «delírios reformistas» ou «pensamentos antissoviéticos», por vezes potenciados pela administração conjunta de fármacos altamente aversivos, são alguns dos procedimentos detalhadamente descritos em alguns dos processos dos supostos doentes. A

indução de comas de insulina ou mesmo a administração de injeções de atropina figuram como outros dos tratamentos claramente punitivos aplicados na altura. Em 1979, Etely Kazanets, um psiquiatra de Moscovo, escreve num artigo publicado no *Archives of General Psychiatry*: «particularmente problemáticos são os casos de psicose que não apresentam a progressão clínica característica da esquizofrenia. Alguns psiquiatras afirmam que uma lista de esquizofrenias deveria incluir a chamada transitória, periódica ou temporalmente limitada esquizofrenia, manifestada após stresses exógenos e que, durante períodos de remissão, “dificilmente deixa quaisquer alterações da personalidade”». As duras críticas expressas por Kazanets não se limitaram ao quase factício diagnóstico criado por Snezhnevsky mas estenderam-se também ao facto de, uma vez estabelecido, ser particularmente difícil a sua revisão e, em consequência, a possível reinclusão social de todos aqueles rotulados com esta marca. Críticas ao novo sistema de classificação de Snezhnevsky surgiam ainda fora das próprias barreiras da URSS. Em 1986, Harold Merskey, um psiquiatra canadiano, em conjunto com Bronislava Shafran, na altura interno de neurologia, debruçaram-se sobre parte da literatura publicada no *Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*, concluindo: «a noção de esquizofrenia lentamente progressiva é claramente extensível e bastante mais variável e inclusiva do que a nossa própria ideia de esquizofrenia simples ou dos estados residuais deficitários. Muitas condições que seriam provavelmente diagnosticadas, em qualquer outro lugar, como transtornos depressivos, transtornos da ansiedade, transtornos hipocondríacos ou da personalidade parecem surgir sob o chapéu da esquizofrenia lentamente progressiva do sistema de Snezhnevsky». Acima de tudo, um ponto era unânime na forma como os psiquiatras soviéticos deveriam reconhecer a expressão da *esquizofrenia progressiva*, este diagnóstico descrevia com precisão o comportamento de qualquer dissidente político.

Esta visão algo expansível do alcance que até então se conhecia da psiquiatria e que nesta altura discorria na construção de novos pilares nosológicos fundamentava uma forma expressa de abuso de uma área que deveria ser, sob qualquer nível, independente e autónoma. O diagnóstico psiquiátrico dava lugar a um exercício de poder social. Ainda que, até meados dos anos 60 o abuso político da psiquiatria na URSS tenha passado, em grande parte, ao lado daquilo que era o conhecimento da sua veiculação, mesmo por entre aqueles que eram já alvo desta camuflada forma de repressão social, o crescimento galopante que, a partir de então se registou, levou ao seu reconhecimento um pouco por todo o mundo. Em 1971, Vladamir Bukovsky, uma das principais figuras responsáveis pela luta contra o abuso da psiquiatria na União Soviética enviou à Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) documentação que continha informação relevante sobre as sistemáticas situações de abuso que então se observavam, procurando coloca-la a par do quadro geral. Muito embora o assunto tenha chegado ao congresso da WPA no México, no mesmo ano, este acabou por não ser discutido e, na altura, as repercussões da denúncia ficaram limitadas a Bukovsky, sentenciado a 7 anos em campo de trabalho e 5 anos em exílio interno. Após o congresso da WPA no México e, na sequência da pressão que sobre a Associação se gerou para que uma posição fosse tomada, em 1977 é assinada a *Declaração do Hawaii*, onde o seguinte terá ficado definido: «o psiquiatra não deverá nunca utilizar as suas possibilidades profissionais para violar a dignidade ou os direitos humanos de qualquer indivíduo ou de qualquer grupo e nunca deverá permitir que desejos ou sentimentos pessoais inapropriados, preconceitos ou crenças interfiram no tratamento. O psiquiatra não deverá, em nenhuma circunstância, utilizar as ferramentas da sua profissão uma vez estabelecida a ausência de doença psiquiátrica. Se um paciente ou terceiro exigir algo que seja contrário ao conhecimento científico ou aos princípios éticos o psiquiatra deverá recusar-se a cooperar». O abandonar da WPA por parte da psiquiatria soviética, na altura representada pela All-Union Society of Neuropathologists and Psychiatrists, foi feita ainda antes desta decisão ser lançada a voto em 1983 e em muito motivada pela consciência cada vez maior do perverso caminho que esta percorria sob influência comunista. A reintegração da All-Union Society na WPA foi

estabelecida em outubro de 1989 aquando da reunião da Assembleia Geral da WPA em Atenas, face à promessa da descontinuação dos abusos, da reabilitação das vítimas e da democratização da psiquiatria. Nesta altura a delegação soviética, durante o congresso, reconhece publicamente os abusos e termina com um convite à WPA para que uma equipa de investigação seja enviada à URSS. A equipa definida acabaria por visitar o território comunista em 1991.

O fundo negro que marcou a psiquiatria durante os anos de comunismo que ilustraram a URSS permitiu abrir a discussão sobre pontos tão importantes como os direitos do Homem e os limites entre a identidade do Eu e as questões que fundamentam uma sociedade que deverá ser regida pela pluralidade dos indivíduos que a compõe. A condenação do uso da psiquiatria com propósitos não médicos deverá ser ainda alinhada às barreiras que deverão limitar o recurso a formas coercivas ou a injustificadas formas compulsivas de tratamento.

Conclusões

A politização da psiquiatria ao longo de décadas sob a alçada de um regime totalitário e ideologicamente opressor, marcada pelo confinar de milhares de reformistas políticos e sociais a hospitais psiquiátricos com o fabricado diagnóstico de *esquizofrenia progressiva*, é o reflexo da fragilidade de uma linha que se supõe garantia da identidade do Homem. Esta forma de psiquiatria, teoricamente grotesca e, não menos condenável na sua concretização, desenhava-se de forma a permitir a construção de um ambiente, que se procurava entender, como psicossocialmente “saudável”. A assunção de que a natureza do Homem poderia ser significativamente moldada por impostas mudanças sociais e pelo estabelecer de uma ideologia enraizada apenas na visão de uma parte alimentava um novo conceito que à psiquiatria se colocava, limitando-a e castrando-a.

Bibliografia

- VAN VOREN, Robert – Fifty years of political abuse of psychiatry – no end in sight. *Ethics, Medicine and Public Health*. 1:1 (2015) 44-51.
- VAN VOREN, Robert – Political abuse of psychiatry – An historical overview. *Schizophrenia Bulletin*. 36:1 (2010) 33-35.
- VAN VOREN, Robert – Ending political abuse of psychiatry: where we are at and what needs to be done. *BJPsych Bulletin*. 40:1 (2016) 30-33.
- SMULEVICH, Anatoly B. – Sluggish Schizophrenia in the Modern Classification of Mental Illness. 15:4 (1989) 533-539.
- PROBES, Lawrence M.; KOUZNETSOV, Vladimir; VERBITSKI, Vladimir; MOLODYI, Vadim – Trends in Soviet and Post-Soviet Psychiatry. *PSR Quarterly*. 2:2 (1992) 67-76.
- VAN VOREN, Robert – The Abuse of Psychiatry for Political Purposes. In DUDLEY, Michael; SILOVE, Derrick; GALE, Fran – *Mental Health and Human Rights: Vision, praxis, and courage*. Oxford: Oxford University Press 2012.
- TOBIN, J. P. – Editorial: political abuse of psychiatry in authoritarian systems. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 30:2 (2013) 97-102.
- BIRLEY, Jim – Political abuse of psychiatry. *Psychiatry*. 3:3 (2004) 22-25.



Hidroterapia em hospital psiquiátrico

(In A história da loucura, os loucos do século XIX e a evolução da psiquiatria,
<https://melkberg.com/2018/09/21/historia-da-loucura-loucos-do-seculo-xix-evolucao-da-psiquiatria/>)

HISTÓRIA DA HIDROTERAPIA NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA

Janaína Maurício

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Interno de Formação Específica em Psiquiatria
Email:4190@ulsam.min-saude.pt

Resumo

A utilização terapêutica da água era comum na Grécia antiga, por uns utilizada para combater a fadiga muscular, por outros no tratamento de perturbações psíquicas decorrentes de desordens corporais.

No século XVI, os trabalhos de *J. Helmont* e seu “*Ducking Treatment*” são fundamentais para o desenvolvimento desta prática. No entanto é apenas a partir dos séculos XVIII e XIX que a hidroterapia se populariza mundialmente. Conceito este em permanente evolução, desde os famosos “Banhos Surpresa”, de propósito maioritariamente punitivo, adotados depois como estratégia curativa nos alienados.

A popularização hidroterápica do século XVIII permitiu a remodelação de várias instituições psiquiátricas para o seu uso terapêutico rotineiro. Acreditava-se que a água fosse um tratamento eficaz porque poderia ser aquecida ou arrefecida a diferentes temperaturas, o que, quando aplicado à pele, poderia produzir várias reações corporais. As diferentes técnicas e temperaturas eram utilizadas no tratamento de vários distúrbios como controlo da agitação, insónia, agressividade e psicoses maníaco-depressivas.

Palavras-chave: Hidroterapia; Psiquiatria; História; Banhos; Água

Abstract

The therapeutic use of water was common in ancient Greece, used by some against muscle fatigue, by others to cure mental disorders caused by bodily disorders.

In the 16th century, the works of J. Helmont and his “*Ducking Treatment*” were fundamental to the development of hydrotherapy. However, it is only during the 18th and 19th centuries that hydrotherapy becomes popular worldwide. A concept that is constantly evolving, since the famous “*Surprise Baths*”, with mostly punitive purposes, later new water exposure techniques were developed as curative strategy for the mentally ill.

The 18th century hydrotherapeutic practices became very popular, this allowed the remodeling of several psychiatric institutions for their new water routines. It was believed that water was an effective treatment, because it could be heated or cooled to different temperatures and when applied to the skin, it could cause several body reactions. Different techniques and temperatures were used in the treatment of various disorders, such as control of agitation, insomnia, aggressive individuals and affective psychosis.

Introdução

Na antiguidade vários foram os povos que enquadravam a utilização da água numa vertente mística e religiosa. No entanto, ao longo dos séculos o papel curativo da água nunca foi ignorado, podendo ser considerada como o mais antigo remédio utilizado. Há várias referências ao longo da literatura médica antiga, bem como na descrição de hábitos e costumes nas culturas pagãs, nomeadamente dos assírios e egípcios. Podemos descrever a água como um ingrediente acessível a todos, que se ajusta a várias condições patológicas com uma capacidade extraordinária de adaptação às várias exigências da evolução da nossa sociedade.

O nosso objetivo passa por reunir informações históricas sobre a evolução da utilização terapêutica da água na prática psiquiátrica.

Discussão

Ao longo da evolução da psiquiatria moderna podemos considerar que a hidroterapia, a ergoterapia e a psicoterapia foram os métodos de tratamento mais geralmente aceites. Destes, a utilização terapêutica da água foi se tornando universalmente aplicável, em especial nos casos que necessitavam de cuidados em ambiente hospitalar.

De Hipócrates ao Renascimento

Na antiguidade, ser saudável era possível através do equilíbrio entre os humores essenciais, no qual a água desempenhava um papel essencial. A civilização grega terá sido das primeiras que deixou de ver a água como elemento místico e começou a usá-la para tratamento corporal específico. A utilização terapêutica da água tornou-se uma prática comum na era hipocrática. A água representava a fonte de vida sendo um elemento purificador. Prescrita por muitos para combater a fadiga muscular, era também utilizada no tratamento de distúrbios mentais decorrentes de desordens corporais (desequilíbrio de humores). Através do banho era possível restaurar a harmonia entre o corpo e a alma. Já *Melampo*, descrito como o primeiro alienista, tratava a mania e a melancolia pela administração de heléboro e uso de banhos quentes. Outros médicos seguiram esta prática, tais como Hipócrates e Asclepiades que descreveram os efeitos benéficos da água a várias temperaturas em diferentes indivíduos.

No Império Romano os banhos públicos tornaram-se populares, inicialmente com objetivo de higienização e prevenção de doenças nos atletas, surge depois como forma de socialização. A valorização popular da importância higiénica do banho é corroborada pela existência de edifícios imponentes erguidos para esse fim em quase todas as cidades, pelos regulamentos municipais quanto ao uso frequente do banho por estranhos e viajantes, e pelo fato de uma magnífica sala de banho ser considerada parte essencial de todos os lares abastados.

Com a queda de Roma, a higienização foi perdendo o interesse, permanecendo as práticas hidroterapêuticas desvalorizadas durante toda a época medieval. A difusão do Cristianismo pode ter sido um dos fatores que contribuiu para esse desuso, uma vez que a utilização de forças físicas (água) era muitas vezes associada a rituais pagãos.

Ducking Treatment e Banhos Surpresa

No século XVII, através dos trabalhos de Van Helmont (1577-1644), surge o conceito de *Ducking Treatment*, um método de choque, através do qual os doentes seriam suspensos de cabeça para baixo, debaixo de água até ficarem inconscientes. A sensação de choque resultaria na cura pois “sufocaria” as ideias dos homens loucos. Este tratamento não foi amplamente utilizado devido ao elevado risco de morte, no entanto foi fundamental para o desenvolvimento de outras práticas mais populares, tais como o “Banho Surpresa”. Neste banho, o paciente era mergulhado em água sem aviso prévio. O elemento surpresa era considerado essencial para o procedimento, o que levou ao desenvolvimento de várias estruturas para garantir uma imersão repentina e inesperada.

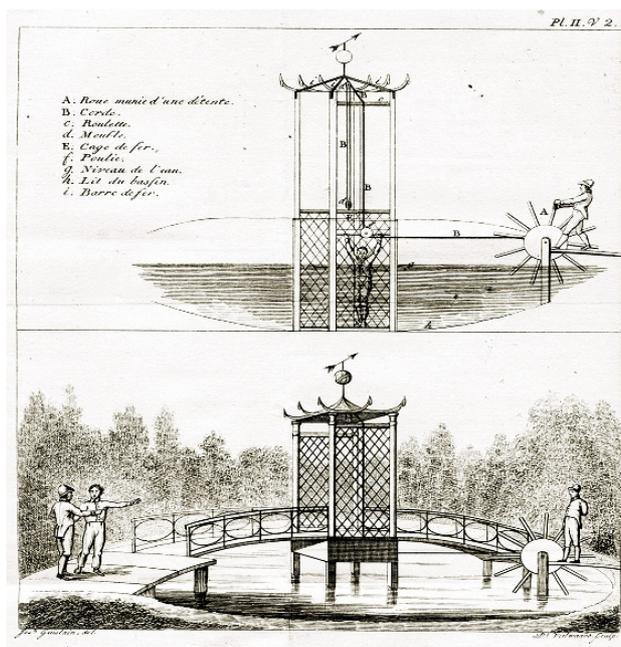


Figura 6. Bain d'immersion. Joseph Guislain, *Traité sur la alienation mentale et sur le hospices des aliénés*. Amsterdam: J. van der Hey et Fils, 1826

Uma das inúmeras técnicas passava por conduzir o paciente a uma sala, esta completamente escura, no qual existiria um reservatório de água a cobrir metade do perímetro do espaço. Inevitavelmente este cairia repentinamente, enquanto procurava uma forma de saída, o elemento surpresa seria combinado aqui com a ausência de luz, de modo a reforçar o elemento surpresa e medo.

Este método era inicialmente realizado no exterior, em lagos, no entanto com o desenvolvimento das instituições psiquiátricas a partir do século XVIII, a prática foi adaptada para ser realizada no interior, dando lugar à produção de novos aparelhos que se adaptassem a esta nova realidade.

Outro método usado, “douche/shower bath” consistia em verter água fria de uma altura superior à cabeça do paciente, para diminuir o “calor da loucura” ou “despertar o melancólico”. Banhos quentes ou mornos eram também utilizados para pacientes inquietos e como indutores de sono.

“...having flipt the parties naked, he bound their hands upon their backs, and ty'd their feet to a rope faftned to a pulley for to let them down more or lefs deep into the water; and then fetting them upon a bench with their backs towards a great veffel of water, he pull'd them up by the rope which was faftned to their feet , and fo as that their hands downwards to their wafte into the water, yet fo as that their heads did not touch the bottom of the veffel, and there left them til he judged that their upper parts were drowned...”

“Ducking treatment to 'suffocate the mad ideas” *Franciscus Mercurius van Helmont. The spirit of disease; or, diseases from the spirit. (1694)*

Água e Terapia Moral

Entre finais do século XVIII e o início do século XIX, o uso da hidroterapia era comum como estratégia punitiva e não curativa. O banho de chuveiro era utilizado para punir infrações, como rasgar roupas, “comportamento tolo e risos”, sujar a cela ou sala, bem como para punir agressões físicas aos profissionais ou tentativas de fuga. Numa época em que a contenção física dos doentes mentais começou a ser vista como uma prática desumana, a hidroterapia oferecia uma maneira de coagir sem contenção, como são exemplo as práticas de Pinel em França que se propagaram para o resto da Europa e Estados Unidos.

No século XIX, com o desenvolvimento de instituições dedicadas à saúde mental a hidroterapia torna-se uma prática psiquiátrica comum. Através da construção de sistemas municipais de água este método conseguiu florescer, surgindo em várias unidades asilares europeias, tais como Bicêtre e Salpêtrière.

Com a popularização da humanização nos cuidados ao doente mental, as estratégias punitivas vão sendo rejeitadas. A água passa a ser utilizada não coercivamente, mas sim como um método útil e eficaz para tratamento de alguns sintomas.

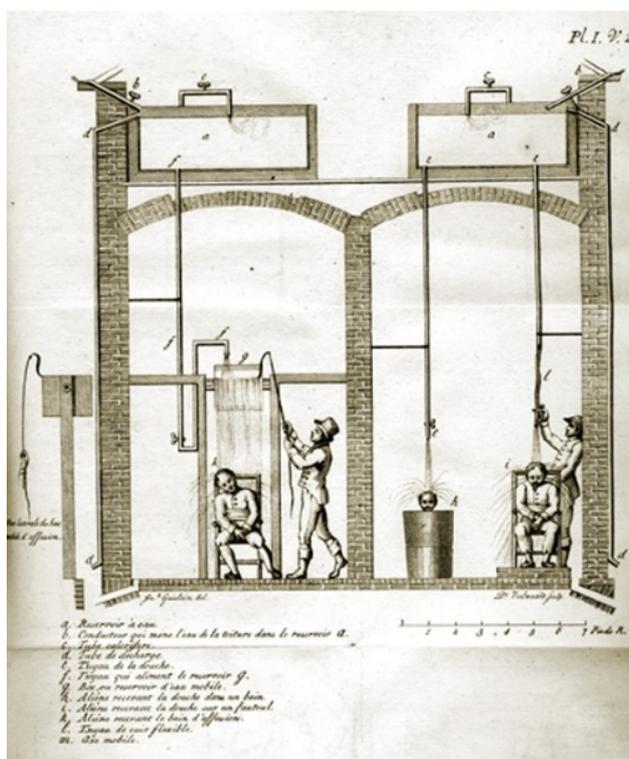


Figura 7. Diferentes métodos de banhos. Joseph Guislain, *Traité sur la alienation mentale et sur le hospices des aliénés*. Amsterdam: J. van der Hey et Fils, 1826

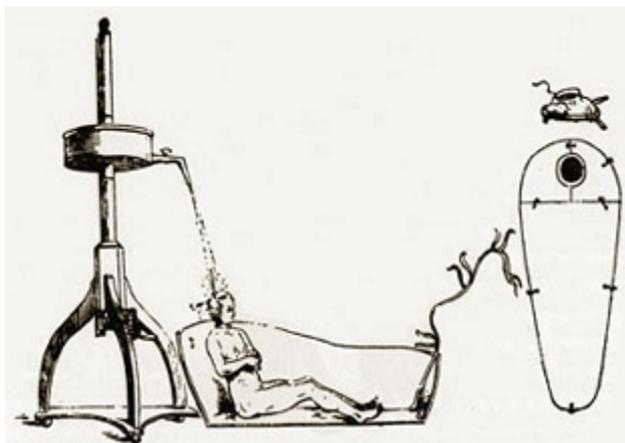


Figura 8_Aparatus for giving the douche. Alexander Morison. *Cases of mental disease, with practical observations*. London: Longman & Highley, 1828.

“...The recently constructed buildings of the Bicêtre are upon the same plan as those of La Salpêtrière, though not so spacious. The courts are planted with trees, and supplied with permanent scafs beneath the shade. After the visit was completed, we went to the bathing room, which is furnished with perhaps a dozen tubs. Over each of several of them, at the height of about five feet from its top, is a douche, the diameter of the stream of which is a little more than three-fourths or about seven-eighths an inch. There were patients in two of the tubs, each being confined in his place by a board passing around the neck, as in a pillory. One of them was a robust man, of a nervo-sanguineous temperament, who, during the course of his alienation, had been subject to several hallucinations...”

Pliny Earle, A visit to thirteen asylums for the insane in Europe. Philadelphia: J. Dobson, 1841.

A Ciência

O desenvolvimento científico da hidroterapia deveu-se aos trabalhos de Winternitz, médico austríaco que inaugura a primeira clínica hidroterapêutica de Viena em 1892. Foi responsável pelo estudo dos mecanismos fisiológicos subjacentes, abrindo caminho para a institucionalização da hidroterapia na prática psiquiátrica. Contemporâneo de Winternitz e grande apoiante do seu trabalho, Simon Baruch foi o mais influente defensor da hidroterapia nos Estados Unidos. Foi responsável pela projeção e produção de equipamentos mais eficazes, bem como a abertura de várias salas em diferentes hospitais americanos.

Hidroterapia Hospitalar

Com o declínio da terapia moral no final do século XIX, o modelo de tratamento baseado no sintoma tornou-se popular. O corpo do paciente, em vez de sua mente ou ambiente, tornou-se objeto terapêutico. Em 1891, Emil Kraepelin, influente psiquiatra alemão, escreveu sobre os benefícios do banho para pacientes dementes para os quais não havia tratamento disponível. Seguindo o seu exemplo, também Alois Alzheimer introduziu os banhos como terapêutica na sua unidade asilar de Frankfurt. No início do século XX, a hidroterapia (“water-cure”) apresentava-se como um tratamento padrão que se acreditava ser útil em quase todos os pacientes, independentemente do diagnóstico. A instalação destes

equipamentos era dispendiosa, no entanto a maioria dos grandes hospitais fez o investimento para provar que, de fato, eram hospitais modernos que forneciam os mais recentes tratamentos científicos e não apenas asilos para “lunáticos”.

Século XX

Nas duas primeiras décadas do século XX ocorreu uma grande difusão e evolução na prática hidroterapêutica. Os tratamentos psiquiátricos apresentavam baixo sucesso, por isso, a utilização da água que era considerada terapêutica por psiquiatras, substituiu a contenção física nos pacientes agitados. Nesta época, um departamento de hidroterapia deveria ser equipado com banheiras de hidromassagem para os braços e pernas, banhos de assento e equipamento para terapia de banhos de contraste. Além disso, deveria incluir recursos para administrar hidroterapia estimulante e sedativa.

“... the blankets were in a big tub with a lot of ice ...you spread them out on the floor and it was ...like wrapping a baby. ...You would put the blanket down triangularly and then you would wrap one side over and then the other side and the bottom would come up kind of like a papoose and would be pinned. And sometimes you would use as many as two or three blankets because you wanted a heavy coat on the patient...We pinned those so the patient couldn't get out...”

Harmon, R. B. (2003). Nursing care of patients in a state hospital, 1950–1965. University of Virginia, Virginia.

Hidroterapia Estimulante

Utilizada em pacientes deprimidos, preocupados e pouco ativos. A hidroterapia estimulante na forma de "needle shower" e duche escocês era frequentemente prescrita junto com outras formas de fisioterapia, como a radiação ultravioleta e as massagens. Uma sensação de calor, relaxamento e aumento da vitalidade era experienciada, tornando também os pacientes mais recetivos e colaborantes na rotina hospitalar.

Duche escocês

Utilizado frequentemente em doentes hipotímicos, o duche era constituído por uma estritura de ferro no extremo de uma sala. O doente era sujeito à projeção de fortes jatos de água quente sobre os seus plexos nervosos, que alternavam com jatos de água fria.

Hidroterapia Sedativa

Prática considerada indispensável no tratamento da agitação em muitas unidades psiquiátricas, mesmo após o insucesso com fármacos barbitúricos. As técnicas mais populares eram o banho contínuo, envolvimento (“*wet pack*”), duche escocês e natação terapêutica. Em todas estas métodos a vigilância clínica, maioritariamente por enfermeiros era indispensável para evitar afogamentos acidentais ou intencionais.

Wet pack

O paciente era colocado numa superfície rígida. Lençóis embebidos em água a cerca de 18°C eram enrolados em torno dele, de tal maneira que impedisse a movimentação dos braços e pernas. Depois, 2 cobertores de lã eram aplicados de maneira semelhante. O quarto era escurecido e mantido tão silencioso quanto possível. Música suave poderia ser tocada para exercer um efeito calmante. Um pano frio era colocado na testa do paciente e eram-lhe fornecidos fluídos esporadicamente. O pulso, temperatura e a cor da pele eram

verificados frequentemente, pelo menos a cada meia hora. O tratamento tinha uma duração média de duas horas.

Banho Contínuo

É descrita a utilização em pacientes agitados, eufóricos e com comportamento hiperativo, mas também para tratamento da insónia.

O paciente era colocado numa grande banheira, geralmente numa rede de lona. O influxo de água era regulado para circular a uma temperatura entre 35 e 38°C. O paciente era então coberto por um lençol solto, no caso de um doente mais inquieto uma cobertura de lona poderia ser usada para evitar a fuga. A assistência clínica a este processo era semelhante ao *Wet Pack*, sendo que os tratamentos eram frequentemente realizados na mesma sala. Este tratamento durava entre 8 e 24 horas, no entanto com o passar dos anos, a duração foi sendo reduzida.

Natação Terapêutica

A natação era uma prática utilizada para sedação de doentes hiperativos e agressivos. Nos pacientes que integravam este tipo de programa eram visíveis mudanças significativas no seu comportamento, o que permitia uma menor utilização de fármacos para controlo comportamental. Outra característica importante é o facto que durante esta atividade os doentes não conseguiam dormir, assim durante a noite a maioria sentia-se cansado e com sono. Dentro dos métodos sedativos, a Natação era reconhecido como o mais eficaz. Sendo indicada no tratamento de pacientes mais jovens, que o podiam encarar como uma atividade recreativa em contraste com outras técnicas que seriam interpretadas como carácter de contenção ou punição.

Século XXI

O desenvolvimento da farmacologia desta época permitiu a descoberta de novas terapêuticas, mais seguras e eficazes no tratamento dos doentes agitados. Nos anos 50, a introdução da clorpromazina e outros neurolépticos veio revolucionar a prática psiquiátrica, sendo uma alternativa mais económica à hidroterapia, necessitando de menor investimento de recursos humanos e materiais.

Conclusões

Popularizada entre as primeiras civilizações e no Império Romano, desvalorizada na Idade Média, ressurge no período renascentista. O seu desenvolvimento científico ocorre durante o século XIX, pelos trabalhos de Winternitz, ganhando popularidade no século XX. Com o desenvolvimento de novos fármacos ocorre uma alteração na prática psiquiátrica. Sendo um técnica que exigia elevados recursos, tanto económicos, estruturais e de pessoal técnico, acaba por cair em desuso, acabando por ser substituída pela psicofarmacologia no tratamento da doença mental.

Fontes e bibliografia final

- 1.Editors — Prolonged Shower-Baths In The Treatment Of The Insane. *Journal of Psychological Medicina And Mental Pathology*. 10 (1857) 1-28.
- 2.HARMON, R. – Hydrotherapy In State Mental Hospitals In The Mid-Twentieth Century. *Issues In Mental Health Nursing*. 30:8 (2009) 491-494.
- 3.BEWLEY, T. — *A History Of The Royal College Of Psychiatrists*. Rcpublish Publications, 2008.
- 4.FOSTER, G.W. — Hydric Treatment For The Insane. *American Journal of Insanity*.55:4 (1899) 639-665.
- 5.TUKE, H. — On Warm And Cold Baths In The Treatment Of Insanity. *British Journal of Psychiatry*.4 (1858) 532-552.

6. NELSON, D. — Hydrotherapy For Psychiatric Patients. *Medical Clinics of North America*. 33:4 (1949).
7. HUBBARD, L. — Hydrotherapy In The Mental Hospital. *The American Journal of Nursing*. 27:8 (1927) 642-644.
8. ADLER, H.M.. — Indications For Hydrotherapy And Wet Pack In Acute Psychoses. *The Journal of Nervous And Mental Disease*. 44:1(1916) 74-75.
9. DIELTHIEM, O. — The Rise And Decline Of Psychiatric Hydrotherapy. Link: [Http://Psych-History.Weill.Cornell.Edu/Osk_Die_Lib/Hydrotherapy/Default.Htm](http://Psych-History.Weill.Cornell.Edu/Osk_Die_Lib/Hydrotherapy/Default.Htm) (Consultado Em 01-02-2019)

CULTURE BOUND SYNDROMES (CBS)

Ana Almeida¹; Diana Monteiro²; João Magalhães³

Hospital das Forças Armadas - Polo Porto (HFAR-PP)

¹Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

²Enfermeira

³Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Emails:aprcca@gmail.com;dianaferreira@gmail.com;jpamag@gmail.com

Resumo

A Etnopsiquiatria mobiliza os saberes culturais do indivíduo/grupo, tendo em conta as crenças, percepções, interpretações e ações que são culturalmente construídas e adquiridas. Numa perspetiva holística e humanista do “Cuidar em Enfermagem”, a contextualização do indivíduo na sua especificidade cultural otimiza o processo de transição saúde /doença mental. Com base no método descritivo/ análise reflexiva, apresentam-se transtornos típicos da cultura (CBS – Culture Bound Syndrome), procurando compreender a influência da cultura sobre as cognições/ comportamentos na área da saúde/doença mental:

—Pibloktoc ou histeria do ártico (Lapónia/ Sibéria) - distúrbio dissociativo

—Taijin kyofusho (Japão)- fobia social

—Koro (Malásia/ Tailândia) - delírio

—Boufée delirante (Haiti/ África) - surto psicótico

Existe uma ligação entre doenças, etiologias, diagnósticos, tratamentos, prognósticos, cultura. Nesta perspetiva, o binómio doença / saúde mental exibido e manifestado por alguns povos deixa de ser visto como bizarro, passando a ser analisado no contexto em que se insere, desenvolve e pertence.

Palavras-chave: etnopsiquiatria; transtornos mentais; cultura.

Abstract

Ethnopsychiatry mobilizes the cultural knowledge of the individual/group, taking into account the beliefs, perceptions, interpretations and actions that are culturally constructed and acquired. From a holistic and humanist perspective of "Nursing Care", the contextualization of the individual in their cultural specificity optimizes the process of transition health / mental illness. Based on the descriptive method/ reflexive analysis, typical culture disorders (CBS – Culture Bound Syndrome) present, seeking to understand the influence of culture on cognitions/behaviors in the area of health/mental illness:

—Pibloktoc or Arctic hysteria (Lapland/ Siberia) - dissociative disorder

—Taijin kyofusho (Japan)- social phobia

—Koro (Malaysia/Thailand) - delirium

—Delirious Boufée (Haiti/Africa) - psychotic outbreak

There is a link between diseases, etiologies, diagnoses, treatments, prognosis, culture. From this perspective, the disease/mental health binomial displayed and manifested by some peoples ceases to be seen as bizarre, being analyzed in the context in which it operates, develops and belongs.

Keywords: ethnopsychiatry; culture bound syndromes.

Introdução

A Etnopsiquiatria mobiliza os saberes culturais do indivíduo/grupo, tendo em conta crenças, percepções, interpretações e ações, no processo de diagnóstico e assistência. Segundo Mezzich (1994), a cultura abrange uma multiplicidade de significados, valores e comportamentos que

são transmitidos na sociedade, influenciando cognições, sentimentos e o autoconceito. Numa perspectiva do “Cuidar em Enfermagem”, a contextualização do indivíduo na sua especificidade cultural, otimiza o processo de transição saúde/doença mental. Os objetivos propostos para esta reflexão, foram reconhecer os contributos da Etnopsiquiatria na compreensão sobre a génese da doença mental; compreender a influência da cultura sobre as cognições e comportamentos na área da saúde/doença mental e analisar alguns transtornos típicos da cultura (Culture Bound Syndromes). Abordou-se a metodologia descritiva e expositiva, após revisão da literatura.

Discussão

Na problemática da dualidade cultura e saúde/doença mental, há que considerar aspetos como o contexto, a diversidade, o saber e os cuidados prestados. Quando se analisa o contexto, percebe-se que cada pessoa elabora as suas representações sobre saúde e doença mental, a partir das suas experiências e da especificidade da cultura na qual está inserida. Sendo pela diversidade, que se toma consciência de que existe uma grande multiplicidade de estilos e formas de vida, tradições e crenças em todas as culturas, conclui-se que o saber representa o conhecimento dos profissionais de saúde e legítima a sua atuação sobre o indivíduo, família e comunidade. Relativamente ao aspeto dos cuidados, se não se aplicar uma perspectiva biopsicosociocultural e espiritual, estes são reducionistas.

Um transtorno cultural é um síndrome psicossomático, reconhecido como uma doença/distúrbio que afeta uma sociedade e uma cultura específica (Abreu,2008). Destacam-se entre outros, o Koro, Taijin Kyofusho, Boufée delirante e Pibloktoc ou Histeria do Ártico. O Koro é um transtorno identificado na Malásia, Tailândia e sul da China. Sendo conhecido como “Síndrome de redução genital”, é mais frequente nos homens. Na língua malaia, koro significa “cabeça de tartaruga”, e numa clara alusão à retração que este animal faz com a cabeça para o interior do casco, desaparecendo por completo, este transtorno origina no doente uma angústia, associada ao pensamento de que os órgãos genitais se retrairão até à cavidade abdominal, desaparecendo e causando a morte. Manifesta-se uma súbita ansiedade no homem, com o receio que o seu pénis se possa retrair para o abdómen e, nas mulheres o temor é que a vulva e mamilos possam desaparecer. Torna-se perigoso e provoca lesões graves, quando a pessoa se tenta “tratar”(uso de fios e talas para prender o pénis e impedir que ele se retraia, podem originar alterações vasculares e necessidade de amputação). A crença de que atos sexuais como a masturbação, ereções noturnas e atos fora do casamento com prostitutas, irão perturbar a harmonia entre o ying e o yang, desenvolve nas pessoas um sentimento de defesa relativamente ao contato sexual, como forma de defesa a uma agressão genital. É, pois, um delírio de conteúdo sexual, acompanhado da crença de que os órgãos sexuais vão diminuindo. Hipóteses sobre os fatores predisponentes, consideram a exposição ao frio, coito excessivo, conflitos interpessoais e pressões socioculturais. Este transtorno pode ser assumido como uma manifestação social e uma histeria coletiva que gera o pânico. Existem alguns estudos, que abordam a ocorrência deste transtorno em 200 pessoas ao mesmo tempo, causando uma histeria em massa. Culturalmente, este transtorno representa uma questão de poder e da satisfação feminina relativamente ao tamanho do pénis do parceiro, o que pode originar no homem uma insatisfação com o seu membro genital, gerando a doença. No fundo apresenta-se como uma neurose psicológica.

O Taijin Kyofusho é um transtorno identificado no Japão, sendo uma das fobias mais frequentes neste país. Provoca nas pessoas um medo intenso, de que partes do seu corpo ou funções orgânicas do mesmo, importunem e ofendam quem as rodeia, devido a odores, movimentos, sons ou aparência. O elemento do grupo é visto como um ser prejudicial ao bem-estar do grupo, como uma influência negativa, sendo descritos comportamentos obsessivos como medo de embarçar os outros/medo de ofender os outros/receios de corar em público/receio de emitir odores corporais ou flatulência/vergonha em olhar o outro de

uma forma inapropriada/temor em adotar expressões faciais impróprias/vergonha em apresentar deformidades físicas, marcas e cicatrizes. Uma das explicações para o desenvolvimento desta doença, assenta na importância e ênfase que a cultura japonesa coloca no grupo, na coletividade, no todo e não no indivíduo em si. No fundo, é uma fobia social onde impera o medo de não agradar ou mesmo desagradar aos outros.

O Bouffée délirante é um transtorno identificado na África Ocidental e no Haiti. Apresenta-se como uma situação psicótica aguda e transitória, associada a alterações da consciência, excitação psicomotora, comportamentos agitados e amnésia anterógrada. Para ser reconhecido, este transtorno tem que apresentar cinco itens essenciais como: início abrupto, delírios estruturados e alucinações ocasionais, alteração da consciência do tipo obnubilação, instabilidade emocional e ausência de sinais físicos. O indivíduo ao apresentar este transtorno, está a descrever aos outros de uma forma simbólica, que estará a reagir a algo que o preocupou e para o qual não tem capacidade de adaptação, o que pode pressupor predisposição de personalidade para reagir desta forma. Os episódios surgem, pois, como consequência de um evento stressor e do foro psicossocial. Numa perspetiva nosológica, este tipo de episódio não tem nada a ver com esquizofrenia, mas se os surtos são frequentes, desenvolve-se um estado crónico que corresponde à dita patologia.

O Pibloktoc ou Histeria do Ártico é um transtorno identificado na Lapónia (território sueco, norueguês, finlandês) e na Sibéria. São várias as perspetivas sobre a sua origem, como a hipótese de estar relacionado com o tipo de alimentação (hipocalcemia e hipervitaminose da vitamina D) ou como resposta a condicionalismos ambientais. É um transtorno mais frequente nas mulheres e surgem comportamentos como despir-se e rasgar as roupas, rolar na neve, correr sem um propósito definido, assumir discursos estranhos e obscenos, repetir discurso de terceiros, coprolalia, auto e heteroagressão, convulsões e coma. As pessoas podem manifestar embotamento afetivo, depressão, perda ou distúrbio da consciência durante os surtos, havendo posteriormente amnésia para o surto. É um distúrbio do foro dissociativo no qual existe risco de morte por suicídio.

Conclusões

Existe uma ligação ininterrupta entre doenças, etiologias, diagnósticos, tratamentos, prognósticos e a variação cultural. Nesta perspetiva transcultural, o binómio doença/saúde mental exibido e manifestado por alguns povos deixa de ser visto como bizarro, passando a ser analisado no contexto em que se insere, desenvolve e pertence.

Os processos de transição saúde/doença são construções sociais, para além dos fatores biopsicosocioculturais e religiosos de cada ser humano (Borges,2009). Se a junção destes fatores, influencia as atitudes dos indivíduos face à doença e aos processos de cura, é imprescindível que o profissional adquira uma postura de abertura e compreensão, numa finalidade holística, sem juízos de valor ou estigma.

Fontes e bibliografia final

ABREU, Wilson — *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. — *DSM IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição. Lisboa: Climepsi editores, 2002.

BORGES, Lucienne Martins; POCREAU, Jean-Bernard – Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*. 15 (2009) 232-245. Retrieved from <https://www.bing.com/search?q=borges%2c+l+m+pocreau+j+b+2009+reconhecer+a+diferen%c3%a7a+o+desafio+da+etnopsiquiatria+psicologia+em+revista&q=HS&sk=HS5&sc=8-0&cvid=2B9CD844154A43E0AFFA5FCAA13197AE&FORM=QBRE&sp=6> Consultado em 15março2019.

MEZZICH Juan; HONDA, Yutaka; KASTRUP, Marianne — *Psychiatric Diagnosis: a world perspective*. 1994. Retrieved from <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4612-0857-0> Consultado em 15março2019.

NORONHA, Marcos – A Etnopsiquiatria na Sociedade Contemporânea. *Presença Revista de Educação, Cultura e Meio Ambiente*. 15 (2004) 28. Retrieved from <https://pt.scribd.com/document/386845339/28marcosdenoronha> Consultado em 15março2019.

TRÊS HISTÓRIAS, TRÊS MEMÓRIAS: CASOS CLÍNICOS DO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA NO FINAL DO SÉCULO XIX

Analisa Candeias^{1*}, Luís Sá^{2**}, Alexandra Esteves^{3***}

¹Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem. UICISA-E (Núcleo UMinho). Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem. Portugal; ² Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem. Portugal; ³Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2pt), Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Portugal
*Doutoranda em Enfermagem;**Professor Universitário;***Professora Universitária
Emails: lia.candeias@gmail.com;lsa@porto.ucp.pt;estevesalexandra@gmail.com

Resumo

A 24 de março de 1883 foi inaugurado, no Porto, o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, por indicação testamentária de Joaquim Ferreira dos Santos. Este hospital foi o primeiro hospital psiquiátrico a ser construído de raiz em Portugal, encontrando-se na vanguarda da assistência aos alienados, e beneficiou do médico António Maria de Sena como diretor clínico. O objetivo deste trabalho passa por apresentar três casos clínicos de alienadas que foram internadas voluntariamente no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, aquando a sua inauguração. São três histórias e três memórias: Júlia Rosa, de dezassete anos, casada e meretriz; Rosa Corrêa, de cinquenta e dois anos, viúva e natural da Régua; e Francisca Thereza de Jesus, de quarenta e dois anos, solteira e criada de servir. Foram três casos clínicos com diferentes características, embora apresentando analogamente sintomatologia de delírio, comum a alguns alienados admitidos à época no Hospital.

Palavras-chave: história da psiquiatria; alienado; hospital

Abstract

The Hospital de Alienados do Conde de Ferreira was inaugurated in Oporto on March 24th, 1883, by a testamentary indication of Joaquim Ferreira dos Santos. This hospital was the first psychiatric hospital to be built from scratch in Portugal, being at the forefront of the assistance to the alienated, and benefited from the physician António Maria de Sena as clinical director. The aim of this paper is to present three clinical cases of alienated women who were admitted voluntarily at the Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, at its inauguration. These cases are three stories and three memories: Júlia Rosa, seventeen years old, married and also a prostitute; Rosa Corrêa, fifty-two years old, widow and born in Régua; and Francisca Thereza de Jesus, forty-two years old, single and that worked as a servant. They were three clinical cases with different characteristics, although all of them presented similar symptoms of delirium, common to some alienated admitted by that the time at the Hospital.

Nota Introdutiva

O desenvolvimento da psiquiatria nos anos de oitocentos foi significativo, trazendo para a esfera da assistência dos alienados novos recursos e novos espaços de acolhimento. O Hospital de Rilhafões, em Lisboa, abriu portas em 1848; o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, no Porto, foi inaugurado em 1883; a Casa de Saúde do Sagrado Coração de Jesus, no Telhal, recebeu o primeiro alienado em 1893; e as Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus receberam a primeira alienada em 1894, na sua casa da Idanha.

Embora com alguns atrasos no que dizia respeito aos avanços que se fizeram na restante Europa ao nível da assistência dos alienados¹, o país conseguiu progredir com êxito naquilo que era a conceptualização da psiquiatria, em especial devido a alguns alienistas com uma ação profunda neste âmbito, como foi o exemplo de António Maria de Sena ou de Júlio de Matos. Com o crescente número de espaços assistenciais estabelecidos neste período, foi então possível alavancar o desenvolvimento de novas conceções no âmbito da psiquiatria em Portugal, integrando-a na área das ciências médicas e revolucionando a visão que até então tinha sido concebida em relação à doença mental.

1. Acerca da Contextualização do Cenário Assistencial

A 24 de março de 1883 foi inaugurado o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira², por indicação testamentária de Joaquim Ferreira dos Santos, Conde de Ferreira, ficando esta instituição sob a alçada administrativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto. O edifício hospitalar foi construído de raiz, tendo sido, em Portugal, a primeira obra deste género, tornando-se um exemplo vanguardista na assistência que se praticava no país. O seu primeiro diretor clínico, e em grande parte arquiteto conceptual, foi António Maria de Senna, médico, alienista, filósofo e matemático, que optou por fazer transferir para o novo edifício, nos primeiros dias do seu funcionamento, alienados que se encontravam no Hospital de Santo António³.

No Hospital os alienados encontravam-se organizados de acordo com o seu estatuto financeiro e posição social. Os alienados de 1.^a classe eram aqueles pensionistas que tinham direito a mais regalias, como por exemplo o uso de um quarto individual e a possibilidade de se alimentarem nesse espaço se assim o considerassem e se fosse autorizado pelos médicos – eram também aqueles que pagavam uma pensão mais elevada⁴. Os alienados de 2.^a classe tinham igualmente direito a algumas regalias, e partilhavam os espaços das enfermarias com os de 1.^a classe, embora os seus quartos apresentassem diversos leitos, não sendo de uso individual⁵. Os alienados de 3.^a classe e os indigentes partilhavam as mesmas enfermarias, embora os últimos não pagassem qualquer tipo de pensionato, sendo-lhes pedido para colaborar nas atividades do Hospital⁶ - por exemplo no trabalho de limpeza das enfermarias ou no da quinta, onde era produzida parte da alimentação consumida na instituição, como verduras, fruta ou ovos.

Em relação aos funcionários que trabalhavam no Hospital, estes apresentavam-se sob uma hierarquia rígida e cuja orientação se encontrava totalmente a cargo do diretor clínico. Os praticantes da assistência das enfermarias eram os enfermeiros(as), ajudantes de enfermeiro(a) e criados(as), todos supervisionados por um fiscal que, no final do século XIX, foi o enfermeiro António Augusto Cerqueira de Barros. Cada enfermaria tinha um médico responsável, que respondia igualmente perante o diretor clínico.

Nos dois primeiros anos de funcionamento do Hospital foram aí admitidos 493 alienados, 281 homens e 212 mulheres, que padeciam de diferentes formas de alienação, como por exemplo melancolia passiva, mania ou loucura afetiva⁷. Destes 493 alienados, 172 eram da

¹ Sobre estes atrasos, consulte-se em SENA, António Maria de - Os Alienados em Portugal, I – História e Estatística, II - Hospital do Conde de Ferreira. Lisboa: Ulmeiro, 2003 (Original publicado em 1884).

² Doravante designado como Hospital.

³ Leia-se sobre este assunto em SENA ... 2003 (Original publicado em 1884).

⁴ Leiam-se os regulamentos do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira Elaborado por Antonio Maria de Senna. Porto: Imprensa Real, 1883 e SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira Administrado pela Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Porto: Officina Typographica do Hospital do Conde de Ferreira, 1891.

⁵ Ibidem.

⁶ Atente-se a SENA, António Maria de - Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.

⁷ Leia-se em ibidem.

região do Porto, 71 da região de Braga e 56 da região de Viseu; no grande número de alienados admitidos entre 1883 e 1885 entravam nove alienados espanhóis, um brasileiro e um alienado norueguês¹.

Das 212² mulheres admitidas no Hospital, dezanove apresentavam entre dez e 20 anos, 56 entre 21 e 30 anos, 61 entre 31 e 45 anos, 40 mulheres apresentavam entre 45 e 60 anos e quinze mulheres mais de 60 anos, não se conhecendo a idade de 21 das alienadas internadas nesse período. Igualmente desse número de 212 alienadas, 78 não apresentavam profissão, 33 eram serventuárias, 26 tinham profissões manuais e quatro eram meretrizes. Ainda das 212 alienadas, 124 encontravam-se numa situação económica considerada miserável, 55 eram pobres, dezasseis eram remediadas e dezassete foram consideradas ricas. Relativamente ao estado civil, 128 dessas 212 mulheres eram solteiras, 50 eram casadas, 28 eram viúvas e de seis não se conhecia a situação marital.

Os tratamentos no Hospital passavam pela alimentação, pela ocupação, pela hidroterapia, pela contenção ou pela aplicação de terapêuticas farmacológicas³. A alimentação dos alienados de 1.^a e 2.^a classe era considerada mais cuidada, tendo os mesmos, por exemplo, direito a ovos ou a pão branco nas suas refeições, enquanto que os alienados de 3.^a classe e indigentes tinham direito a broa e a caldos⁴. A ocupação passava não só pelo trabalho de manutenção dos espaços físicos do Hospital, dos seus jardins e da quinta, mas também pelo trabalho em oficinas, como a de sapateiro, de vassouraria ou a de costura⁵.

A hidroterapia era realizada de acordo com a sintomatologia dos alienados e consistia na aplicação de banhos de imersão ou duches, frios ou quentes, com ou sem substâncias farmacológicas adjuvantes, e.g. grãos de mostarda nos banhos de imersão com água quente⁶. A contenção era aplicada, sobretudo, através das celas de reclusão e das camisas-de-força, mas eram também aplicados outros tratamentos contentivos, como por exemplo a alimentação forçada⁷. Os tratamentos farmacológicos eram variados (com a utilização variada de águas, vinhos ou ácidos), mas os médicos do Hospital eram grandes adeptos do uso do brometo de potássio, em especial aplicado a alienados que manifestassem agitação⁸.

Tendo em conta o cenário assistencial exposto, este trabalho tem como objetivo apresentar três casos clínicos de mulheres que foram internadas voluntariamente no Hospital, aquando a sua inauguração. São três histórias e três memórias de alienadas, sendo as mesmas Júlia Rosa, Rosa Corrêa e Francisca Thereza de Jesus. Tendo como base conceptual Foucault, utilizaram-se como enunciados primários de análise dos casos clínicos os seguintes documentos manuscritos, que se encontram na Biblioteca do Centro Hospitalar Conde Ferreira⁹: *Caderno de Admissão n.º 13, Processo Administrativo n.º 19, Índice dos Processos de Admissão com a Indicação das Entradas, Sabidas e Fallecimentos de Mulheres desde a Abertura d'este Hospital em 24 de Março de 1883* e, por último, o *Livro de Admissão Definitiva. Colocação Voluntaria (Mulheres)*.

¹ Idem.

² Toda a informação deste parágrafo foi consultada na obra anteriormente referenciada.

³ Consulte-se em ibidem e ainda em MATOS, Júlio de - Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884.

⁴ Veja-se em SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento ... 1883 e SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento ... 1891.

⁵ Atente-se a SENA ... 1887.

⁶ Leia-se sobre os tratamentos em MATOS ... 1884 e em SENA ... 1887.

⁷ Atente-se às obras anteriormente referenciadas.

⁸ Idem.

⁹ De agora em diante referida como BCHCF.

2. Apresentação dos Casos Clínicos

*JÚLIA ROSA*¹

Foi internada no Hospital a 24 de março de 1883, a pedido da Comissão Administrativa da Misericórdia do Porto, por meio de guia do Hospital de Santo António, tendo-lhe sido atribuído o n.º 1 da Admissão Voluntária, Colocação Definitiva, como indigente. Filha de pais incógnitos e natural de Penafiel, Júlia Rosa tinha dezassete anos quando foi internada, considerando-se o início da sua alienação após o parto. Júlia era casada e tinha a profissão de meretriz.

A sua obsessão predominante era a de que tinha dezassete filhos, quando, na realidade, tinha apenas um; as primeiras ações derivadas da alienação foram as de atear fogo à sua casa e à igreja da terra onde vivia. Na altura da sua admissão no Hospital encontrava-se melhorada, com delírio intermitente sobre determinados objetos. Apresentou ainda comportamentos agressivos derivados de delírios com elevada agitação, e durando estes alguns dias, em que foi aplicada a camisa-de forças – nos intervalos dos delírios não apresentava comportamentos de auto ou hetero-agressão. O tratamento foi realizado à base de homeopatia e hidroterapia, através de banhos de imersão a 30º, com bons resultados. Veio a falecer no Hospital a 25 de julho de 1905.

*ROSA CORRÊA*²

Foi internada no Hospital a 24 de março de 1883, a pedido da Comissão Administrativa da Misericórdia do Porto, por meio de guia do Hospital de Santo António, tendo-lhe sido atribuído o n.º 2 da Admissão Voluntária, Colocação Definitiva, como indigente. Viúva, natural da Régua, tinha 52 anos quando deu entrada no Hospital.

Rosa Corrêa permanecia a maior parte do tempo deitada, alternando períodos de canto com períodos de choro, pensando-se que a sua alienação tenha sido definida pelo fanatismo, com domínio de demonomania. O seu delírio era sobre todos os objetos e contínuo, com alguns períodos de delírio furioso, utilizando-se a camisa-de-forças para a conter. Os seus tratamentos passaram também pelas sangrias, purgantes, narcóticos e aplicação de homeopatia, porém sem grandes resultados. Apresentava ainda diferentes alucinações, supondo-se ser um cavalo branco ou a alma de uma pessoa específica da sua terra, apregoando contra Deus e contra os santos. Veio a falecer no Hospital a 22 de janeiro de 1887.

*FRANCISCA THEREZA DE JESUS*³

Foi internada no Hospital a 24 de março de 1883, a pedido da Comissão Administrativa da Misericórdia do Porto, por meio de guia do Hospital de Santo António, tendo-lhe sido atribuído o n.º 4 da Admissão Voluntária, Colocação Definitiva, como indigente. Filha de Thereza Maria da Silva, Francisca era solteira e tinha 42 anos, tendo trabalhado como criada de servir e sendo natural de S. Tiago de Vilela, mas residindo no Porto.

Francisca Thereza de Jesus era, de acordo com os enunciados escritos, considerada bastante fanática, porém conseguindo estar amiudamente calma, embora se tivesse considerado uma das causas da sua alienação a influência jesuítica. Apresentava amor próprio exaltado, vaidade

¹ A informação relativa à alienada Júlia Rosa foi consultada em: Caderno de Admissão n.º 13. Sem Cota [Manuscrito], BCHCF; em Índice dos Processos de Admissão com a Indicação das Entradas, Sahidas e Fallecimentos de Mulheres desde a Abertura d'este Hospital em 24 de Março de 1883. Sem Cota [Manuscrito], BCHCF; e ainda em Livro de Admissão Definitiva. Colocação Voluntaria (Mulheres). Sem Cota [Manuscrito], BCHCF.

² A informação relativa à alienada Rosa Corrêa foi consultada em: Índice dos ... BCHCF e ainda em Livro de Admissão ... BCHCF.

³ A informação relativa à alienada Francisca Thereza de Jesus foi consultada em: Processo Administrativo n.º 19. Sem Cota [Manuscrito], BCHCF; em Índice dos ... BCHCF; e ainda em Livro de Admissão ... BCHCF.

e momentos de exacerbada alegria, com delírio sobre determinados objetos e intermitente. À medida que o tempo foi passando, Francisca Thereza apresentou períodos de maior tranquilidade, com declínio da alienação. O tratamento realizado foi à base de homeopatia e hidroterapia, com banhos de imersão a 30°, conquanto lhe tivesse sido também aplicada alimentação forçada devido a recusa alimentar. Veio a falecer no Hospital a 20 de abril de 1906.

3. Sobre Uma Possível (Breve) Reflexão

Do número total de alienados que deram entrada no Hospital nos seus primeiros dois anos de funcionamento, verificámos que as mulheres representam 43% dessa totalidade, encontrando-se presentes, na instituição, enfermeiras, ajudantes de enfermeiras e criadas para as assistir. O predomínio masculino na instituição foi notório, nomeadamente porque toda a sua direção era constituída por elementos do sexo masculino e não existindo uma figura oficial do sexo feminino para supervisionar a assistência das alienadas, supervisão essa que cabia inteiramente ao fiscal¹. Aliás, as praticantes da assistência no Hospital eram as já mencionadas enfermeiras, ajudantes de enfermeira e criadas², embora existissem outras funcionárias a trabalhar na instituição³, todavia que se encontravam responsáveis por trabalhos considerados exclusivamente femininos, como por exemplo a rouparia.

Dos três casos apresentados, de acordo com os enunciados analisados, notámos que não existiu a atribuição de um diagnóstico clínico definitivo, embora apresentassem em comum uma sintomatologia de delírio; eram muitas vezes apenas referidos nos enunciados escritos os sintomas e as causas primárias da alienação, conquanto sem uma classificação nosológica⁴. As três alienadas apresentadas viviam na região do Porto, tal como grande parte dos alienados que foram internados no Hospital⁵ durante os seus dois primeiros anos de funcionamento. Todas elas foram submetidas a tratamentos contentivos, como a camisa-de-força ou a alimentação forçada, e também foram tratadas através da homeopatia. Realçamos que a hidroterapia foi apenas aplicada a duas destas alienadas, através de banhos de imersão a 30°, o que vai de encontro ao que era preconizado no Hospital, visto que nesses primeiros dois anos de funcionamento foram aplicados 21 746 banhos de imersão (simples, sinapizados ou com afusões frias na cabeça) e 14 210 duches (de chuva, de cadeira, circular ou lança)⁶.

Os alienados indigentes internados no Hospital deviam ocupar-se, se a sua condição clínica o permitisse, no trabalho e oficinas que existiam nos espaços da instituição - os alienados de 1.ª e 2.ª classe encontravam-se dispensados da obrigatoriedade desta ocupação, o que levava muitas vezes ao ócio e à inércia⁷. As alienadas indigentes ocupavam-se, por exemplo, no trabalho de limpeza e manutenção das enfermarias, nos jardins e na quinta, na rouparia e ainda em oficinas de costura ou de feitura de sapatos⁸.

É provável que as alienadas apresentadas neste trabalho, sendo indigentes, também se ocupassem com essas tarefas, em especial porque duas das mesmas faleceram no Hospital após um grande período de institucionalização, e, se lhes fosse possível, deveriam contribuir

¹ Consultem-se os regulamentos SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento ... 1883 e SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento ... 1891.

² Era o caso das enfermeiras Maria da Conceição Barboza e Florencia da Fonseca ou das criadas Maria dos Anjos e Bernardina Rosa Ferreira – vejam-se os registos relativos a estas praticantes da assistência em Folha dos Vencimentos dos Empregados no Mez de Julho de 1886. Sem cota [Manuscrito], BCHCF.

³ Era a situação da roupeira Thereza Amália Ferreira de Barros ou da criada lavadeira da casa de máquinas, Josefa de Jesus – consulte-se em *ibidem*.

⁴ Veja-se em Índice dos ... BCHCF e ainda em Livro de Admissão ... BCHCF.

⁵ Atente-se a SENA ... 1887.

⁶ Aliás, esta foi uma das preocupações de António Maria de Sena enquanto diretor clínico do Hospital - confirme-se em *ibidem*.

⁷ *Idem*.

⁸ Tenha-se em conta SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento do ... 1883, SENA ... 1887 e ainda SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento ... 1891.

para o seu internamento: Júlia Rosa esteve internada durante 22 anos e Francisca Thereza de Jesus durante 23 anos. Estes longos períodos de permanência no internamento foram comuns no Hospital pelos finais do século XIX¹: por um lado, a maioria da população era indigente e, como tal, não apresentava recursos para uma assistência realizada no domicílio, e, por outro lado, um dos objetivos da construção do Hospital foi exatamente o de providenciar uma assistência prolongada aos alienados que dela careciam².

Os três casos clínicos apresentados, embora se apresentem como um número residual no diz respeito ao grande número de 212 mulheres internadas nos primeiros dois anos de funcionamento do Hospital, são casos característicos que podem ilustrar cadências da prática assistencial que foi desenvolvida na instituição nesse período inicial de atividade. Todas as alienadas aqui apresentadas foram transferidas de outra instituição, que na cidade do Porto se apresentava como uma instituição de referência da assistência, embora não se encontrasse adequadamente preparada para receber alienados. O Hospital foi considerado como uma *lufada de ar fresco* no âmbito do panorama da assistência nacional, providenciando recursos e tratamentos que se enquadravam nos trâmites internacionais da época.

Nota Conclusiva

Os alienados internados no Hospital, no final do século XIX, eram assistidos nas enfermarias por enfermeiros, ajudantes de enfermeiro e criados, e avaliados clinicamente pelo médico ajudante, médico adjunto e pelo diretor clínico. O Hospital encontrou-se como uma instituição inovadora na assistência aos alienados em Portugal, embora rapidamente tenha atingido a lotação máxima preconizada e entrado nos anos de noventa com algumas dificuldades financeiras, que se espelharam na assistência proporcionada e que influenciaram algum atraso concernente à aplicação de tratamentos considerados progressistas, como por exemplo a utilização da eletroconvulsoterapia³.

A pseudossociedade que se formou dentro das circunscrições do Hospital era retrato das condições sociais e culturais que se viviam na altura, influenciada tanto pelas hierarquias que se organizavam dentro dessas circunscrições, como pelas relações que se estabeleciam entre as pessoas que compunham uma realidade restrita. Aí, nessa instituição, teve também lugar uma expressão feminina da assistência, tanto devido à presença das alienadas internadas, como devido à presença daquelas que praticavam essa tal assistência, e que espelhavam, nas suas ações, o papel social da mulher à época.

Referências Bibliográficas

Caderno de Admissão n.º 13. Sem Cota [Manuscrito], Biblioteca do Centro Hospitalar do Conde Ferreira

Folha dos Vencimentos dos Empregados no Mez de Julho de 1886. Sem cota [Manuscrito], Biblioteca do Centro Hospitalar do Conde Ferreira

Índice dos Processos de Admissão com a Indicação das Entradas, Saídas e Falecimentos de Mulheres desde a Abertura d'este Hospital em 24 de Março de 1883. Sem Cota [Manuscrito], Biblioteca do Centro Hospitalar do Conde Ferreira

LEMOS, António de Sousa Magalhães - *Relatório Médico do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Ano de 1917 e 1918*. Porto: Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1918

¹ Leia-se em Índice dos ... BCHCF.

² Sobre os objetivos da construção do Hospital atente-se a SENA ... 2003 (Original publicado em 1884) e a SENA ... 1887.

³ António Sousa Magalhães Lemos, terceiro diretor clínico do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, escreveu sobre a necessidade de instalar eletricidade no Hospital, a qual seria uma vantagem para a aplicação de novos tratamentos no âmbito da abordagem terapêutica da alienação – consulte-se em LEMOS, António de Sousa Magalhães - *Relatório Médico do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Ano de 1917 e 1918*. Porto: Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1918.

Livro de Admissão Definitiva. Colocação Voluntaria (Mulheres). Sem Cota [Manuscrito], Biblioteca do Centro Hospitalar do Conde Ferreira

MATOS, Júlio de - *Manual das Doenças Mentais*. Porto: Livraria Central, 1884

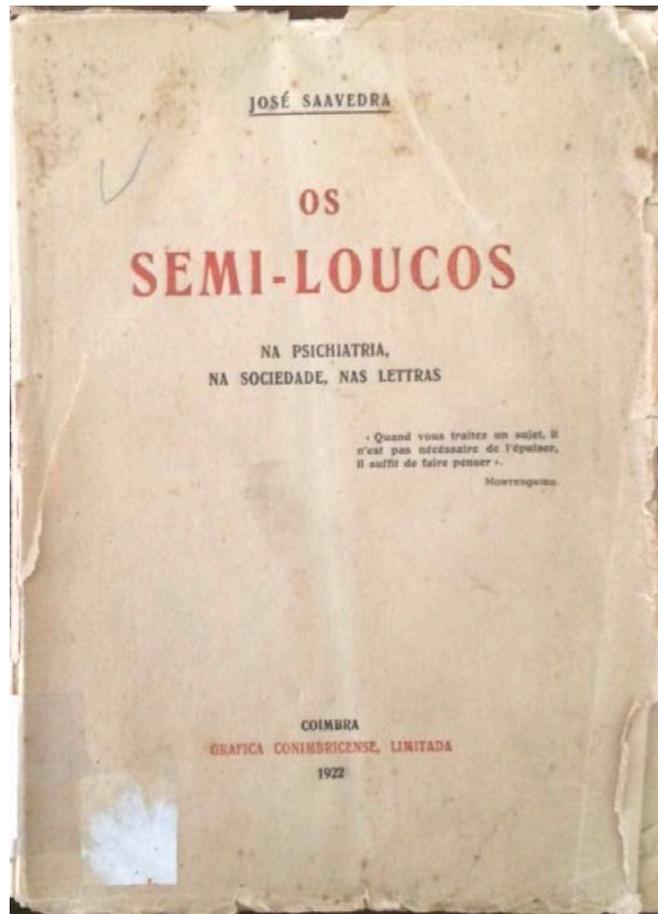
Processo Administrativo n.º 19. Sem Cota [Manuscrito], Biblioteca do Centro Hospitalar do Conde Ferreira

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Regulamento do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira Elaborado por Antonio Maria de Senna*. Porto: Imprensa Real, 1883

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira Administrado pela Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Porto: Officina Typographica do Hospital do Conde de Ferreira, 1891

SENA, António Maria de - *Os Alienados em Portugal, I – História e Estatística, II - Hospital do Conde de Ferreira*. Lisboa: Ulmeiro, 2003 (Original publicado em 1884)

SENA, António Maria de - *Relatorio do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira Relativo ao Primeiro Biennio (1883-1885)*. Porto: Typographia Occidental, 1887



Obra de José Saavedra, *Os semi-loucos na psichiatria, na sociedade, nas letras* (1922)

A MANIA DE LUTHER BELL UM POUCO DE HISTÓRIA

Lígia Castanheira^{1*}, Catarina Cordeiro^{1*}, Elsa Fernandes^{1*}, Ana Beatriz Medeiros^{1**}, João Pedro Lourenço^{2*}

*Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte;**Hospital Garcia de Orta

¹Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria e Saúde Mental;

²Médico Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental

Email:ligianevescastanheira@gmail.com

Resumo

A mania de Bell constitui um quadro clínico grave e ainda mal compreendido do ponto de vista diagnóstico e terapêutico, consistindo, sucintamente, na sobreposição de sintomas de delirium e de mania. Apesar de primeiramente descrita como entidade clínica por François-Emmanuel Fodéré em 1817, foi apenas em 1849 que Luther Bell descreveu esta condição de forma mais precisa: “O doente come tão pouco, dorme tão pouco e exercita-se com constante ansiedade e inquietude, que acaba por definhar dia após dia. A emaciação prossegue mais rapidamente que nos casos de mania, febre ou delirium tremens. Após duas a três semanas, o paciente morre com diarreia, ocasionalmente, nos dias prévios. Por outro lado, se a tendência for favorável, o paciente entra em convalescença neste mesmo período e emerge num estado de absoluta recuperação, como aconteceria no delirium de qualquer doença aguda.”. Trata-se de uma entidade clínica particularmente importante perante quadros de agitação psicomotora.

Palavras-chave: Mania de Bell; Doença Bipolar; Episódio Maníaco; Delirium; Luther Bell

Abstract

Bell's Mania constitutes a serious clinical picture that is still poorly understood from a diagnostic and therapeutic point of view, consisting, succinctly, of overlapping symptoms of delirium and mania. Although first described as a clinical entity by François-Emmanuel Fodéré in 1817, it was only in 1849 that Luther Bell described this condition more precisely: “The patient eats so little, sleeps so little and exercises with constant anxiety and restlessness, that ends up languishing day after day. Emaciation proceeds more quickly than in cases of mania, fever or delirium tremens. After two/three weeks, the patient occasionally dies from diarrhea in the previous days. On the other hand, if the trend is favorable, the patient will recover in the same period and emerge in a state of absolute recovery, as would happen in the delirium of any acute illness.” It is a particularly important clinical entity in the face of psychomotor agitation.

Introdução

A mania de Bell constitui um quadro clínico grave e ainda mal compreendido do ponto de vista diagnóstico e terapêutico, consistindo, sucintamente, na sobreposição de sintomas de delirium e de mania.

Apesar de primeiramente descrita como entidade clínica por François-Emmanuel Fodéré em 1817 (1), foi apenas em 1849 que Luther Bell descreveu esta condição de forma mais exata. Procedeu-se a uma revisão não sistemática da literatura sobre o tema através de pesquisa bibliográfica nas bases de dados indexadas à PubMed, apresentando-se também um caso clínico ilustrativo.

Luther Bell

Luther Vose Bell, MD (1806-11 de fevereiro de 1862) foi um dos treze superintendentes de hospitais psiquiátricos que se reuniram em Filadélfia em 1844 para organizar a *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (AMSAIL), agora *American Psychiatric Association* (APA), e a primeira sociedade de especialidades médicas nos Estados Unidos. Também foi superintendente do McLean Asylum perto de Boston, de 1837 a 1855.

Bell nasceu em Francestown, New Hampshire, filho do governador do estado e senador dos EUA por dois mandatos, Samuel Bell. Com o seu irmão mais novo, John, Bell frequentou a Phillips Academy em Andover, Massachusetts, por um ano. Aos 12 anos ingressou no Bowdoin College, tendo concluído a sua formação em 1823. Mudou-se então para Nova Iorque para estudar medicina tendo recebido o diploma de médico do Dartmouth College em 1826. Primeiramente e até 1831, trabalhou em Nova Iorque nos negócios, tendo regressado a Derry, New Hampshire, para estabelecer sua prática médica.

Na década de 1830, Bell submeteu ensaios para o Prémio Boyleston concedido pela Harvard Medical School. Em 1835, ganhou o prémio com um ensaio sobre dieta e, em 1836, foi um dos três vencedores pela submissão: "Até que ponto os meios de explorar as condições dos órgãos internos são considerados úteis e importantes na prática médica?" Além da sua prática médica, continuou envolvido na política e em cargos públicos, mantendo a tradição familiar. Foi eleito em New Hampshire como representante do estado e, integrado no comité legislativo, investigou o status dos insanos em New Hampshire.

Os esforços do Dr. Bell para a construção de uma instituição mental no estado de New Hampshire ficaram conhecidos pelos curadores do McLean Asylum após a morte do então superintendente. Em 1836, Bell foi a Boston encontrar-se com vários curadores, e o Conselho ofereceu-lhe o cargo de curador, o qual este aceitou, tendo começado a viajar para outros asilos. Visitou asilos em Worcester, Massachusetts, o Hartford Retreat em Connecticut e o Bloomingdale Insane Asylum em Nova Iorque. Acabou por assumir o cargo no McLean Asylum em fevereiro de 1836.

O McLean Asylum, criado em 1818, foi o primeiro hospital psiquiátrico em Massachusetts como afiliado do Hospital Geral de Massachusetts sob o Dr. Rufus Wyman (1818-1835). Wyman estabeleceu um programa de tratamento conhecido como "Tratamento Moral", instituído pelos Quakers na Inglaterra. Bell continuou esse método de tratamento. O estabelecimento do asilo de Worcester, sob os auspícios do estado, em 1833, desviou pacientes indigentes de McLean, o que permitiu que a equipa tratasse no McLean pacientes mais abastados, proporcionando-lhes mais conforto, incluindo atividades ocupacionais.

Bell foi ainda examinador forense dos tribunais de Massachusetts. Em 1850, tornou-se membro do Comité Executivo para aconselhar o governador em casos de pedido de perdão de criminosos condenados. Em 1853, foi nomeado para um Conselho de Comissários para examinar condenados na penitenciária que apresentavam sintomas de doença mental. Na década de 1850, Bell passou a interessar-se pelo espiritualismo, tendo realizado duas apresentações sobre este tema nas reuniões anuais da AMSAIL.

Bell demonstrou o seu interesse pela pesquisa científica, contudo a falta de descobertas objetivas levou-o a por de parte este seu interesse. Continuou a escrever artigos sobre a arquitetura de asilos, estatísticas de hospitais psiquiátricos, o uso de restrições em pacientes e sobre aspetos da jurisprudência médica. Um dos seus artigos descreveu uma nova forma de mania que ele observara, que foi brevemente denominada mania de Bell.

Em 1844, os curadores do Butler Asylum solicitaram aos curadores da McLean que permitissem a Bell visitar asilos na Europa e, em seguida, atuassem como consultores do novo Butler Hospital. Bell recebeu licença do Conselho de Administração do McLean Asylum e viajou pela Inglaterra e França.

Bell acreditava firmemente na eficácia do tratamento moral. Ele escreveu a Dorothea Dix: "Todos os anos ... serviram para diminuir a minha confiança num tratamento médico ativo

de quase todas as formas de doenças mentais e aumentar a minha confiança em meios morais". Dorothea Lynde Dix (4 de abril de 1802 – 18 de julho de 1887) foi uma ativista do estado a favor de indigentes com problemas mentais, tendo sido responsável pela criação da primeira geração de manicômios nos EUA. Durante a Guerra Civil, atuou como superintendente dos enfermeiros do Exército.

Bell continuou ativo no AMSAII, tendo sido vice-presidente (1850-1851) e presidente (1851-1855). Foi também presidente da Sociedade Médica de Massachusetts em 1857, sendo que durante o seu mandato em McLean, três dos sete filhos de Bell morreram e a sua esposa morreu durante o parto. Bell teve várias pneumonias com hemoptises, tendo-se aposentado da McLean em 1856, permanecendo numa casa em Charleston, Carolina do Sul. Quando o seu sucessor no McLean Asylum morreu um ano depois, os curadores pediram a Bell que retomasse a sua posição até que um novo superintendente fosse contratado, tendo o mesmo ficado por quatro meses.

Com a Guerra Civil dos EUA, Bell candidatou-se a uma comissão como cirurgião no Exército dos EUA e foi designado para o Décimo Primeiro Regimento de Voluntários de Massachusetts. Participou da Batalha de Bull Run, na Virgínia, tendo avançado para o cargo de Cirurgião da Divisão no décimo primeiro regimento sob o comando do general Joseph Hooker. Em fevereiro de 1862 adoeceu e acabou por falecer.

O Dr. Isaac Ray, um dos treze fundadores da AMSAII, publicou "Um discurso sobre a vida e o caráter do Dr. Luther V. Bell", que leu na reunião anual, em 1862.

Foram vários os trabalhos de Luther Bell, nomeadamente:

—Bell, Luther V. *An Attempt to Investigate Some Obscure and Undecided Doctrines in Relation to Small-pox, Varioloid and Vaccination*. Boston: Marsh, Capen, and Lyon, 1836;

—Bell, Luther V. *A dissertation on the Boylston prize-question for 1835: What diet can be selected which will ensure the greatest probable health and strength to the laborer in the climate of New England? --quantity and quality, and the time and manner of taking it, to be considered*. Boston: D. Clapp Jr., 1836;

—Bell, Luther V. *Report made to the Legislature of New Hampshire on the Subject of the Insane: June session, 1836*. Concord, NH: C. Barton, printer, 1836;

—Bell, Luther V., and Dorothea L. Dix. *The Practical Methods of Ventilating Buildings: Being the Annual Address before the Massachusetts Medical Society, May 31, 1848: with an Appendix on Heating by Steam and Hot Water*. Boston: Damrell & Moore, 1848;

—Holmes, Oliver Wendell, and Luther V. Bell. *Dissertations on the question How far are the external means of exploring the condition of the internal organs to be considered useful and important in medical practice?* Boston: Printed by Perkins & Marvin, 1836;

—Ray, Isaac. *A Discourse on the Life and Character of Dr. Luther V. Bell: Read to the Association of Superintendents of North American Institutions for the Insane, at its Annual Meeting, in Providence, R.I., June 10, 1862*. Boston: J.H. Eastburn Press, 1863.

McLean

McLean foi fundada em 1811 em Charlestown, Massachusetts, originalmente chamada de Asylum for the Insane, foi a primeira instituição para pessoas com problemas mentais sem-abrigo.

A instituição recebeu, mais tarde, o nome de McLean Asylum for the Insane em homenagem a um dos seus primeiros benfeitores, John McLean. Em 1892, a instituição foi renomeada para McLean Hospital em reconhecimento de visões mais amplas sobre o tratamento de doenças mentais.

Em 1895, o campus mudou-se para Waverley Oaks Hill, em Belmont, Massachusetts, dadas as mudanças ocorridas em Charlestown, incluindo novas linhas ferroviárias.

McLean é amplamente conhecido pelo tratamento de adolescentes, mais especificamente o tratamento de perturbações de personalidade borderline, usando a terapia comportamental dialética desenvolvida por Marsha M. Linehan.

Como um dos hospitais de ensino da Harvard Medical School, McLean diferencia-se pela sua combinação de ensino, tratamento e investigação.

Mania de Bell

A mania de Bell não é uma condição pouco frequente, sendo que a prevalência de confusão/ alteração do estado de consciência nos indivíduos maníacos varia de 15% a 25% (1).

A mania de Bell foi descrita pela primeira vez nos trabalhos de François-Emmanuel Fodéré (1764-1835) em 1817 (2). Em 1832, foram descritos alguns casos por Louis-Florentin Calmeil (1798-1895) (3). Foi em 1849 que Luther Bell (1806-1862) descreveu de forma mais precisa esta condição como “(...) O doente come tão pouco, dorme tão pouco, e exercita-se com constante ansiedade e inquietude, que acaba por definhir dia após dia. A emaciação prossegue mais rapidamente que nos casos de mania ou febre ou delirium tremens. Após duas a três semanas, o paciente morre, com diarreia ocasionalmente nos dias prévios. Por outro lado, se a tendência for favorável, o paciente entra em convalescença neste mesmo período, e emerge num estado de absoluta recuperação, como aconteceria no delirium de qualquer doença aguda. (...)” (4).

Em 1921, Emil Kraepelin (1856-1926) designou-a de “delirious mania” (5). Slather e Roth (1969) descreveram-na como um episódio maníaco grave potencialmente fatal com predominância de alterações do estado de consciência semelhante a um quadro de delirium (6). Em 1980 Bond descreveu 3 casos de mania de Bell, sugerindo o seguinte conjunto de critérios diagnósticos: início agudo dos sintomas, presença de mania, características de delirium, história de mania, história familiar de doença bipolar e resposta ao tratamento para mania (7). A mania de Bell foi descrita, ainda, por Mann (1986) como uma síndrome clínica com várias potenciais causas desde doenças orgânicas não psiquiátricas a perturbações psiquiátricas (8). Em 2006, Fink e Taylor consideraram-na uma forma específica de catatonia (1) (9).

Só em 2016 a mania de Bell foi classificada na *International Classification of Diseases 10th edition* (ICD-10) como subtipo de episódio maníaco.

Em relação à resposta ao tratamento, podemos dividir os pacientes em dois grupos: o primeiro composto por pacientes catatônicos ou autonomicamente instáveis e o segundo grupo composto por pacientes sem esses achados clínicos. No primeiro grupo deve começar-se por descontinuar o antipsicótico, sendo a eletroconvulsoterapia o tratamento de primeira linha e as benzodiazepinas um tratamento de segunda linha eficaz (1). No segundo grupo são recomendados os estabilizadores de humor e os antipsicóticos de segunda geração (1) (10).

A redução da mortalidade e morbidade é, assim, atribuída à melhoria diagnóstica e terapêutica que se tem observado ao longo dos anos (10). Independentemente do subgrupo em questão, se uma condição médica não psiquiátrica estiver presente, como uma infeção, esta deve ser tratada adequadamente (10).

Caso clínico

Mulher de 72 anos de idade, com antecedentes de perturbação bipolar tipo 1 (segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, DSM-5). Medicada, no passado, com carbonato de lítio e, atualmente, com valproato de sódio 500mg/dia e fluoxetina 20mg/dia. Além disso, apresenta como antecedentes médicos não psiquiátricos, psoríase, hipertensão arterial, obesidade e gamopatia monoclonal.

Em janeiro de 2019 foi admitida no Serviço de Urgência depois de ter sido encontrada a vaguear pelas ruas com um discurso incoerente. No Serviço de Urgência, a avaliação

psiquiátrica mostrou desorientação no tempo, postura hostil, humor irritável, aumento de energia, redução da necessidade de dormir, impulsividade, discurso acelerado e hiperfônico, amnésia episódica para o passado recente e alucinações auditivas e visuais cénicas. A doente admitiu ausência de cumprimento da terapêutica na semana prévia.

A tomografia computadorizada cerebral revelou atrofia temporal cortical e frontal moderada e ligeiramente assimétrica (mais proeminente à esquerda). O exame físico não revelou alterações, contudo as análises ao sangue e à urina eram compatíveis com lesão renal aguda e infecção do trato urinário.

Foi internada no Serviço de Psiquiatria com o diagnóstico clínico de episódio maníaco com características confusionais, tendo sido medicada com fosfomicina 3g, valproato de sódio 700mg/dia, quetiapina 175mg/dia e trazodona 100mg/dia.

Durante os primeiros dias de internamento, as oscilações de humor entre a disforia e a depressão foram evidentes. A doente respondeu, progressivamente, ao tratamento e, ao 8º dia de internamento estava eutímica, sem alterações do estado de consciência, apesar de manter, após a alta, amnésia episódica para o período anterior à sua admissão.

A doente preenche, assim, quatro dos cinco critérios de Bond: presença de mania, características de delirium, história de mania e resposta ao tratamento para a mania. Dado que não apresentava características catatónicas e não estava autonomicamente instável, decidiu-se pela prescrição de valproato de sódio e quetiapina, conforme recomendado pela literatura para este grupo de doentes (1) (10) e, tendo em consideração a infecção urinária, prescreveu-se um antibiótico.

Conclusões

Atualmente, a mania de Bell é considerada uma entidade clínica particularmente importante perante quadros de agitação psicomotora. Apesar de não estar contemplada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition* (DSM-5), está incluída na *International Classification of Diseases 10th edition* (ICD-10) nos subtipos de episódio maníaco (F30.8 Mania de Bell).

A Mania de Bell é um diagnóstico diferencial importante para um episódio maníaco ou delirium com implicações terapêuticas e prognósticas. São necessárias investigações adicionais para esclarecer a epidemiologia e a abordagem apropriada para essa condição.

Bibliografia

- 1.FINK, M. — Delirious mania. *Bipolar Disord.* 1:1 (1999) 54–60.
- 2.JARVIE, H.F.; Hood, M.C. — Acute delirious Mania. *Am J Psychiatry.* 108:10 (1952) 758-73.
- 3.LEE, B.; HUANG, S.; HSU, W.; CHIU, N. — Clinical features of delirious mania: a series of five cases and a brief literature review. *BMC Psychiatry.* 12:1 (2012)1-9. [Available from: BMC Psychiatry].
- 4.KRAINES, S.H. — Bell's Mania (Acute Delirium). *Am J Psychiatry.* 91:1 (1934) 29-40.
- 5.BIPEETA R. Khan MA. Case Report Delirious Mania: Can We Get Away with This Concept? A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Psychiatry.* 2012; 2012:720354. [Published online 2012 Nov 2012].
- 6.JACOBOWSKI, N.L.; HECKER, S.; BOBO, W.V. — Delirious Mania: Detection, Diagnosis, and Clinical management in the Acute Setting. *J Psychiatry Pract.* 19:1 (2013) 15–28.
- 7.BOND TC. — Recognition of Acute Delirious Mania. *Arch Gen Psychiatry.* 37:5 (1980) 553-554.
- 8.MANN SC, CAROFF SN, BLEIER HR, WELZ WK, KLING MA. — Lethal Catatonia. *Am J Psychiatry.* 143:11 (1986)1374–81.

9. TAYLOR MA, FINK M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry*. 160:7 (2003)1233–1241.
10. KARMACHARYA R, ENGLAND ML, ÖNGÜR D. — Delirious mania: Clinical features and treatment response. *J Affect Disord*. 109:3 (2008)312–316.

MENTAL HEALTH DISORDERS THAT HAVE CHANGED HISTORY

Bogdan Horia Chicoș

Clinical Center of Rheumatic Diseases Bucharest

Internal medicine, rheumatology, PhD

Email: b_chicos@yahoo.com

Abstract

Diseases do not distinguish between the poor and the rich, between simple men and kings. A head of state suffering from a mental illness or other chronic illness which evolves by exacerbations that change behavior, can take decisions that change history, if he is alone. The consanguinity of royal families has led to the appearance of genetic diseases including mental. The Stuarts influenced the evolution of English society. Henry VIII broke the relations with the Vatican. The affections of Carol II of Spain changed the dynasty by war. Gibraltar becomes English territory. Decisions with long-term consequences must be made by groups of competent people who check all the consequences.

Key-words: mental illness, change, history

Résumé

Troubles de la santé mentale mentale qui ont changé l'histoire — Les maladies ne font pas la distinction entre les pauvres et les riches, entre hommes simples et rois. Un chef d'état souffrant d'une maladie mentale ou d'une autre maladie chronique qui évolue par exacerbations qui changent le comportement, peut prendre, si on le laisse seul, des décisions qui changent l'histoire. La consanguinité des familles royales a conduit à l'apparition des maladies génétiques y compris mentales. Les Stuarts ont influencé l'évolution de la société anglaise. Henri VIII rompit la relation avec le Vatican. Les affections de Carol II d'Espagne ont changé la dynastie par la guerre. Le Gibraltar devient territoire anglais. Les décisions ayant des conséquences à long terme doivent être prises par des groupes de personnes compétentes qui vérifient toutes les conséquences.

Mots-clés: maladie mentale, changement, histoire

Les maladies ne font pas la distinction entre les pauvres et les riches, entre hommes simples et rois. Une décision peut être influencée à la fois par le contexte social, économique et politique et en même mesure par l'état de santé du décideur. Les conséquences sont d'autant plus importantes si le décideur est chef de l'État et prend seul les décisions. Une décision erronée peut être prise non seulement par ceux qui souffrent des maladies psychiques, mais aussi par ceux atteints des troubles somatiques lors d'épisodes d'exacerbation. Les facteurs de stress du moment sont très importants. L'endogamie est une cause importante de transmission de maladies héréditaires. Elle était présente dans les familles des pharaons égyptiens. Les mariages ont été faits entre frères et sœurs, neveux et nièce.[1] La situation a reste inchangée, au cours des siècles, pour les familles régnautes.

Les conséquences ont été, pour certains descendants modérés, pour d'autres dévastatrices. A chaque génération, les caractères récessifs devenaient de plus en plus évidents, la pathologie devenant de plus en plus présente. La situation était grave pour la société. La disparition de familles royales a déclenché des guerres. Les maladies génétiques n'affectaient pas les sultans de l'Empire ottoman et du monde islamique, dont les descendants avaient le même père mais des mères différentes et sans lien de parenté avec le père. Si l'Europe

pratiquait alors la consanguinité pour la stabilité, les Ottomans, pour le même but, sacrifiaient en étranglant les descendants mâles du nouveau sultan s'il en avait. La pratique a été progressivement abandonnée après la mort du sultan Ahmed I (1617), les successeurs potentiels ont été séparés en kafes, coutumes généralement conservés, mais de plus en plus douces, jusqu'au XX^{ème} siècle quand la forme du gouvernement a été changée. [4,12]

Le roi Charles VI de France (1368 – 1422)

A présenté en 1392 le premier épisode d'une série de 44 épisodes de folie à durée variable au temps desquelles il était remplacé par des régence. Due à la recherche des documents nous savons qu'il oubliait son nom, ne reconnaissait pas ses enfants et sa femme, tuait ses compagnons. La maladie est passagère mais d'autres accès de folie surviendront. Il pensait qu'il était fait de verre, personne ne pouvait pas le toucher. Ses vêtements étaient parfois renforcés par des barres en métal. On a fait appel aux sorciers, mais l'église a interdit cette pratique. Pendant son règne au temps de la guerre de cent ans (1337- 1453) la France a perdu des territoires en faveur d'Angleterre (la bataille d'Azincourt, 1415), le pays a connu la guerre civile, les impôts étaient grands, la population malheureuse. En 1420 a signé le traité de Troyes par lequel le roi reconnut comme successeur Henri V d'Angleterre (celui-ci a épousé la fille du roi, Catherine de Valois) au lieu de son fils, Charles VII. Le traité est considéré invalide par les sujets parce que le roi est fou, la couronne ne lui appartient et, par conséquence, il ne peut pas en disposer.[29]

Le médecin psychiatre Ernest Dupré (1862-1921), a publié en revue des Deux Mondes (1910) une étude sur l'état de santé du roi et le diagnostic a été „psychose intermittente, à prédominance d'accès maniaques, avec états mixtes. Apparition épisodique, à la suite d'incidents infectieux ou toxiques, de crises confusionnelles et anxieuses, de courte durée, dont les éléments se sont combinés à ceux de l'excitation maniaque,, [28]. Docteur Dupré a été aussi intéressé par les effets de la consanguinité du roi,, Charles VI descend, en effet, des deux frères, saint Louis et Charles d'Anjou, qui se sont mariés à deux sœurs, Marguerite de Provence et Béatrix de Provence ; et, à partir de cette date jusqu'à la naissance de Charles VI, c'est-à-dire pendant plus de deux siècles, aucun des mariages royaux ne s'est exercé hors de cette famille de saint Louis. Il y a là un remarquable exemple d'une accumulation d'hérédité morbide par consanguinité, *Mère* : Jeanne de Bourbon (1338-1378) fut atteinte d'un accès d'aliénation mentale, qui dura plusieurs mois ; *Trisaïeul maternel* : Robert de Clermont (1256-1302). En 1279, à vingt-trois ans, fut atteint d'aliénation mentale consécutive à un traumatisme crânien ; *Anamnèse maternelle collatérale*. L'oncle maternel de Charles VI, le duc Louis II de Bourbon (1337-1410), Il print une grande mélancolie en sa teste, car oncques puis n'eut guère de joie, tant qu'il en perdit le dormir,, [28]. Cette situation est confirmée par les recherches contemporains,, la consanguinité entre les parents du roi (Charles V n'était autre que le petit-cousin de son épouse Jeanne) pourrait être également à l'origine de ses troubles psychiatriques, ainsi que de la fragilité de ses frères et sœurs, de sa mère Jeanne de Bourbon étant sujette à des crises de psychose amnésique, de son oncle Louis de Bourbon ayant souffert de « mélancolie » et de son trisaïeul Robert de Clermont ayant manifesté des signes de folie. La définition de la maladie du roi divise les spécialistes. Un examen paléopathologique suggère un diagnostic rétrospectif de bouffée de délire paranoïaque, puis de schizophrénie. Les études les plus récentes le considèrent atteint d'un trouble bipolaire, caractérisé par la succession d'épisodes d'excitation et de périodes de mélancolie, et par les moments de lucidité et la « détérioration mentale » des dernières années,, [29].

Sa fille Isabeau a épousé le roi anglais Richard II. Le neveu de Charles VI, Henri VI d'Angleterre (1421-1471), a connu des épisodes d'instabilité psychique. Le futur roi Charles VII a été sacré par la force de Jeanne D'Arc et a gagné la guerre de cent ans. Sans l'aide de la pucelle d'Orléans probablement il ne sera pas roi. Sa mort est due a une infection dentaire qui l'a empêché de manger, mais aussi à la peur de ne pas être empoisonné

Henri VI d'Angleterre (1421-1471)

Il est le neveu de Charles VI de France et la victime d'un grave effondrement mental accompagné d'une incapacité physique paralysante (août 1453). Le début de sa maladie fut accompagné d'une frénésie. La cause précise de la maladie d'Henri n'est pas claire, soit la schizophrénie catatonique soit une stupeur dépressive qui a influencé sa capacité à gouverner. Il était nourri et soutenu quand il marchait. Il ne réagissait pas mentalement. Ne reconnaissait personne et ne comprenait rien et, une fois rétabli, il ne pouvait plus se souvenir de ce qui s'était passé entre-temps. Aucun monarque anglais depuis 1066 n'était dans un état aussi impuissant. Henri VI était inconscient de la naissance de son fils Edward (1453). Le roi se rétablit à Noël 1454. [27]

Le roi Henri VIII Tudor d'Angleterre (1491-1547)

A été d'abord un jeune homme agréable et enfin s'est avéré pour être un scélérat. La rupture de l'église anglicane avec le Vatican est due à son état de santé. Il a été dit que la cause serait le lues [21, p. 82-89]. La possibilité n'est pas exclue en intégralité, mais le traitement au mercure n'est pas noté, ses partenaires n'ont pas souffert de la syphilis. Les antécédents médicaux de Henri ne sont pas documentés par ses médecins ou chirurgiens personnels qui n'ont pas gardé de dossiers, peut être pour leur propre sécurité. Ces documents ont été perdus ou détruits. Les papiers d'État et les lettres contemporaines donnent des informations médicales. Cependant, ses descendants, Marie I et Elisabeth I, n'ont pas eu de la descendance, elles avaient des troubles de l'audition et visuels son unique fils Eduard VI est décédé adolescent. On pense également que le souverain souffrait de diabète, de goutte, d'hypothyroïdie, de la maladie de Cushing, la preuve est les portraits à différents âges. Il devint obèse à 40 ans. A sa mort à l'âge de 56 ans il pesait plus de 150 kilos. On note en ses antécédents médicaux la variole et le paludisme occasionnel. Le sport qu'il pratiquait a entraîné des blessures de gravité variable. Le premier enregistrement d'une plaie présumée être un ulcère, probablement à la cuisse a été guéri (1527). En 1536 est resté inconscient pendant deux heures. Il a souffert un traumatisme crânien. Son cheval est tombé et c'est posé au-dessus du roi. A ce moment là ses ulcères semblent avoir été bilatéraux et purulents [22]. L'étiologie est discutable, elle peut être due au chancre de la syphilis primaire, mais peu de preuves corroborent ce diagnostic : les comptes de ses apothicaires n'enregistrent aucun achat de mercure. Le plus possible c'est une thrombose veineuse profonde, mais on ne peut pas exclure une fracture non traitée peut également entraîner une infection diffuse avec cellulite, ostéomyélite. La guérison superficielle transitoire des communications fistuleuses entre les cavités d'abcès et la peau entraînait inévitablement des épisodes de sepsis et des accès de fièvre. [22] Les médecins de Henri ont essayé de garder ces fistules ouvertes pour permettre le drainage des „humeurs,, en piquant souvent les ulcères avec des aiguilles brûlantes; une thérapie peu susceptible d'avoir amélioré la santé du roi. Ses ulcères ne guérèrent pas et en mars 1541, il fut de nouveau fiévreux: un ulcère de ses jambes, autrefois ouvert et maintenant ouvert pour maintenir sa santé, s'est soudainement fermée à sa grande alerte. La maladie l'a rendu de plus en plus imprévisible, irascible et cruel. Les exécutions pour trahison (pendaison, éviscération, décapitation, bûcher ou brûler vif) étaient devenues de plus en plus courantes dans la dernière partie du règne d'Henri. Ce roi était responsable de plus de morts que n'importe quel monarque avant lui. Aujourd'hui le traitement des ulcères chroniques persistants aux jambes affectent gravement la qualité de la vie [22]. Malgré ces maladies, le roi voulait avoir des descendants. Il a été six fois marié. Le divorce était interdit pour les catholiques et pour ces raisons il rompit le lien avec le Vatican. Il est devenu chef de la nouvelle église anglicane. Henri décéda le 28 janvier 1547, âgé de 55 et 7 mois, d'une insuffisance rénale et hépatique, associée aux effets de l'obésité. Une théorie récente

suggère qu'Henri VIII avait une maladie génétique rare, le syndrome de McLeod ce qui l'a empêché d'avoir des fils, et ses épouses ont eu plusieurs avortements spontanés

Le syndrome de McLeod, décrit en 1961, est une maladie génétique liée à des mutations sur le chromosome X. Les antigènes de Kell sont impliqués dans l'anémie hémolytique auto-immune et la maladie hémolytique néonatale.

Les anticorps anti-K est antiérythrocytaire, ils provoquent la destruction des érythrocytes [17,18,21,pg.82-89].

Les personnes sans antigène Kell peuvent développer des anticorps anti-Kell lors de transfusions. Les anticorps peuvent survenir dans une hémorragie transplacentaire à la naissance, provoquant une anémie hémolytique au nouveau-né. Le souverain pourrait être Kell positif, ce qui peut expliquer les décès, à la naissance ou peu de temps après, de sept des dix enfants.

Le roi avait un déclin mental tel que la démence, le tissu musculaire dégénéré et il marchait avec difficulté. La présence de l'antigène Kell à ses prédécesseurs pourrait provenir de Jaquette de Luxembourg, l'arrière grande mère maternelle. Sa fille Maria I était Kell négative [17].

Le système des antigènes Kell est un groupe situé à la surface des globules rouges. Ce sont des déterminants importants des groupes sanguins aux côtés des systèmes ABO et Rh. Le syndrome McLeod est caractérisé par désordre neurologique qui survient presque exclusivement chez les garçons et les hommes. Les traits sont les érythrocytes en forme d'étoile (acanthocytose), l'affection du système musculaire (des tensions la dystonie, une faiblesse musculaire la myopathie), du cœur (la cardiomyopathie dilatée), du système nerveux central (la chorée, les crises épileptiques, la psychose ou le trouble obsessionnel-compulsif), des changements comportementaux (l'anxiété, la dépression et les changements de personnalité).[23]. Par conséquent, la santé du roi dictait la stabilité du royaume et symbolisait le pouvoir du monarque.

Les troubles du comportement de Margaret Tudor, (la première fille d'Henri VII et la sœur d'Henri VIII), et de la nièce de Margaret qui est Marie I Stuart (et son fils James VI de l'Ecosse, James I d'Angleterre) ont été attribués à l'intoxication à l'arsenic, à un trouble bipolaire ou à la schizophrénie.

Marie I de l' Ecosse (Marie Stuart, 1542- 1587)

A été une grande invalide de l'histoire. Dès 25 ans elle souffrait des douleurs importantes de ventre, vomissements, hématurie, possible cause d'un ulcère gastrique. Parfois elle accusait des douleurs en bras, hanches droites, elle ne pouvait ni écrire, ni marcher, ni même se tenir debout et devait être transportée. Ces attaques étaient parfois associées à un évanouissement, délire. Macalpine a suggéré que les accuses abdominales étaient la conséquence de la porphyrie. Cette maladie génétique peut avoir une forme clinique acute intermittente qui compris aussi de l'irritabilité, hallucinations, délire, paranoïa. Ici, il y a peut-être une explication de son manque de prudence en la relation avec la reine Elisabeth.[24]

Autres rois d'Angleterre et leurs maladies

Catherine de Valois, fille de Carol VI de France, était l'épouse du roi anglais Henri V et la mère d'Henri VI. Henri VII, le père d'Henri VIII, était descendant de Catherine de Valois. Entre les maisons Tudor et Stuart étaient des liaisons. Charles I Stuart était mariée à Henriette Marie de France, sœur de Louis XIII. Il avait une fille Henriette Anna d'Angleterre, duchesse d'Orléans qui est décédée relativement subitement, des suites d'une intense douleur abdominale liée à la constipation et aux vomissements. Aucune urine rouge n'a pas été décrite. On a cru d'être empoisonnée. L'autopsie a été demandée par Louis XIV. Elle aurait pu souffrir de la porphyrie. Un des descendants de Charles Ier Stuart était James II qui

abdiqua et fut remplacé par sa deuxième fille Marie II (1662-1694) mariée à William III. Ils n'ont pas eu de la descendance.

La couronne a été rendue à la sœur de Marie, Anna I (1655-1714). Dès l'enfance Anna souffrait d'une maladie des yeux avec hypersécrétion lacrymale. Elle a eu 17 grossesses et 12 avortements spontanés. Quatre de ses cinq enfants sont décédés avant l'âge de deux ans. Le dernier, William a vécu 11 ans. Il souffrait d'hydrocéphalie, de convulsions. La reine Anna a accusé des migraines, des douleurs à l'estomac, des signes cliniques de la goutte et du diabète. L'absence de progéniture viable, les antécédents des nombreux avortements sont probablement dus au lupus avec syndrome anti phospholipidique. Le portrait de la reine ressemble à une femme corpulente aux joues trop rouges (maquillage ?) peut-être un signe d'érythème facial du lupus. La dynastie Stuart est terminée. Le règne de la Maison de Hanovre commence avec George I, descendant de James I.[13]

Charles II d'Espagne

Entre les royaumes d'Espagne et du Portugal les mariages entre les membres de la maison de Trastamara (Espagne, 1442-1555) et de la maison d'Aviz (Portugal, 1385-1580) étaient courants [9,10]. Une étude menée à l'Université de Santiago de Compostelle a démontré que le niveau de consanguinité des Habsbourg espagnols était très élevé et a été maintenu pendant des siècles (1516-1700). Des changements physiques on remarque dans les portraits des monarques espagnols qui témoignent des changements somatiques, conséquence de la consanguinité. La mandibule est de plus en plus évidente, à commencer par Charles Quint, empereur du Saint Empire et roi d'Espagne dont le portrait face et profil est reproduit en de nombreuses peintures. Il souffrait également de goutte invalidante, d'asthme bronchique et de diabète. Philip II, le premier fils de Carol Quint, a épousé pour la première fois Maria Manuela du Portugal, la sœur cadette de Carol Quint. Elle était la cousine des deux parents de Philippe II. Elle est morte à la naissance de l'héritier, don Carlos. Les parents avaient le même coefficient de consanguinité, ils étaient essentiellement des demi-frères. Sa grand-mère maternel et son grand-père paternel étaient frère et sœur, le grand-père maternel et la grand-mère paternelle étaient aussi frères et sœurs. Les arrière grand-mères Jeanne de Castille et Marie d'Aragon, sœurs. [5,6,7,8]. Dès sa jeunesse don Carlos a montré une instabilité mentale, a présenté des épisodes d'épilepsie [14]

Il a épousé Ana, sa nièce. Philippe II considère que son successeur est incapable, il est emprisonné et meurt en conditions incertaines. En deuxième noces Philippe II a épousé Marie Tudor reine d'Angleterre. Ils n'ont pas eu de la descendance. La quatrième fois a épousé Anne d'Autriche, dont l'oncle maternel il était (la mère d'Ana était la sœur de Philippe). Ils ont eu un fils, Charles II qui était le dernier de la branche espagnole de Habsbourg. Il n'a pas eu de progéniture, en cause du syndrome de Klinefelter (anomalie chromosomique, un chromosome X en plus et pas de puberté ; la consanguinité n'a pas importance). La seconde épouse était la nièce de Louis XIV de France. Charles II avait un degré de consanguinité supérieur à celui d'un enfant né de la relation frère et sœur. Son taux de consanguinité atteignait 0,254. Une fois il prit un de ses proches pour un loup et le tua. Il meurt dans de grandes souffrances, de violentes migraines. On pense aujourd'hui qu'il souffrait aussi d'acidose tubulaire rénale, c'est-à-dire un pH urinaire élevé. C'est une maladie génétique de mode de transmission autosomique récessive et d'une carence thyroïdienne qui lui causa le retard de croissance et les troubles mentaux [25]. L'arrière grand-mère, Jeanne de Castille, était la descendante des mariages entre cousins pendant 14 générations, situation qui a causé un grand nombre de maladies prématurées et de décès dans la famille. Le degré de consanguinité augmentait chaque génération jusqu'à atteindre 0,025 pour Philippe Ier (1478-1506) et 0,254 pour Charles I d'Espagne (Charles Quint, empereur romain germanique) (1500-1558) [12]. Charles II est connu pour avoir eu un développement

intellectuel médiocre, il allait avec difficulté, et a huit ans ne connaissaient ni l'espagnol ni le français langues parlées à la Cour espagnole. Sa mandibule tellement déformée l'empêchait de manger, il balbutiait cause de la langue très épaisse. Mentalement instable, souffrant d'épilepsie grave (25 crises en deux mois), migraine, délire, il a ordonné qu'ils soient brûlés sur le bûcher de l'Inquisition 21 gens dans la Place Mayor de Madrid. Il a tué un courtisan en y voyant un loup. Il est décédé après cinq jours de coma de délire à l'âge de 39 ans. La consanguinité, si commune en Europe à cette époque là, a interrompu la dynastie espagnole et a déclenché la guerre de succession pour le trône (1701-1714) impliquant de nombreux états. La guerre a été gagnée par Louis XIV de France, dont le neveu est devenu le roi Philippe V. La famille Bourbon régnait en France et en Espagne. L'Angleterre gagne en 1704 le Gibraltar.

La reine Maria I du Portugal (1734-1816)

La reine souffrait de claustrophobie, de mélancolie et d'excès religieux. À la mort de son mari qui était le frère de son père, elle présenta en 1786 les premiers épisodes de délire. En février 1792, elle fut soignée par le docteur Francis Willis, médecin du roi George III de Grande-Bretagne. En 1807, lors de l'invasion napoléonienne, la famille royale se réfugia à Rio de Janeiro. La démence de la reine atteignait l'apogée et elle y demeura jusqu'à sa mort en 1816, alors qu'elle n'était pas au courant de son statut. Depuis 1786, elle a été déclarée incompétente, ses titres ont été conservés, mais l'État a été gouverné par son fils [15]. Il était considéré comme souffrant de porphyrie, mais aucune urine rouge n'a pas été constatée. Un diagnostique plus précis est la maladie d'Alzheimer (n.a.)

George III d'Angleterre (1738-1820)

Le roi George III d'Angleterre (1738-1820) a présenté d'épisodes de démence pendant lesquels il était immobilisé. Les urines étaient rougeâtres. A souffert de l'arthrite, de la goutte, il a perdu en temps l'ouï, la vue.

Entre 1788-1789 il a été déclaré incapable de gouverner, situation qui a été permanente entre 1810 et sa mort en 1820. En 1818 n'a pas été conscient de la mort de sa femme. Avant le coma il a parlé sans cesse pour 58 heures. Cause a l'intolérance cutanée aux rayons du soleil le roi et ses descendants portaient des grands chapeaux et des vêtements à manches longues. Les descendants de George IV et de ses frères, Frédéric duc d'York, Auguste duc de Sussex, Edouard duc de Kent ou de la princesse Charlotte de Galles ont hérité le gène de la porphyrie. Le roi de Prusse, Frédéric II (1712-1786) a souffert de la porphyrie, maladie qui a détruit les Maisons de Hanovre et Stuart. 13 générations des Stuarts ont porté les signes de cette maladie. La première a été Marie I de l'Écosse et Sophie a été la première de la maison de Hanovre. George V, neveu, est mort aveugle cause aux traumatismes oculaire. La petite sœur du George III, Caroline Mathilde, reine du Danemark est morte à 24 ans par la paralysie du boub, conséquence de la porphyrie. Cette maladie a été l'une des causes de la crise nationale anglaise entre 1788 et 1817 quand Charlotte est morte. [12, 19, 21].

En mars, 2010, Timothy Peters et D. Wilkinson, en *History of Psychiatry*, ont réévalué l'état de santé du George III et ont apporté des arguments contre la porphyrie. C'est peu probable que le roi aurait souffert de cette maladie, parce que la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression surviennent rarement dans les cas de porphyrie aiguë intermittente. Ceux qui ont soutenu l'hypothèse de la porphyrie ont fait valoir que la neuropathie périphérique, la cataracte, la voix enrouée en sont la conséquence. La difficulté à marcher, le caractère boiteux, est due à l'âge, à l'arthrite, à la goutte, pas à la neuropathie périphérique, la cataracte est la possible conséquence d'un diabète sucré qui associe la goutte. Les émétiques et les purgatifs qu'il prenait favorisaient la déshydratation. L'affection du boub est peu probable, elle devait être associée à la quadraparésie et à l'implication des nerfs du crâne. Est mort à 81 ans, mais l'espérance de vivre est réduite pour la porphyrie. Les formes

cliniques graves ont des manifestations neurologiques et psychiatriques plus réduites. La cécité pourrait mener à la folie. Les douleurs du ventre, de l'estomac, et côtes peut avoir l'origine en les affections du foie, aussi la jaunisse, les coliques biliaire. Enfin, en les Archives royales on parle des urines bilieuse, bleuâtre, dont la couleur peut être la conséquence de la jaunisse ou des médicaments (aloie, gentiane). On n'a pas trouvé l'aspect brun, rougeâtre foncée.[26]

La porphyrie est une maladie héréditaire caractérisée par la perturbation de la synthèse de hem et par l'accumulation dans les tissus de substances intermédiaires, les porphyrines. Chez l'adulte, la porphyrie aigue intermittenent se manifeste par des épisodes abdominaux douloureux intenses, crampes, faiblesse musculaire, troubles mentaux. Pendant les crises les urines sont rouges, elles ont la couleur du vin de Porto. Il est possible que le roi Jacques Ier d'Angleterre et VI de l' Ecosse (1566-1625) aient souffert de la porphyrie, maladie possible héritée de sa mère, Marie I Stuart dont les crises d'hystérie pourrait avoir cette cause. Elle présentait un trouble neuromusculaire, avait des membres fragiles et minces comme son père. En 1613, puis en 1615, elle présenta des épisodes fébriles, des douleurs abdominales intenses, urine couleur vin d'Alicante après la déclaration du médecin Turquet de Mayerne. Elle a eu des sévères épisodes d'arthrite, une démence progressive, une faiblesse marquée [12,19, 21 p. 236-238].

Conclusions

C'est important de connaître toutes les maladies au long des siècles. Celles-ci doivent être connues et les meilleures mesures sont prises pour éviter autant que possible les conséquences désastreuses. Les progrès de la médecine contemporaine ont largement évité la naissance d'enfants présentant des problèmes de santé majeurs. Les décisions ayant des conséquences à long terme doivent être prises par des groupes de personnes compétentes qui vérifient toutes les conséquences.

Références

- 1.The Complet Royal Families in Ancient Egypt, From https://www.google.ro/search?source=hp&ei=04jxl3npig5sghxnbgqbq&q=Snefru+Family&oq=Snefru&gs_l=Psy-Ab.1.6.0l2j0i30l8.103253.108520..111567...0.0..0.89.453.6.....0....1..Gws-Wiz.....0..0i131j0i10j0i10i30.Osziggk0jdy
- 2.Zahi Hawass, September8, 2010, National Geographic, From <https://www.natgeo.ro/istorie/personalitati-si-evenimente/9169-de-ce-a-murit-tutankhamon> February 17, 2010 From <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/185393>, <http://www.drhawass.com/wp/bio/>
- 3.Rosella Lorenzi, 20 October 2014, Citează Pe Egiptologul Asrof Selim, From <https://www.seeker.com/king-tut-re-creation-presents-a-shocking-image-1769204424.html>
- 4.Ekrem Bugra Ekinici, Published August 6, 2015, From <http://www.ekrembugraekinci.com/makale.asp?id=615>
- 5.Ramon Munoz Chapuli, 2013, Departamento de Biología Animal, Universidad de Malaga, https://www.google.ro/search?source=hp&ei=Pa5jxncueoayaepkitgj&q=Consanguinidad+Habsburgo&oq=Consanguinidad+De+Habs&gs_l=Psy-Ab.1.0.0i22i30.1412.15458..18607...2.0..0.86.1680.24.....0....1..Gws-Wiz.....0i131j0i10j0i19j0i22i30i19.Hof4ftbfmc
- 6.Gonzalo Alvarez Jurado, Catedrático de Genética, Universidad de Santiago de Compostela, la Extension de la Dinastia de los Habsburgo Espanoles, ao XCVII Congreso de Enciga, 2014, From <http://www.enciga.org/?q=node/333>
- 7.Francisco Camina Ceballos, La Consanguinidad en Dinastias Reales Europeas de la Edad Moderana, , 2013, Letura Universidad de Santiago de Compostela From <https://dialnet.unirioja.es/servlet/Tesis?codigo=122377>
- 8.Donatella Lippi, S.A, Retrognathic Maxila In „Habsburg Jaw,, The Angle Orthodontist, May 2012 From <http://www.angle.org/doi/10.2319/072111-461.1>
- 9.House of Trastamara, From https://wikivisually.com/wiki/House_of_Trast%C3%A1mara
- 10.House of Aviz, From https://en.wikipedia.org/wiki/House_of_Aviz
- 11.Glyn Redworth, 3 de Septiembre de 2015, National Geographic, Espana, From http://www.nationalgeographic.com.es/historia/grandes-reportajes/juana-la-locas_9525/1

12. Royal Maladies. Inherited Diseases in The Ruling Houses of Europe, Alan R. Rushton, From
<https://books.google.ro/books?id=Lu8lc56xyvmc&pg=Pa85&lp=Pa85&dq=Maria+I+De+Portugala+Maladies&source=bl&ots=Mnbbch-F3v&sig=Acfu3u0e4hoclczphbq6yfu83exz2nnda&hl=ro&sa=X&ved=2ahukewj6-M2oyibgahuvssqkxvkdrgq6aewcnoecayqaq#v=onepage&q=Maria%20i%20de%20portugala%20maladies&f=false>
13. P. Hillemand, A Propos de la Mort D` Henriette D` Angleterre, Madame , Duchesse D` Orleans, From
https://www.google.ro/search?source=hp&ei=Pa5jxncuoayaepkitgj&q=L+Autopsie+De+Marie+Henriette+D+Angleterre&btnk=C%4%83utare+Google&oq=L+Autopsie+De+Marie+Henriette+D+Angleterre&gs_l=Psy-Ab.3...1973.17390..17884...1.0..0.200.3731.37j5j1.....0....1..Gws-Wiz.....0..0i131j0j0i10j0i13j0i13i10.Bi5ivfvz4ee
14. Catherine Gravet, Don Carlos, Philippe Ii Et Escorial, From
https://www.google.ro/search?biw=1196&bih=642&ei=N7nkhxohuecpswqk36adwdw&q=Don+Carlos+Epilepsi&oq=Don+Carlos+Epilepsi&gs_l=Psy-Ab.3...26128.33093..34506...0.0..0.86.2326.34.....0....1..Gws-Wiz.....0i8i30j0i7i30j0i8i7i30j0i7i5i10i30j0i30j0i8i10i30.Tivvhrfts4
15. Ruben Garcia, Portugal Tambien Tuvo Su Reina Loca, 28/08/2014,
[http://www.ocesaronada.net/portugal-tambien-tuvo-su-reina-loca/;](http://www.ocesaronada.net/portugal-tambien-tuvo-su-reina-loca/)
https://en.wikipedia.org/wiki/Maria_I_of_Portugal
16. Abdul Nasser Kaadan, Mahmud Anguini, Aleppo Universty, Who Discovered Hemophilia?
https://www.google.ro/search?q=12.%09https://ro.wikipedia.org/wiki/Hemofilie&ei=Lbhkxqnqimvvnwqlqt6-Gdw&start=10&sa=N&ved=0ahukewiarj64sojgahxlzlkherbc_Qq8tmdciub&biw=1196&bih=642; <http://plume-dhistoire.fr/La-Sante-Desastreuse-Dalexandra-Feodorovna-De-Russie/>
17. P. Strike, S.A, Henry VIII, Mcleod Syndrome and Jaquetta`S Curse, J.R. Coll Pysician Edind,2013,
https://www.google.ro/search?q=Sindrom+Mc+Leod&ei=Ir9sxxw1bo_Drgsuoovgdw&start=10&sa=N&ved=0ahukewiloqkz2pfgahxvoyskhs7ravwq8tmdciyb&biw=1196&bih=642https://en.wikipedia.org/wiki/Mcleod_Syndrome
18. Emily Sohn, King Henry VIII` S Healt Problems Explained, 3/11/2011
http://www.nbcnews.com/id/42041766/ns/Technology_And_Science-Science/T/King-Henry-Viiis-Health-Problems-Explained/#.Xeq87cxs_Cc
19. Porphyria in The Royal Houses of Stuart, Hanover And Prusia, I. Macalpine, S.A,
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1984936/;](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1984936/)
<https://www.google.ro/search?q=King+George+I+Of+England&sa=X&ved=2ahukewikvjntojgahukduwkhfe3dlq4chdvaigcegqibhad&biw=1196&bih=642>
20. Universita di Pisa, Paleopatologia, Progetto Medici,
<http://www.paleopatologia.it/Attivita/Pagina.php?Recordid=6>
21. Bolile Si Istoria, Frederickcartwright, Michael Biddis, Ed. Bic. All, Bucuresti 2005
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2789029/> Articles From Journal of The Royal Society of Medicine Are Provided Here Courtesy of Royal Society of Medicine Press
22. <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/mcleod-neuroacanthocytosis-syndrome>
23. <https://academic.oup.com/rheumatology/article/42/3/484/1784306>
24. <http://boowiki.info/art/ne-en-1661/charles-ii-d-espagne.html>
25. https://www.researchgate.net/publication/51605333_King_George_III_and_porphyria_A_clinical_re-examination_of_the_historical_evidence
26. <http://1henry6.wikidot.com/king-henry-vi-history>
27. https://fr.wikisource.org/wiki/La_Folie_de_Charles_VI,_roi_de_France
28. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Charles_VI_\(roi_de_France\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Charles_VI_(roi_de_France))

LOUCURA E ESCRAVATURA

Romero Bandeira^{15*}; Ana Mafalda Reis^{12**}; Isa João Silva^{35***};
Sara Gandra^{45****}; Rui Ponce Leão^{*****}

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto-ICBS; Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20;

²Hospital Pedro Hispano; ³Hospital de Cascais; ⁴Hospital de Santo António, Porto;

⁵UEIFIS/ BVSPCova ⁵Hospital de Santa Maria do Porto

*Professor Agregado; Diretor UEIFIS; ** Professora universitária, Médica Chefe de Serviço de Neurorradiologia; *** Médica Interna de Formação Específica em Medicina Interna, membro UEIFIS; **** Enfermeira Especialista em Cuidados Intensivos, membro UEIFIS; ***** Médico

Email:ueifis.pr@gmail.com

Resumo

A relação biunívoca entre a Loucura e a Escravatura - esta como estigma abjecto e deletério face à Humanidade - tornam-nas indissociáveis, na medida em que o pobre escravo era quantas vezes atingido por doença mental e indizível sofrimento psíquico, mas também e fundamentalmente, porque a mente pervertida dos escravizadores, de torpe sensibilidade e unicamente balizada pelo estigma do lucro, os levou à feitura das maiores atrocidades, nos domínios físico, mental e moral.

No espaço e no tempo, compreendidos entre a Conquista de Ceuta passando pelo Acto Abolicionista de 1854, mas espalhando-se até aos finais do século XIX, os autores estudam alguns tipos de patologia, aguda e crónica das quais padeciam os escravos de origem Africana. Na dolorosa problemática da Escravatura, não podemos deixar de relevar negativamente a acção do Infante D. Henrique, mas, e, sobretudo a postura execrável do Rei Leopoldo II da Bélgica (1835-1909), face ao dito “Estado Livre do Congo”.

Porém, não esqueçamos que, ainda hoje e lamentavelmente, a Escravatura nos seus aspectos polifacetados continua a existir, como facilmente podemos aquilatar, face à dramática travessia do Mediterrâneo, quando inúmeros Africanos pretendem atingir e fixar-se, a todo o transe, na Europa.

Palavras-chave: Loucura, Escravatura, Doença, Descobrimientos, África

Abstract

The biunivocal relation between Madness and Slavery - as an abject and deleterious stigma against Mankind - makes them inseparable, inasmuch as the poor slave was as often struck by mental illness and unspeakable psychic suffering, but also and fundamentally because the perverted mind of the enslavers, of awkward sensibility and solely marked by the stigma of profit, led them to the greatest atrocities in the physical, mental and moral realms.

In space and time, between the Conquest of Ceuta passing through the Abolitionist Act of 1854, but spreading until the end of the 19th century, the authors study some types of pathology, acute and chronic suffering from the slaves of African origin. In the painful problem of Slavery, we can not but neglect the action of Prince Henry, but, above all, the execrable stance of King Leopold II of Belgium (1835-1909), in the face of the so-called Free Congo State.

But let us not forget that, still today and unfortunately, slavery in its multifaceted aspects continues to exist, as we can easily estimate, in view of the dramatic crossing of the Mediterranean, when countless Africans aim to attain and settle, at every turn, in Europe.

Key Words: Madness, Slavery, Illness, Discoveries, Africa

1.Introdução

Os conceitos de Loucura e Escravatura embora sejam do domínio comum, sofreram alterações através do tempo.

Assim, podemos extrair dos livros clássicos a seguir citados, Piéron (1951) Garnier et al. (2018) e Lemos (1906) as definições seguintes que hoje são consensualmente aceites.

“folie - Trouble mental, quelle qu'en soit la nature. Plus particulièrement, trouble de l'esprit s'accompagnant de conceptions délirantes et d'un comportement étrange.

S. V. alterne, communiquée, á double forme, du doute, à éclipses, homicide, lucide, morale, raisonnée.” (Piéron 1951)

“FOLIE, s.f. (lat. Follis, soufflet, ballon plein de vent, pris dans le sens figuré de tête vide) (angl. **Insanity**). Syn. *psychose*. Ce terme n'est pas plus utilisé, remplacé par celui de maladie mentale. (Garnier et al.2018)

Escravo (do b. lat. *sclavus*), adj. e s. m. Que está sob o poder e dependencia absoluta de um senhor, que vive em estado de absoluta servidão. (Differe do servo, por não ser considerado pessoa e sim coisa, por não ter a menor parte dos lucros da propriedade em que trabalha, por a sua vida estar á mercê da vontade do senhor (que n'algum tempo) tinha o direito de vida e morte sobre elle, por não ter em fim direitos alguns tanto em relação ás pessoas como ás coisas). Fig. Servo; domestico, serviçal, (Lemos 1906) – Fig. 1.

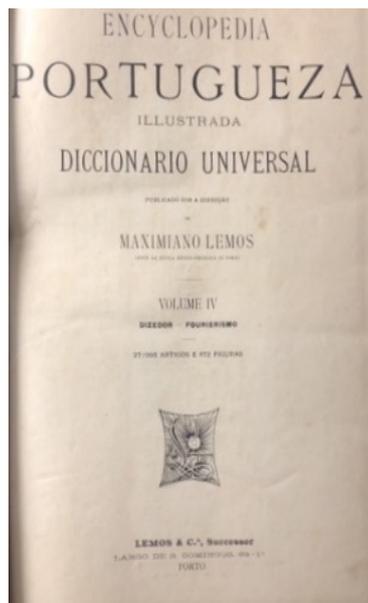


Figura 1. Volume da Encyclopédia Portuguesa dirigida por Maximiano Lemos

A relação biunívoca entre a Loucura e a Escravatura - esta como estigma abjecto e deletério face à Humanidade - tornam-nas indissociáveis, na medida em que o pobre escravo era quantas vezes atingido por doença mental e indizível sofrimento psíquico, mas também e fundamentalmente, porque a mente pervertida dos escravizadores, de torpe sensibilidade e unicamente balizada pelo estigma do lucro, os levou à feitura das maiores atrocidades, nos domínios físico, mental e moral.

No espaço e no tempo, compreendidos entre a Conquista de Ceuta passando pelo Acto Abolicionista de 1854, mas espalhando-se até aos finais do século XIX, os autores estudam alguns tipos de patologia, aguda e crónica das quais padeciam os escravos de origem Africana.

Na dolorosa problemática da Escravatura, não podemos deixar de relevar negativamente a acção do Infante D. Henrique, mas, e, sobretudo a postura execrável do Rei Leopoldo II da Bélgica (1835-1909), face ao dito “Estado Livre do Congo”.

Os autores conscientes da gravidade desta problemática e com o intuito de sensibilizar os interessados no sentido da pesquisa deste tema, hoje e cada vez mais actual optaram por uma apresentação iconográfica de dados e factos obtidos noutras publicações com o sentido evidente de que não valeria a pena dizer por palavras de sua lavra aquilo que outros disseram muito explicitamente e bem procurando, não fazer deste jeito, um puro exercício semântico, que poderá ser muito interessante, mas que nada aporta ao assunto ao em termos de originalidade e especificidade.

O assunto sobre o qual versa o trabalho é duma magnitude não cognoscível, e, qualquer pessoa ou investigador que tiver a veleidade de sobre ele pretender lançar uma visão ciclópica, acabará por se sentir completamente frustrado, na medida em que este nosso tema pode sempre ser analisado sob uma panorâmica diferente.

Assim os autores bipolarizam o seu trabalho em alguns aspectos do Esclavagismo na África Portuguesa e Brasil, *versus* o Esclavagismo no Estado Livre do Congo nos Séc. XIX e XX.

Porém sabem os autores que existe uma multitude de tipos de escravatura, como por exemplo a Escravatura Branca Irlandesa, bem como as mais de 130.000 crianças que podem morrer de malnutrição em 2020 em virtude da crise sanitária, segundo o artigo da autoria de Aurélie Haroche publicado no JIM (Journal International de Médecine) em 29.7.2020.

Esclavagismo na África portuguesa e Brasil

Oliveira Martins (1947), que na sua obra *Os filhos de D. João I* (pag 226-229) nos transmite-nos os passos primeiros da dolorosa odisseia da Escravatura provinda de Além-Mar. Quando lhe damos a palavra, através dos seus escritos, claros e objectivos, eivados de sensibilidade, mas sempre dum grande rigor, ficamos impregnados de ideias exactas, como no caso vertente:

“Pag 226 - ”Na praia de Lagos, o infante a cavalo presidia ao desembarque e à partilha. O campo em volta escurecia com a gente apinhada para assistir ao estranho espectáculo; e o ar cortado pelos gemidos dos miseráveis corria, levando a notícia do grande facto que se consumava. Os cativos desciam dos batéis sobre a praia, onde ficavam como manadas de gado. «Entre elles havia alguns de razoada brancura, formosos e apostos, outros menos brancos, querendo similhar pardos; outros tão negros como etíopes e tão desaffeitados, assim na cara como nos corpos, que quasi parecia aos homens que os guardavam que viam as imagens do hemispherio mais baixo» (419). Eram azenegues: não se chegara ainda à região dos jolofos e mandingas do Senegal; explorara-se a zona extrema das raças brancas da África do norte, em que elas começam a aparecer cruzadas, sem todavia, produzirem ainda o tipo negróide da Senegâmbia, transição para a negricia plenamente caracterizada na Guiné. «Uns tinham as caras baixas e os rostos lavados em lágrimas, olhando uns contra os outros; outros estavam gemendo mui dolorosamente, esguardando a altura dos Céus, firmando os olhos em elles, bradando altamente como se pedissem socorro ao padre da natureza; outros feriam seu rosto com suas palmas lançando-se tendidos em meio do chão; outros faziam suas lamentações em maneira de canto» (420). Arregimentados na praia, o infante a cavalo passava-lhes revista: aquele dia desforrava-o de Tânger! Se fora vencido pelos homens, vencia a Natureza: porque esse rebanho de bípedes, com aspecto humano, não lhe fazia bem o efeito de gente. Além da cor, não conheciam Deus. Tinham na alma a mesma escuridão da pele. Também as ovelhas baliavam e os bois mugiam, com vozes de enternecer as pedras... Mas, como tinha o coração de bronze, o infante seguia adiante, mandando proceder à repartição do gado humano. «Começaram de os apartar uns dos outros a fim de porem seus (410) Azurara, Conq. da Guiné, xxv. (420) Ibid.



Figura 2. Capa do livro de J.P. Oliveira Martins, *Os filhos de D. João I*

E mais adiante podemos continuar a ler, “Pag 227 - Os tratos da Guiné quinhões em igualeza, onde convinha de necessidade de se apartarem os filhos dos padres, as mulheres dos maridos e uns irmãos dos outros. A amigos nem a parentes não se guardava nenhuma lei: sómente cada um caía onde a sorte o levava» (421). Tiravam-nos a dados, para não haver queixa na partilha, e a crueldade do acaso vitimava os infelizes, cujo murmúrio de lamentações se tornava de repente numa explosão de choro desesperado ao verem que o «padre ficava em Lagos, a madre traziam para Lisboa, e os filhos para outra parte» (422). Dos quarenta e seis cativos que à sorte couberam ao infante, pelo seu quinto, «muy breve fez d'elles sua partilha» pois na satisfação da vontade punha a mira da riqueza; e o cronista acrescenta piedosamente: «Ora vede que galardão deve ser o do infante ante a presença do Senhor Deus, por trazer assim á verdadeira salvação, não sómente estes, mas outros muitos que ao diante n'esta historia podeis achar l» (423). Com efeito, no espírito do tempo, ainda o motivo proselítico da tradição, predominava sobre o motivo nascente da cobiça que veio a tornar-se exclusivo, como era de sua natureza, no tráfico dos escravos e na escravidão colonial; e a consciência religiosa, achando na salvação eterna a sanção da desumanidade, instintivamente condenada, influía para moderar a crueza. O cronista afirma que, baptizados todos, nunca a nenhum deles se puseram ferros. Mas depois chegou-se a marcá-los a fogo, como bestas. Sobre a praia, o infante armou cavaleiro a Lançarote.

Esta caça de espécie nova, incomparavelmente mais produtiva, desvairou o juízo à gente algarvia. Gonçalo de Cintra partiu logo (1445), mas, dando o nome à sua angra, morreu assassinado pelos a.zenegues da ilha de Arguim: a maré vazava, o batel ficou em seco, os bárbaros trucidaram-no (424). No mesmo ano vão a salvamento ao rio do Oiro, Antão Gonçalves, Gomes Pires e Diogo Afonso; depois Nuno Tristão, e a final Dinis Dias, que prossegue avante, (421) Azurara, Conq. da Guiné, xxv (422) Ibid., xxvi (423) Ibid., xxvi (424) Ibid., xxvii”

“pag 228 - até Cabo Verde, em cheio na terra dos jolofos (425). Como se vê, o movimento acelerava-se, desde 1439 ou 1440, data da primeira viagem de Antão Gonçalves. Com este

período em que a exploração africana tomava calor, realizando as previsões do infante, coincidia a crise da regência pela morte de D. Duarte, conforme contaremos depois; e compreende-se como por incúria D. Henrique deixou que a luta entre D. Pedro e o conde de Barcelos chegasse ao ponto de ter de liquidar-se em Alfarrobeira, numa tragédia. A cobiça e a ambição do conde de Barcelos, o génio ordenado e justo do infante D. Pedro, haviam de parecer-lhe coisas mesquinhas para a sua alucinação, como lhe parecia decerto mesquinho o Reino perante a vastidão do mundo que via abrir-se-lhe. De Portugal só queria barcos, mareantes e dinheiro para expedições; e tudo isso obter-se-ia melhor de um rei criança e assomado, regido por fidalgos ávidos, cuja avidez tinha a certeza de saciar, do que de um regente discreto e sábio. Compreende-se, pois, também, como deixou que o vitimassem. Lançarote, cavaleiro engrandecido com o êxito da viagem de 1445, desde logo planeou outra empresa maior. Casara corri a filha de Soeiro da Costa, alcaide de Lagos, homem nobre, criado de moço na câmara de el-rei D. Duarte, que estivera na batalha de Monvedro (1412) com el-rei D. Fernando de Aragão (pai da rainha D. Leonor) contra os de Valença; depois do cerco de Balaguer (1413), onde ficou prisioneiro o conde de Urgel (pai da infanta D. Isabel, mulher de D. Pedro) ; que antes fora com Ladislau de Nápoles na entrada de Roma (1404) para sufocar a insurreição contra Inocência VII; e com o conde de Provença, Luis II (1409-12) aliado ao Malatesta e ao legado de Bolonha, Baltazar Cossa; que combatera em Azincourt (1415) em Valmont, achando-se com o conde de Foix na batalha de Monseguro, na tornada de Soissons (1410-11), no cerco de Arrás (1414), e finalmente com D. João I em Ceuta. Era o personagem mais importante do Algarve, carregado de anos e de batalhas, árvore da gente guerreira antiga, na qual, pelo casamento da filha, se enxertava a nobreza nova da navegação e do comércio, iniciada por Lançarote, o inquieto aventureiro. Em 1447, D. Henrique tivera de deixar o Algarve para ir de fuga a Coimbra acudir ao chamamento de D. Pedro que, banido (425) Azurara, Conq. da Guiné, xxix, xxx, xxxi.

“pag 229 - da Corte, entrevista já o fim desgraçado que lhe preparavam. Lançarote ficou organizando a companhia e a expedição. No sindicato entrava toda a gente do Algarve: Soeiro da Costa, Álvaro de Freitas, comendador de Aljezur, da ordem de Santiago; Gomes Pires, patrão de el-rei; Rodrigo Fanes de Travassos, criado do infante D. Pedro, escudeiro mui ardido, e outros mais. O requerimento da concessão a D. Henrique fora feito por Lançarote, almoxarife de Lagos, juntamente com os juizes, alcaides e oficiais da vereação da vila (426) Lagos, segundo se vê, precedia o que depois fizeram os senados de Londres e Amsterdam, quando se constituíam em empresas armadoras de exploração colonial. A frota de Lagos, saída a 10 de Agosto, era a maior que até então se armara: iam quatorze caravelas; e estas se haviam de juntar na ilha de Tider, em Arguira, mais doze equipadas em Lisboa e na, Madeira. Dinis Dias e Nuno Tristão, o que em 1443 fora pela primeira vez ao Cabo Branco e à ilha de Arguim, centro do resgate do Senegal e do Gâmbia (427), levavam uma caravela; Alvaro Gonçalves de Ataide, aio de el-rei, e que depois foi conde de Atouguia, levava outra; outra, João Gonçalves Zarco, o descobridor da Madeira; assim por diante até vinte e seis, fora a fusta de Palenco. O infante dera a Lançarote a bandeira da Cruzada, a cuja sombra todos os que morressem «eram absoltos de culpa e pena, segundo o outorgamento do Santo Padre (428)» A piedade cristã conspurcava-se de tal modo, a ponto de copiar o islamismo grosseiro.”

Como diz, e bem, Oliveira Martins (1947), o Infante D. Henrique “tinha o coração de bronze”. Exemplo disso deu-o várias vezes, sendo paradigmática a sua postura, quer face ao cativo do seu irmão o Infante D. Fernando, quer ainda em relação a catástrofe de Alfarrobeira, a 30 de maio de 1449, tendo ficado insepulto durante três dias o corpo de seu irmão, o Infante D. Pedro; os factos acima narrados não lhe causaram grande “mossa psíquica” pelo menos quanto aos contornos de que se revestiram e que sejam do nosso conhecimento.

E não se traga à colacção que os tempos eram outros, que hà que entender o modo de ser e de estar dado serem *sui géneris*, face á época em que estes acontecimentos tiveram lugar.



Figura 3. Capa da obra de J.P. Oliveira Martins *A Vida de Nun'Alvares*

Até porque e citando Oliveira Martins (1893) – Fig. 3, em *A Vida de Nun'Alvares* aquele refere a nobilíssima postura deste em 1384 aquando da morte de seu irmão Fernand'Alvares ocorrida na tentativa para a tomada de Vila Viçosa e que a seguir transcrevemos:

“Pag 207 - bolia uma folha, não luzia uma luz, não soava um murmúrio. Era uma calada mortal. Apenas, lá para os lados de Castella, o eco começava a ganhar um tom de aço... Pé ante pé, Fernand'alvares e Alvaro Coitado, foram contra a porta que os esperava aberta, como urna goela negra de sombra. Por cima da quadra abobadada havia uma torre, e na abobada uma grande boca aberta para o alto... Mas em cima nada bolia. Ninguém os esperava para os esmagar, lançando-lhes pedras ou lume... Pé ante pé, olhando para a abobada e para a sua boca negra, avançavam os dois. De repente ouviu-se um ranger áspero, e despenhou-se uma lage que tombou em cheio sobre Fernand'alvares, escachando-lhe com o bacinete a cabeça e estendendo-o morto, a elle e a um escudeiro que o seguia. - Castilla ! Castilla! gritaram logo dentro; e com a luz do dia que começava, aparecia a mó do povo em tumulto, cercando e prendendo o Coitado, ferido por um estilhaço da lage. Nun'alvares correu a pé para investir, mas a sua gente agarrou-o á força. Sucumbido, retirou para Borba, com as viboras do remorso a morder-lhe o peito. Fôra o roubo das armas de Portel! Deus punia logo os peccados. A virtude e a candidez d'alma eram condições indispensáveis ao exito. Pobre desgraçado!.. De Borba, mandou pedir o cadáver do irmão, e, chorando, enterrou-o em S. Francisco de Estremoz. ' Ainda voltou contra Villa-Viçosa, e poz-lhe cerco, mas nada conseguiu; 2 apenas obteve libertar o Coitado, roubando-o, n`uma embuscada, á escolta que o levava a Olivença, caminho de Castella. 3 D'ahi veio a Elvas, de Elvas a Lisboa, com uma guerrilha de sessenta mulas, gente armada de cotas e braçaes. Em Lisboa soube como se apromptavam para cair sobre. Chron. do Condestabre, xxxviii 2 *ibid.*, xxxix; Lopes. Chron., CLXXII, xl”

Não podemos evocar aqui o panegirico de uma época remota, pois que se por um lado o Infante D. Henrique nos é apresentado por Oliveira Martins (1947) como “casto e abstmio, soldado e sacerdote dessa religião que despontava nos alvares da Renascença” não pode igualmente ser dissociada da postura do escravagista oriundo da mais alta Nobreza do Reino. Germano de Sousa (2019) na sua comunicação intitulada “A doença a bordo das naus da carreira da Índia” por ocasião das jornadas subordinadas ao título Rotas das Aromáticas em Proença-a-Nova são as elencadas nos quadros anexos, nºs 1 e 2.



Quadro 1. e Quadro 2.
Germano de Sousa, “A doença a bordo das naus da carreira da Índia”

Todo este calvário de “entidades nosológicas” obviamente além de outras mais foi sofrido pelos pobres escravos de origem africana; como exemplo há que relevar o chamado “mal-do-bicho” doença que foi primorosamente tratada por Frada (2004), e sobre a qual extratamos: “Descrita por todos os seus investigadores e tratadistas como uma anorrectite úlcero-gangrenosa complicada frequentemente de prolapso rectal e, ocasionalmente agravada por miíase, a doença, segundo varias fontes históricas, é conhecida desde há séculos”

José Capela (2002) dá-nos no seu livro “O Tráfico de Escravos nos Portos de Moçambique” uma quadro relevante e sinistro do sofrimento apresentado pelos escravizados aquando do seu transporte para o Brasil a partir de Moçambique. Dele podemos ler a págs 263 “O Passadio dos Escravos valentes, vigorosos, e robustos» no início da viagem para o cativo e, simultaneamente, da grande mortandade que os aguardava quer nas concentrações antes do embarque quer na viagem marítima. No mapa anterior vemos que dos escravos adquiridos, antes do embarque, até ao desembarque nos portos do Brasil, morreu mais de metade. A estes haveria que somar os que ficaram pelo caminho até ao porto de embarque. A lista mais sistematizada de doenças que afectavam os escravos é a de Oliveira Mendes. Divide-as em agudas e crónicas. Das agudas são principais: i) grandes e repentinas febres, semelhantes às perniciosas, que matavam em poucos dias e eram conhecidas por «carneiradas». Surgiam nas passagens do Inverno, para o Verão e do Verão para o Inverno pelo que havia duas carneiradas no ano. ii) as hemorragias, o «mal de Luanda» que muito acometia a escravatura. Deve tratar-se da «cheringose» da costa oriental. iii) o «bicho», ou corrupção intestinal, «que se dá a conhecer pelo mau cheiro que tem, o quarto em que está o enfermo». iv) «infinitas constipações e as frequentíssimas e veementes tosses, as quais têm o seu princípio nos efeitos da cacimba». v) bexigas e sarampo. As crónicas: i) O «banzo»: «ressentimento entranhado» pela saudade, pela ingratidão ou aleivosia, pelo mau trato «e tudo aquilo que pode melancolizar». «É uma paixão da alma, a que se entregam, que só é extinta com a morte». ii) a sarna. iii) o escorobuto. Para o experimentado capitão Brugevin, o banzo

é simplesmente resultado de um mal entendido. Os ajuas deixavam-se morrer porque lhes tinham inculcado desde a infância a ideia de que os brancos os iam buscar para os comer e lhes beber o sangue⁴¹. A cheringose, para o mesmo capitão Brugevin, era uma espécie de desinteria, mas diferente da que se verificava na costa da Guiné. Tornava-se pútrida e, em pouco tempo, epidémica e incurável. Muito poucos escapavam. O capitão deu-se à curiosidade de abrir cadáveres e examinar os intestinos das vítimas. Sendo um daqueles que menos perdas tinha tido nas suas carregações anteriores, não obstante essas perdas chegaram a atingir a quarta parte...”

Não se pense porém que toda esta temática não havia já merecido profunda reflexão e cuidado por parte dos órgãos do Estado e das academias científicas. Assim Luís Mendes (1812) apresenta uma memória à Academia Real das Ciências de Lisboa conforme adiante referenciamos, designadamente acerca dos sintomas e doenças agudas e crónicas sofridas pelos escravos em transporte da África para o Brasil

“Memória a respeito dos escravos e tráfico da escravatura entre a costa d’África e o Brasil (1812). Luis António de Oliveira Mendes (Memória. paginas 21, 22 e 23)

Discurso acadêmico ao programa Determinar com todos os seus sintomas as doenças agudas e crónicas, que mais frequentemente acometem os pretos recém-tirados da África: examinando as causas da sua mortandade depois da sua chegada ao Brasil: se talvez a mudança do clima, se a vida mais laboriosa, ou se alguns outros motivos concorrem para tanto estrago: e finalmente indicar os métodos mais apropriados para evitá-lo, prevenindo-o e curando-o. Tudo isto deduzido da experiência mais sisuda, e fiel. “

Finalmente, consultamos outra vez Oliveira Martins (1953) que se interessou extraordinariamente por esta temática, tendo escalpelizado a sua vária etiologia e bem assim as suas consequências publicando no livro “O Brasil e as colónias Portuguezas” (fig.6) um estudo desenvolvido em que nos transmite a sua opinião desassomburada e do qual transcrevemos: “1. O tráfico da escravatura. “Pag 56 - Os assucars do Brazil e de Cuba, livres da concorrência da Jamaica e das outras ilhas inglezas, attingiam rendosos preços; e a ruína em casa correspondia a opulencia estranha. Impedir a immigração de negros nas colónias portuguezas e hespanholas era, assim, destruir a força de concorrentes perigosos. Sem poder impôr abertamente a abolição da escravidão nas colónias peninsulares, meio que radicalmente satisfaria a humanidade e o interesse próprio, os inglezes limitaram-se a exigir a prohibição do trafico, e obtida ella, inauguraram o curso aos negreiros. Esta medida não satisfazia o interesse, porque o risco apenas conseguia elevar o preço do escravo na America e engrossar o lucro do armador; ao passo que a condição do negro peiorava. Antes podia-se regulamentar e fiscalisar um commercio licito; agora, esse commercio era um contrabando, e os carregamentos de escravos, já por serem feitos a furto, já porque o negocio se tornara uma loteria, foram um espectáculo repugnante, cruel, uma vergonha para a humanidade. ¹ O trafico só podia acabar quando a escravidão fosse abolida por todas as Nações coloniais da Europa.”

“Estatística das colónias. Pags 172/173. Tal como os erros da politica portugueza o fizeram, Moçambique só na desnacionalização tem, como a India, o futuro. Os factos provam esta opinião, mostrando-nos que o fomento do seu commercio exprime um afastamento que não é menos real, por não ser acompanhado pela alienação do domínio politico. 4. — Passando á costa occidental, em Angola a supressão do trafico dos negros, a prohibição do *serviço* feudal dos *carregadores*, e até certo ponto a abolição da escravidão deram á colónia uma feição nova que a navegação do Quanza, facilitando os transportes do sertão e as carreiras regulares marítimas com a Metropole.”

1 Eis aqui os numeros que demonstram as afirmações feitas: (V. Molinari *Esclavage*, no *Dicc. Econ. polit.*

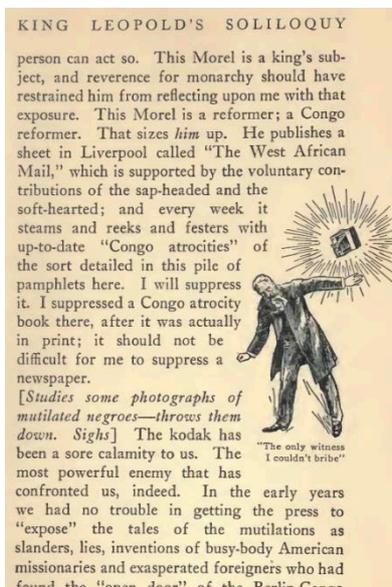
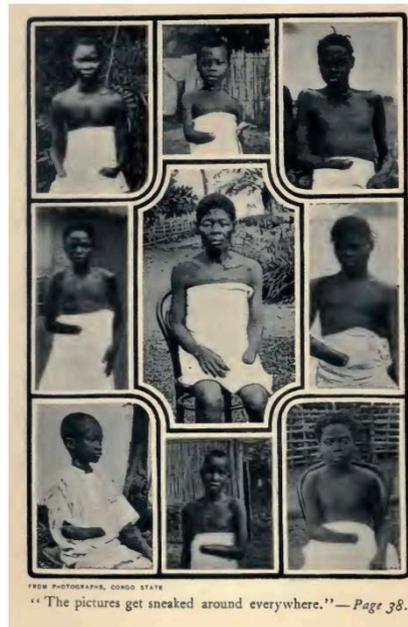
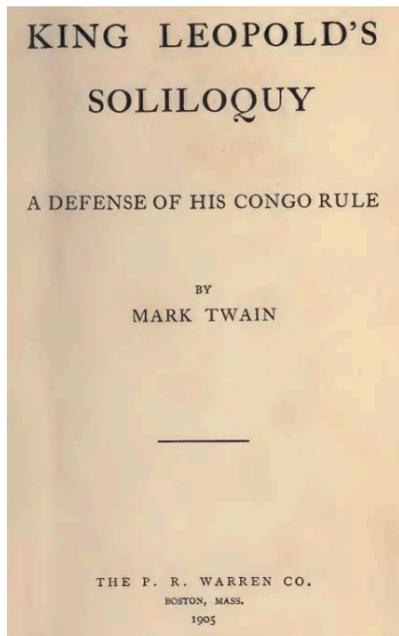
I Exportação de escravos, de 1807 ao estabelecimento dos cruzeiros (19)

Para o Brazil.....	680:000	}	2.194:000
• as colon. hesp....	615:000		
• outros pontos.....	562:000		
Perda em viagem.....	337:000		
II Idem, desde 1819 a 1847			} 4.952:000
Para o Brazil.....	1.122:000		
• as colon. hesp....	831:000	} 2.758:000	
Perda em viagem.....	688:000		
Capturados.....	117:000		

Figura 4. O Brazil e as Colónias Portuguezas, p. 57

Esclavagismo no Estado Livre do Congo

A sinistra personalidade que foi o Rei Leopold II da Bélgica é abordada por Mark Twain (1905). Do seu *King Leopold's soliloquy*, compilamos: "This Morei is a king's suli-ject, restrained him from reflecting upon me with that and reverente for monarchy should have exposure. This Morei is a rcfornner; a Congo reformei.. That sizes h im up.. He publishes a sheet in Liverpool called "The West Affican Mail," which is supported by the voluntary con-tributions of the sap-headed and the soft-hearted; and every week it steams and reeks and festers ith up-to-date "Congo atrocities" of the soft detailed in this pile of -5» pamphlets here. 1 will suppress it. I suppressed a Congo atrocity book there, after it was actually in print; it should not be difficult for rue to suppress a newspaper. [Studies some photographs of mutilated negroes—throws them down. Sighs] The kodak has been a sore calamity to 125. The most powerful enemy that has confronted us, indeed." O texto do original é o seguinte sendo de realçar neste volume as figuras:



Figuras 5 a 8. Páginas e figuras da obra *King Leopold's soliloquy*

Doyle (1909) escreveu um livro intitulado "The Crime of the Congo". Nele aborda de uma forma incisiva a acção profundamente deletéria de Leopoldo II chamando de uma forma clara a atenção para um sistema organizado de opressão, pilhagem e massacre, obviamente tudo isto em ultima análise devidamente monitorizado e validado por Leopoldo II.

Dado o seu interesse salientamos: "Pag. 50 - edged securities rose to such a height when Manager Lothaire taught the natives what a minister in the Belgian House described as the Christian law of work. He did his best for the company, and he did his best for himself, for he had a three per cent. commission upon the rubber. Why he should be chosen among all his fellow-murderers is hard to explain but it was so, and he found himself at Boma with a sentence of twenty years. On appealing, this was reduced to fifteen years, which experience has shown to mean in practice two or three. The interesting point of his trial, however, is that his appeal, and the consequent decrease of sentence which justified that appeal, were

based upon the claim that the Government was cognisant of the murderous raids, and that the Government soldiers were used to effect them. The points brought out by the trial were:

- 1.The existence of a system of organized oppression, plunder, and massacre, in order to increase the output of india-rubber for the benefit of a "company,' which is only a covering name for the government itself.

- 2.That the local authorities of the government are cognisant, and participatory in this system.

- 3.That local officials of the government engage in these rubber raids, and that government troops are regularly employed there on.

- 4.That the judicature is powerless to place the real responsibility on the proper shoulders.

- 5.That, consequently, these atrocities will continue until the system itself is extirpated.

Caudron's Counsel Called For The Production Of Official Documents To Show How The Chain Of Responsibility Went, But The President Of The Appeal Court Refused It, Knowing As Clearly As We Do, That It Could Only Conduct To The Throne Itself.

One might ask how the details of this trial came to Europe when it is so seldom that anything leaks out from the Courts of Boma. The reason was that there lived in Boma a British coloured subject named Shamir, who was at the pains to attend the court day by day in order to preserve some record of the procedure. This he dispatched to Europe. The sequel is interesting. The man's trade, which was a very large one, was boycotted..."

A obra de Rappoport (1910) "Leopold the Second King of The Belgians" apresenta no Cap. XIX e ao longo de 14 paginas um libelo acusatório intitulado "The Congo Atrocities" onde se refere a pags 216 e 229 : "Pag 216 - I HAVE dwelt at some length on the detailed description of the Congolese laws, administrative and judicial, and on the organisation of the new Independent State. The reader will perceive that great care was being taken to cave appearances and to satisfy European public opinion. There were laws, and excellent laws in the Congo, of which Leopold II was the sovereign. Everywhere where European travellers were likely to set foot on Congolese soil these laws were strictly observed, the blacks were protected and were sure to find justice before the tribunals just as well as, say, in Egypt under English rule. From the preceding pages it will also be evident that Leopold II was morally responsible for the misrule of his agents and his representatives - he was the sole master of the Congo—and the excuse that he did not know what was going on was un idle one. In reality, however, all these laws and arrangements were only on paper. It is not my intention to dwell on the atrocities of the Congo. They have been frequently described. Suffice it to say that whilst Leopold pretended—when founding the Congo State – to create a new oasis of civilisation in the vast desert of African savagery and to carry the seeds..."

" Pag 229 - of colonial associations, colonial investigations, tropical hygiene, aid in creation of a colonial fleet, the making of cannon for colonial artillery). The issues of the domain are to be used for no objects but those of public utility—but this, as exemplated above, is not to be too narrowly interpreted." In Belgium the attitude towards the King in the meantime changed. In December, 1906, the question of the annexation of the Congo by the country was discussed in the Chamber, and after long negotiations the final annexation took place in February, 1909. France and Germany have recognised the transfer but England and the United States are waiting until the abuses have ceased."

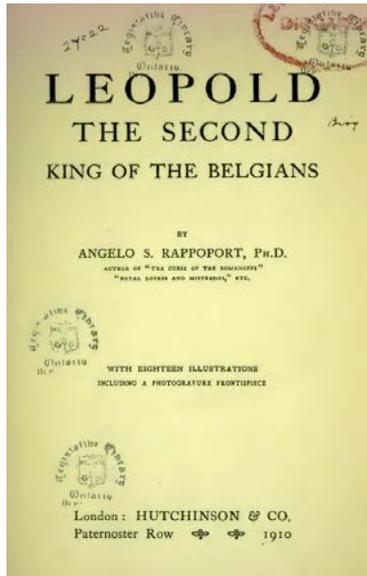


Figura 9. Obra de A. S. Rappoport. *Leopold. The second King of the belgians*

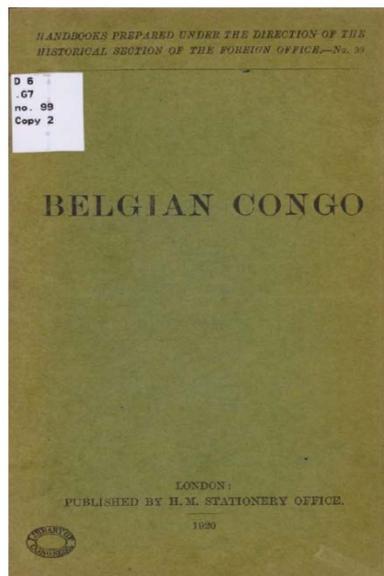


Figura 10. Obra *Belgian Congo*

Por sua vez o Foreign Office numa monografia, a nº 99 preparada sobre a direcção da sua secção histórica, subordinou ao título “Belgian Congo” faz um estudo aturado do País em causa, designadamente a nível económico, mas pondo “o dedo na ferida” e chamando a atenção para as condições de exaustão de “un peuple qui meurt”. “Pag 72 - (B) INDUSTRY (1) LABOUR The white man in the Congo State used to compel and now attempts to persuade the native to work. The labour demand affects the native in two ways ; it ma k..-3 serious calls upon his physical vigour and heavy inroads into kis time. Unless the employer supplements the native diet and arranges that there shall be sufficient native labour available for the necessary forest clearing and tillage., so as to ensure a harvest adequate to the needs of each village, he may involuntarily cause considerable suffering. The white man frequently makes excessive demands upon the natives to supply fool-stuffs for his own consumption or that of his labourers. A striking example occurred in the ease of the Baholoholo, a tribe to the west of Lake Tanganyika, whose fate is summarized in the phrase., tom. pett,_pic. qui Amur& Formerly they possessed large herds of cattle ; owing to the demands of the white men at a neighbouring post, these cattle ani now extinct.”

Mas não existe somente literatura em língua estrangeira acerca deste assunto candente. Temos uma excelente tradução do livro de Adam Hochschild (2001) que esclarece com toda a minudência as atrocidades praticadas por este individuo (Leopoldo II). Felizmente que houve personalidades como Edmund Morel, George Washington Williams e outros que denunciaram e lutaram activamente contra esta situação. Morel verifica por exemplo que no grande porto de Antuérpia os navios chegavam do Congo super carregados de borracha e marfim mas partiam com unidades militares não seguindo quaisquer mercadorias para Africa e que só havia uma explicação para o facto: o trabalho escravo. (Hochschild 2001).

Alguns execráveis resultados práticos

Norteando-nos pelo velho provérbio “uma imagem vale mais do que mil palavras” apresentamos uma série de matrizes devidamente legendadas e referenciadas que demonstram à saciedade o sofrimento profundo, em toda a sua plenitude de seres humanos que sentiram no seu corpo e na sua alma o Estigma da Escravidão.



Figuras 11 e 12. In: <https://nationalgeographic.sapo.pt/historia/actualidade/1006-o-trafico-negreiro-na-historia-dos-descobrimentos?start=1>



A descoberta de esqueletos com indícios de manietamento e sem a orientação tradicional de sepultamento foi a primeira prova de que o conjunto de esqueletos de Lagos incluía escravos.



Produzida quatro séculos depois do início do tráfico negreiro, esta gravura do século XIX destinava-se a sensibilizar o público para os horrores da escravatura. Gravura: Johan Moritz Rugendas, "Viagem pitoresca ao interior do Brasil".

Figuras 13 e 14. In:<https://nationalgeographic.sapo.pt/historia/actualidade/1006-o-trafico-negreiro-na-historia-dos-descobrimientos?start=1>



Fig. 15 (esq.). Dois jovens do Distrito do Equador. As mãos de Mola (sentado), atadas pelos soldados com excessivo aperto, foram destruídas pela gangrena. A mão direita de Yoka (de Pé) foi cortada por uns soldados que queriam dá-lo por morto
In: Hochschild (2001) *O Fantasma do Rei Leopoldo*

Fig. 16 (esq.). Nsala, do distrito de wala, contemplando a mão e o pé que foram cortados a sua filha Boali, de cinco anos, pela milícia da ABIR (Anglo-Belgiam India Rubber Company)
In: Hochschild (2001) *O Fantasma do Rei Leopoldo*



Fig. 17. Missionários Britânicos com homens que mostram mãos decepadas em 1904 a duas vítimas, chamadas Bolenge e Lingomo, pelos homens da milícia ABIR.
In: Hochschild (2001) *O Fantasma do Rei Leopoldo*



Fig. 18. O uso do chicote. Note-se no canto inferior esquerdo a cadeia metálica amontoada
In: Hochschild (2001) *O Fantasma do Rei Leopoldo*



Fig. 19. Mulheres reféns , mantidas sob custódia para que os maridos fossem colher borracha silvestre no interior da floresta Equatorial
In: Hochschild (2001) *O Fantasma do Rei Leopoldo*



Fig. 20. O reverendo William H. Sheppard, missionário presbiterano, explorador e primeiro estrangeiro que entrou na capital do reino Kuba. Os escritos em que Sheppard documentou a brutalidade do Estado do Congo fizeram dele objecto de julgamento em tribunal
In: Hochschild (2001) *O Fantasma do Rei Leopoldo*

Breves Reflexões Conclusivas

A escravatura nas suas múltiplas asserções e modalidades acompanha a Humanidade desde tempos imemoriais. Porém não deixa de ser execrável e não se tornam necessários grandes exercícios mentais em estratégia acurada e conseqüente táctica benfazeja para se concluir da necessidade imperiosa e absoluta de a neutralizar.

Os autores pretendem chamar a atenção que surdem, quando menos se espera, uns “Gestores da Humanidade” que alcandorando-se ao pedestal do Poder, tudo fazem para nele se manterem, reduzindo, sempre que necessário seja, os outros homens à Condição de Escravos.

A Escravatura, abominável, em todo e qualquer sentido em que a possamos analisar, gerou grandes movimentos, ao longo do tempo, tendencialmente orientados para sua neutralização. O caminho têm sido árduo, mas não podemos deixar de chamar a atenção para o facto que “Harvard abolishes “master” in titles in slavery row”, informação colhida na BBC News em 30.4.2019 através do Education correspondent, Sean Coughlan.

Concluimos, apresentando para consulta o documento intitulado Direitos Humanos e Saúde da DGSaúde de Portugal.

Harvard abolishes 'master' in titles in slavery row

By Sean Coughlan
Education correspondent

25 February 2016

f t e Share



Harvard University in the US is going to remove the word "master" from academic titles, after protests from students who claimed the title had echoes of slavery.

House masters, in charge of residential halls at the university, will become known as "faculty deans".

Harvard Law School is also deciding whether to change its official seal, because of links to slavery.

Direitos Humanos e Saúde

O sistema de tratados de direitos humanos das Nações Unidas reúne nove Pactos e Convenções que cobrem diversas áreas do direito internacional.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP), em vigor desde 1976, e seus dois Protocolos facultativos, e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), em vigor desde 1976, e o seu Protocolo facultativo, constituem em conjunto os documentos que compõem a Carta Internacional dos Direitos Humanos.

A estes 2 Pactos acrescem as seguintes Convenções:

- Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, em vigor desde 1969;
- Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, em vigor desde 1981;
- Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, em vigor desde 1987;
- Convenção sobre os Direitos da Criança, em vigor desde 1990;
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de crianças, prostituição e pornografia infantil, em vigor desde 2002;
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo ao envolvimento de crianças em conflitos armados, em vigor desde 2002;
- Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias, em vigor desde 2003;
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em vigor desde 2008;
- Convenção Internacional para a Proteção de todas as Pessoas Contra o Desaparecimento Forçado, em vigor desde 2010.

Todos estes documentos entraram em vigor na ordem jurídica portuguesa, com exceção da Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias.

Para além destes mecanismos de controlo estipulados em cada Pacto ou Convenção, as Nações Unidas possuem também um mecanismo intitulado Revisão Periódica Universal (RPU). A RPU é um mecanismo intergovernamental do Conselho de Direitos Humanos, de revisão pelos pares e com envolvimento de ONGs e de instituições nacionais de Direitos Humanos, criado em 2006, que procede à avaliação da situação de direitos humanos de todos os Estados membros das Nações Unidas a cada quatro anos.

O esforço de concertação interinstitucional na redação, submissão e defesa de todos estes relatórios levou à criação de uma Comissão Nacional para os Direitos Humanos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2010, de 8 de abril), que funciona na dependência do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Entre as competências da Comissão destaca-se a coordenação dos vários Ministérios, com vista, por um lado, à definição da posição nacional nos organismos internacionais de direitos humanos e, por outro, ao cumprimento por Portugal das obrigações decorrentes de instrumentos internacionais neste domínio.

A Comissão tem também por competência fomentar a produção e a divulgação de documentação sobre as boas práticas nacionais e internacionais nesta matéria e promover a divulgação e o conhecimento da temática dos direitos humanos.

Estão representados na Comissão os membros do Governo responsáveis pelas diferentes pastas ministeriais, incluindo a saúde. Compete à DGS fazer o acompanhamento técnico da redação dos relatórios e defesa perante os Comitês de Direitos Humanos na ONU.

A decisão de criar esta Comissão decorre do compromisso assumido pelo Governo no Conselho de Direitos Humanos, em Genebra, em 4 de Dezembro de 2009, por ocasião da apresentação do relatório sobre a situação global de direitos humanos em Portugal e o estado de cumprimento das nossas obrigações internacionais na matéria.

In: <https://www.dgs.pt/internacional1/temas/direitos-humanos-e-saude.aspx>

Bibliografia

- CAPELA, J. — *O tráfico de escravos nos portos de Moçambique*. Ed. Afrontamento. Porto, 2002.
- FRADA, J. — *O mal-do-bicho*. Ed. Sete Caminhos. Lisboa, 2004
- GARNIER, M. et al — *Dictionaire illustré des termes de médecine*. 32.^a ed., 2018
- HOCHSCHILD, A. — *O fantasma do rei Leopoldo*. Trad. Manuel Ruas. Lisboa: Ed Caminho, Lisboa, 2001.
- LEMOS, M. — *Enciclopédia portuguesa ilustrada*, vol IV. Porto: Lemos e C.^a Cuceiros. 1906
- MENDES, L. — Memória a respeito dos escravos e tráfico da escravatura entre a costa de África e o Brasil. In: *Memórias da Academia Real das Ciências de Lisboa*. Tomo IV. Lisboa, Tip Academia Real das Ciências de Lisboa, 1812, p. 7-50.
- OLIVEIRA-MARTINS, J.P. — *A vida de Nun'Álvares*. Lisboa: Ampereira, editor, 1893.
- OLIVEIRA-MARTINS, J.P. — *Os filhos de D. João I*. 7.^a Ed. Lisboa: Edições S.I.T., 1947
- OLIVEIRA-MARTINS, J.P. — *O Brasil e as colónias portuguesas* – 6.^a ed. Lisboa: Guimarães Editores, 1953.
- PIÉRON, M. — *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: Presses universitaires de France, 1951
- TWAIN, M. — *King Leopold's soliloquy*. 2th edition. Boston: Warren co.,1905.

Agradecimento

Os Autores agradecem ao Exmo Sr. Mário Ferreira, 2º Comandante dos BVS Pedro da Cova pela colaboração e muito empenhamento prestados na elaboração deste manuscrito.

**X CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
X INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

**II Simposium Internacional Mulheres e Loucura
II Internacional Symposium Women and Madness**

Coimbra, Portugal, 6-8 Maio/may, 2019



Manicómio Sena — Coimbra

Local/Venue: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra. Coordenadas GPS: 40.219679, -8.4181

Organização e apoios científicos e institucionais (em construção)

SHIS



**X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria
e Saúde Mental**

**X International Congress on the History of Madness,
Psychiatry and Mental Health**

**II Simposium Internacional Mulheres e Loucura
II International Symposium Women and Madness**

**6-8 de maio 2018 / 6-8 May 2018
Universidade de Coimbra
Portugal**

PROGRAMA / PROGRAM

6 DE MAIO / 6 MAY

9h45 — Sessão de abertura / Opening ceremony

10h00 — 1ª Sessão de comunicações

O RETRATO DA LOUCURA E DA SAÚDE MENTAL NA OBRA MÉDICA E FILOSÓFICA DE ISAAC CARDOSO, ANTIGO PHYSICO-MOR DA CORTE MADRILENA E MÉDICO NO GHETTO VENEZIANO — Luciana C. F. Braga

TO TAKE A NEW ACQUAINTANCE OF THY MIND – DESCRIPTIVE PSYCHOPATHOLOGY IN SHAKESPEARE'S FOUR GREAT TRAGEDIES — Pedro de Sousa Martins

MENTAL HEALTH DISORDERS THAT HAVE CHANGED HISTORY — Bogdan Horia Chicoş

LOUCURA E ESCRAVATURA — Romero Bandeira; Mafalda Reis; Isa João Silva; Sara Gandra; Rui Ponce Leão

DARWIN E A PSIQUIATRIA: A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPETIVA EVOLUCIONÁRIA — Cátia Martins; Filipa Caetano; Serafim Carvalho

11h45 — Intervalo / Coffee break

12h00 — Conferência plenária / plenary session

O MODELO AGÓNICO DA MENTE HUMANA: DA GUERRA INTERIOR E DA TEORIA DAS FACULDADES AO MÉTODO DAS LESÕES E À INIMPUTABILIDADE — Manuel Curado

12h30 — Apresentação e discussão dos posters / Poster presentation

13h00 — Almoço / Lunch

14h00 — 2ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

ARTE E SAÚDE MENTAL. DIVULGAÇÃO E EXPANSÃO DO FUNCHAL NO SÉCULO XIX — Alfredo Rasteiro

A HISTÓRIA DA ARTE BRUTA — Mariana Mendonça Bettencourt; Pedro Sousa Martins; Carina Bragança Rodrigues; Vítor Pimenta

EXISTE ART BRUT EM PORTUGAL? — Stefanie Gil Franco

ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO: LOUCURA, ARTE E PATRIMÔNIO CULTURAL — Viviane Trindade Borges

Sala B / Lecture Room B

120 ANOS DA PROMULGAÇÃO DA LEI DE 17 DE AGOSTO DE 1899: UM MARCO INCONTESTÁVEL NA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE EM PORTUGAL — Inês Pinto da Cruz

MAGALHÃES LIMA (1850-1928). EM NOME DA RAZÃO E DOS PRECEITOS CIVILIZADORES: A CREMAÇÃO DE CADÁVERES PARA UMA HIGIENE SOCIAL — Porfírio Pereira da Silva

LA LEY DE PELIGROSIDAD Y REHABILITACIÓN SOCIAL: SUJETOS Y EXPERIENCIAS DE INTERNAMIENTO (1970-1979) — Ricardo Campos

REHABILITACION LABORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. LA HISTORIA DE LAR — Miguel A. Miguelez Silva; Ana Rita dos Santos Rocha; Raimundo Mateos Alvarez; Tiburcio Angosto Saura

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h30 — 3ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

INTERNAMENTO E FUGA DE ALBERTO DA CUNHA DIAS: NOVOS DADOS SOBRE UMA VELHA POLÉMICA — Adrián Gramary

FUENTES PARA LA HISTORIA DE LA LOCURA: LA CORRESPONDENCIA DE LOS PACIENTES MENTALES — Rafael Huertas; Olga Villasante

O ARQUIVO DE MEMÓRIAS DE UM ABRIGO DE ALIENADOS: FONTES E PROBLEMATIZAÇÕES — Mariana Zobot Pasqualotto; Andrea Vieira Zanella

STORIES Y “RETRATOS” CLÍNICO-ASISTENCIALES DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA EN OURENSE-GALICIA-ESPAÑA (del Siglo XIX al XXI) — Belén Zapata Quintela; David Simón Lorda; Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez Ramos; Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

Sala B / Lecture Room B

APONTAMENTOS HISTORIOGRÁFICOS E PROSOPOGRÁFICOS SOBRE A PERSONAGEM DO CIENTISTA LOUCO — Sérgio P. J. Rodrigues

DEL ONANISMO A LA PSICOSIS MASTURBATORIA. REIVINDICACIÓN HISTÓRICA DE LA "CULPA MASTURBATORIA" EN LA FENOMENOLOGÍA CLÁSICA EN LA PSICOSIS — J. Luis Día Sahún ; M. Romance Aladren; A. González Maiso; D. Romera Morales

EL “AMOR SÁFICO” EN A.C. MONTEIRO — Francisco Molina Artaloytia

HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGÍA SEXUALIDAD. REIVINDICACIÓN DE LA OBRA DE SEXÓLOGAS, FILÓSOFAS Y ACTIVISTAS LIBERTARIAS, "MUJERES LIBRES" EN LA LUCHA CONTRA LA REPRESIÓN SEXUAL DE ORIGEN NEURÓTICO — J. Luis Día Sahún; L. Día Guillen; P. Ortega López-Alvarado; C. Pérez Pemán; A. Guillen Berges

18h00 — Encerramento do 1º dia / Closing 1st day

7 DE MAIO / 7 MAY

10h00 — 4ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

PRESENÇA DA PSIQUIATRIA NA ALEMANHA NAZI – RETRATO CINEMATOGRAFICO — Inês Homem de Melo

«NOCHE Y NIEBLA» EN LA FRANCIA OCUPADA POR LOS NAZIS: LOS MINKOWSKI, LA OSE Y OTRAS STORIES — Rosana Ortiz Soriano; David Simón Lorda*; Cristina Carcavilla Puey; Jessica Pérez Triveño; Raquel Fraga Martínez; Belén Zapata Quintela

PSYCHIATRY IN THE THIRD REICH: IMPLICATIONS FOR OUR PRESENT — D. Teixeira; L. Costa; A. Marques; B. Melo; C. Alves Pereira; R. Sousa; J. Brás; S. Borges

LAS POLÍTICAS DE LA OMS EN SALUD MENTAL Y EL TARDOFRANQUISMO (1955-1975) — David Simón Lorda

Sala B / Lecture Room B

“O ALIENISTA” DE MACHADO DE ASSIS: QUEM É LOUCO? — Carolina Machado; Bárbara Almeida; Margarida Passos

O RETRATO DE DORIAN GRAY À LUZ DO MITO DE NARCISO — Daniela Vilaverde; Jorge Gonçalves

PSICOPATOLOGIA E RECURSOS POÉTICOS EM “OS PASSOS EM VOLTA”, DE HERBERTO HÉLDER – UMA VISÃO DE UM PSIQUIATRA — D. Teixeira; L. Costa; A. Marques; B. Melo; C. Alves Pereira; R. Sousa; J. Brás; S. Borges

CAMILO PESSANHA E O ÓPIO – DROGA OU SONHO E POESIA? — Diana Amorim Pires; Margarida Passos; Paulo Horta

11h30 — Intervalo /Coffee break

11h45 — 5ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

SOBRE NARCOANÁLISIS Y LA “AMITAL INTERVIEW”: ALGUNOS ASPECTOS HISTÓRICOS Y ACTUALES — Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Pérez Triveño; Rosana Ortiz Soriano; Sandra Rodríguez Ramos

PSICADÉLICOS E PSIQUIATRIA: PASSADO E FUTURO — Fábio Monteiro da Silva

“LITHIUM”, A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA BIPOLAR ATRAVÉS DA MÚSICA — Maria João Amorim; Janaína Maurício

Sala B / Lecture Room B

OS ESCRITOS E DESENHOS DO BAILARINO VASLAV NIJINSKY — Ana Rita dos Santos Rocha; Miguel A Miguelez Silva; Tiburcio Angosto Saura

METAMORFOSES FANTÁSTICAS COMO METÁFORA DE PATOLOGIA MENTAL: OLHARES SOBRE O TEATRO DE EUGÈNE IONESCO — Rosário Neto Mariano

SÍNDROME DE CAPGRAS – UMA ANÁLISE DE TRÊS FILMES DA HISTÓRIA CINEMATOGRAFICA — Gustavo França; Diana Pires

13h00 — Almoço / Lunch

14h00 — II Simposium Internacional Mulheres e Loucura

II International Symposium Women and Madness

14h00 — Conferência plenária/Plenary session

OS PRINCIPAIS ASSASSINOS PORTUGUESES — Joana Amaral Dias

14h30 — 6ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

DOIDA NÃO! — Daniela Vilaverde; Jorge Gonçalves

MARIA! NÃO ME MATES QUE SOU TUA MÃE! MARIA JOSÉ - INIMPUTÁVEL ANTES DO TEMPO?— Ana Filipa Teixeira; Tiago Ventura Gil; Sílvia Castro

¿RESISTIR O DISIDIR? EXPERIENCIAS DE INTERNAMIENTO DE MUJERES EN MANICOMIOS EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA FILOSOFÍA DE MARÍA ZAMBRANO — Celia García-Díaz; Maria Gracia Navarro

HOSPITAL DE ALIENADOS – CASTIGO PIOR DO QUE A FORÇA PARA A MATRICIDA — Marta Roque Pereira, Antónia Formelos

Sala B / Lecture Room B

JANE EYRE VS. BERTHA MASON – A DICOTOMIA FEMININA E A DOENÇA MENTAL NO ROMANCE VITORIANO — Diana Amorim Pires; Gustavo França; Paulo Horta

IDEAÇÃO E CONSUMAÇÃO SUICIDA NO GÉNERO FEMININO – REVISITAR ANNA KARENINA — Diana Amorim Pires, Gustavo França, Paulo Horta

AS FIGURAS FEMININAS DA FAMÍLIA DE JÚLIO DE MATOS — Tânia Sofia Ferreira

O MONTE DOS VENDAIAIS: CONSTRUÇÃO, GÉNERO E PSIQUE? — Patrícia Azevedo; Pedro Sousa Martins; Ana Silva Pinto

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h15 — 7ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

D. MARIA I, A LOUCA — Maria João Amorim; Janaína Maurício

OLYMPE DE GOUGES E ANNE-JOSÈPHE DE MÉRICOURT OU DA LOUCURA COMO TRIBUTOS DO FEMINISMO REVOLUCIONÁRIO — Rosário Neto Mariano

EM BUSCA DO ANANCÁSTICO NOS EVANGELHOS — Marta Roque Pereira, Antónia Fornelos

A LOUCURA NA MATERNIDADE — M.E. Pereira, R. Caetano Silva

Sala B / Lecture Room B

RETRATO DA MARQUESA DE JÁCOME CORREIA — Mariana Mendonça Bettencourt; Pedro Sousa Martins; Carina Bragança Rodrigues; Vítor Pimenta

O SONHO E A METAMORFOSE EM “A VEGETARIANA” DE HAN KANG UM ENSAIO SOBRE A AGRESSIVIDADE — Bárbara Almeida, Carolina Machado, Catarina Fonseca

A MELANCOLIA NA PRAXIS INQUISITORIAL — Adília Fernandes

AN (SUCCESSFUL) ANTHROPOLOGIST ON MARS — Ana Beatriz Medeiros; Teresa Mendonça; Lígia Castanheira

18h00 — Encerramento do 2º dia / Closing 2nd day

8 DE MAIO / 8 MAY

10h00 — 8ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

MODELO DE PERSONALIDADE DE BARAHONA FERNANDES — B. Melo; C. Alves Pereira; A. Marques; D. Teixeira; L. Costa; J. Brás, R. Sousa; E. Monteiro; J.H. Silva

PERSONALIDADE BORDERLINE: NA FRONTEIRA DA LOUCURA? — Carolina Machado; Bárbara Almeida; Paula Valente

TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES COMO RESISTENCIA A LAS POLÍTICAS SOCIALES DE LA DICTADURA MILITAR CHILENA: LA APLICACIÓN DEL “PROGRAMA DE ECONOMÍA DE FICHAS” EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EL PERAL, SANTIAGO DE CHILE, 1976-1978 — Claudia Araya Ibacache; César Leyton Robinson

(DES)DRAMATIZAR A DOENÇA MENTAL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PSICODRAMA — Rita Leite; Tiago Santos

Sala B / Lecture Room B

O QUE DOSTOIEVSKI NOS ENSINOU SOBRE JOGO PATOLÓGICO — Inês Homem de Melo

CRIATIVIDADE E A DOENÇA MENTAL: O CASO DE VINCENT VAN GOGH — Pedro Mota

VIGIAR E PUNIR – A DISCIPLINA VIGENTE NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO —
Teresa Matos Mendonça; Ana Beatriz Medeiros; Sandra Nascimento

11h30 — Intervalo / Coffee break

11h45 — 9ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

TRAUMA E MODOS DE SUBJECTIVAÇÃO — Cátia Guerra

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
POPULAÇÃO PORTUGUESA E IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO
ASSOCIADOS — Manuela Alvarez; Fábio Mendes; Helena Nogueira

MASS SCHOOL SHOOTING: UMA FORMA DE AMOK? — Pedro Macedo; Vítor Pimenta

Sala B / Lecture Room B

PARALISIA GERAL DOS ALIENADOS — Ana Patrícia Jorge; J. Carvalheiro

A TUBERCULOSE COMO DOENÇA PSICOSSOMÁTICA NO SÉCULO XIX — Nuno Borja
Santos; Filipa Ferreira; Carlota Tomé; Luís Afonso Cunha

O MANUAL “ENFERMAGEM DE ALIENADOS” (1932) NO CONTEXTO DA ÉPOCA —
Lucília Nunes

13h00 — Almoço / Lunch

14h30 — 10ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

PSICOSE HISTÉRICA – AO LONGO DA HISTÓRIA — Ana Patrícia Jorge; J. Carvalheiro

EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA PSICOPATIA: DE MANIE SANS DELIRE À
PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL — Antónia Fornelos; Ilda Vaz; Dulce
Maia; Marta Roque

A EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DA ALUCINAÇÃO – ORIGENS E PERCURSOS — Bianca
Jesus; Diana Cruz e Sousa; João Martins Correia; Susana Nunes; Sofia Caetano

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO MELANCOLIA — Sandra Torres; João Vilas Boas;
Andreia Lopes

ESQUIZOFRENIA – A EVOLUÇÃO DE CONCEITO(S) — Sofia Domingues; Regina Massano

Sala B / Lecture Room B

“BEM-VINDO À NEUROPOLIS”: O APELO À REMODELAÇÃO NEUROQUÍMICA DO
EU NAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS NORTE-AMERICANAS AOS NEUROFÁRMACOS
— Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, AS CONSEQUÊNCIAS NA MENTE HUMANA — Ana Paula
Araújo; Anabela da Costa Martins

A ARTE & INCLUSÃO NA DOENÇA MENTAL – PROJETO INCLUIR — Carla Ferreira; Ana Mendes Castelo; Ricardo São João; Teresa Coelho; Teresa Massano; Nuno Agostinho
O FOLIE À DEUX COMO FUNDAMENTO PARA UMA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA
— Isabel Bezerra de Lima Franca

A PSIQUIATRIA DE SNEZHNEVSKY COMO FORMA DE ABUSO POLÍTICO — João Martins Correia; Bianca Jesus

18h00 Sessão de encerramento do X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental - X International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / II Simposium Internacional Mulheres e Loucura - II International Symposium Women and Madness

COMUNICAÇÕES EM POSTER / POSTERS

O DELÍRIO SENSITIVO DE REFERÊNCIA — Ana Patrícia Jorge; J. Carvalheiro

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA GELFA – EVOLUÇÃO HISTÓRICA — Janaína Maurício; Maria João Amorim; Daniela Brandão

HISTÓRIA DA HIDROTERAPIA NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA — Janaína Maurício; Maria João Amorim; Daniela Brandão

REPRODUCTIVE BIOETHICS IN IBERIAN CONTEXT — João Proença Xavier

CULTURE BOUND SYNDROMES (CBS) - Ana Almeida; Diana Monteiro; João Magalhães

TRÊS HISTÓRIAS, TRÊS MEMÓRIAS: CASOS CLÍNICOS DO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE DE FERREIRA NO FINAL DO SÉCULO XIX - Analisa Candeias; Luís Sá; Alexandra Esteves

A CHEGADA DA SAÚDE MENTAL A COIMBRA - Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes
DOENÇA MENTAL: DO CONCEITO À CRÍTICA ... - Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

RENASCIMENTO: DA RECLAMAÇÃO DA LIBERDADE AO ABOMINAR DE FORÇAS NATURAIS - Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

HISTERIA: DA TEORIA DO ÚTERO ERRANTE À DSM III - Mariana Jesus; César Cagigal; Sandra Silva; Vera Martins

A MANIA DE LUTHER BELL - Lúgia Castanheira, Catarina Cordeiro, Elsa Fernandes, Ana Beatriz Medeiros, João Pedro Lourenço

Organização e secretariado

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

Co-organização científica e colaboração científica e institucional

Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — GHSCT-CEIS20 (coordenadores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira)

Comissão Científica

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Isabel Nobre Vargues (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Juan Antón Rodríguez Sanchez (Universidad de Salamanca, Spain)
- Maria do Rosário Mariano (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Tania Fonseca (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
- Romero Bandeira (Universidade do Porto, Portugal)

Comissão Organizadora

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira, Presidente (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Victoria Bell (Universidade de Coimbra, Portugal)

SHIS



CEIS 20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível o *Congresso*: desde logo Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra pelo acolhimento no seu espaço. Mas também o Turismo do Centro Portugal



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Coleção:

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

Diretores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A coleção “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 17**Título**

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X

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 coletiva intitulada *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros apresentados no *X Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* que serviram de base a comunicações apresentadas no referido *Congresso* realizado na Universidade de Coimbra nos dias 6 a 8 de maio de 2019.

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
15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5
16. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — I. Coimbra: GHSC-CEIS20/SHIS, 2019. 106 p. ISBN: 978-989-54537-0-2.
17. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 336 p. ISBN: 978-989-54537-1-9