

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

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

XI

COIMBRA

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

2021

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 19

NOTA:

Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

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

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2021

ISBN: 978-989-54537-7-1

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
9-10

GREEK MYTHOLOGY: WHAT DO WE KEEP FROM IT?

Joana Miranda; Mafalda Barbosa; Rafael Araújo
11-16

ANTI-PSYCHIATRY MOVEMENT – THE HISTORY

Nuno A. Fernandes; Carla Ferreira; Ana Mendes; Marisa A. Martins; Liliana P. Ferreira;
Ricardo Gasparinho; Núria Santos; António Alho; Isa Costa; Inês S. Fernandes
17-22

SIMULAÇÃO DE LOUCURA – UM CASO DO ARQUIVO DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA

Inês Pinto da Cruz
23-28

EXCLUSIVIDADE, DEDICAÇÃO E PARCIMÓNIA: AS RECOMPENSAS SALARIAIS DOS ENFERMEIROS NO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE FERREIRA PELOS FINAIS DO SÉCULO XIX

Analisa Candeias; Filomena Gomes; Luís Sá; Alexandra Esteves
29-36

ALBERTO BROCHADO AND CLÉRAMBAULT’S CONCEPT OF “MENTAL AUTOMATISM”

Adrián Gramary; Nuno Rodrigues Silva
37-43

A FORMA COMO OLHAMOS PARA OS PSICADÉLICOS

F. Queirós Santos; P. Melo-Ribeiro; M. Mota-Oliveira
45-49

AUTO-CULPABILIZAÇÃO PARENTAL NA PATOLOGIA PEDOPSIQUIÁTRICA (WE NEED TO TALK ABOUT KEVIN, 2011)

Rui Sampaio
51-55

A CONCEPTUALIZAÇÃO DA AGRESSÃO SEXUAL NOS SÉCULOS XIX E XX

Diogo Barbosa; Filipa Andrade; Berta Ramos; Márcia Mota
57-61

ILHA DA MADEIRA. VERMELHOS DE BRJULOV (1849-50) E CIPRESTES DE RÖMER (1922-60)

Alfredo Rasteiro
63-69

PERTURBAÇÕES NEUROLÓGICAS FUNCIONAIS NO CORPO
EXPEDICIONÁRIO PORTUGUÊS – UMA REVISÃO NARRATIVA
Luís Afonso Fernandes; Filipa Ferreira; Mário J. Santos; Nuno Borja Santos
71-78

A ARTE DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER
Berta Ramos; Filipa Andrade; Eva Osório
79-83

MADNESS IN THE MIRROR: O EXERCÍCIO DO AUTORRETRATO
João Rema; Tânia Cavaco; Luís Madeira
85-95

RECONSTRUINDO BABEL – A HISTÓRIA DAS CLASSIFICAÇÕES DAS
DOENÇAS MENTAIS
Ana Maria Delgado; Aurora Cortiñas
97-102

AS ORIGENS DA TERCEIRA ESCOLA DE PSICOTERAPIA DE VIENA
Sara Freitas Ramos; João Martins Correia; Isabel Fonseca Vaz; João Campos Mendes
103-107

A PSICOSE EXPERIMENTAL PELA PSILOCIBINA-MEIO SÉCULO DEPOIS
Pedro Mota
109-118

ANOREXIA *MIRABILIS*: O CULTO DA FOME
Ana Samouco; Afonso Matos; Margarida Araújo; Filipa Caetano
119-126

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ANOREXIA NERVOSA: DA DEVOÇÃO
RELIGIOSA À DOENÇA MENTAL
Rita Leite; Paulo Macedo; Tiago Santos
127-132

DOS EQUIVALENTES AFETIVOS À DEPRESSÃO MASCARADA,
UMA BREVE VIAGEM NO TEMPO
Bianca Jesus; João Martins Correia; Sofia Caetano
133-138

A HISTÓRIA DO AUTISMO E AS DINÂMICAS DE UM DIAGNÓSTICO
Sara Freitas Ramos; Isabel Fonseca Vaz; João Martins Correia; João Campos Mendes
139-144

A LOUCURA DE DOM QUIXOTE
Mariana Duarte Mangas; Filipa Alves; João Fonseca; Catarina Pedro
145-150

KING GEORGE III – A CASE OF MENTAL OR PHYSICAL ILLNESS? OR BOTH?
Marisa Martins; Nuno Agostinho Fernandes; Ricardo Gasparinho; Núria Santos; António
Alho; Liliana Ferreira; Isa Costa; Inês Fernandes
151-156

EINSTEIN: “UM VIAJANTE SOLITÁRIO”
Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; João Martins Correia; Sílvia Castro
157-162

AMOK E AS SUAS VARIANTES CULTURAIS E CONTEMPORÂNEAS
Tânia Teixeira; João Quarenta; Sofia Martins; Vitor Carvalho
163-170

PARANOIA: A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E O NASCIMENTO DAS
PERTURBAÇÕES RELACIONADAS
Sandra Torres; Andreia Lopes
171-177

PARAPHRENIA - THE HISTORY FROM ITS GENESIS TO NOWADAYS
P. Melo-Ribeiro; F. Gomes-Tavares; M. Mota-Oliveira
179-188

DANÇA E DOENÇA MENTAL - UM PAS DE DEUX
Beatriz Abreu Cruz ; Joana de Freitas Sanches; Carlos Perestrelo da Silva
189-194

VALENTIM DE BARROS – A LOUCURA DE SER DIFERENTE
Beatriz Abreu Cruz; Carlos Perestrelo da Silva; Joana de Freitas Sanches
195-201

PAINT AND DISEASE OF VINCENT VAN GOGH
Bogdan Horia Chicoş
203-224

TRANSEXUALIDADE NO CINEMA
Daniela Oliveira Martins; Margarida de Barros; Mauro Pinho; Ricardo Gil Faria
225-229

HISTORIA Y ESTADO ACTUAL DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL
EN LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA
Miguel A. Miguelez Silva; Adrián Gramary Cancelas; Raimundo Mateos Alvarez; Tiburcio
Angosto Saura
231-244

DOENÇA BIPOLAR E CRIATIVIDADE, QUE FRONTEIRAS?
Catarina Pedro; Beatriz Jorge; Mariana Duarte
245-250

A REPRESENTAÇÃO DA ESSÊNCIA PSICOPATOLÓGICA
DO ÁLCOOL NA PINTURA ITALIANA

Pedro Mota
251-256

O PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO DE MERLEAU-PONTY NA LEITURA
PSICOPATOLÓGICA DE CÉZANNE

João Martins Correia; Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; Bianca Jesus
257-262

LACAN E O MÉTODO CRÍTICO-PARANOICO DE DALÍ
Sofia Neves Martins; João Quarenta; Tânia Teixeira; Bruno Ribeiro

263-267

MALONE MEURTE E A EXPLORAÇÃO DO *SELF* EM SAMUEL BECKETT

João Martins Correia; Sara Freitas Ramos; Isabel Fonseca Vaz; Bianca Jesus
269-274

REPRESENTAÇÃO DO SUICÍDIO NA FICÇÃO CINEMATOGRAFICA
OCIDENTAL: UMA VISÃO LONGITUDINAL

Núria Santos; António Alho; Ricardo Gasparinho; Liliana Ferreira; Marisa Martins; Nuno
Fernandes; Isa Costa; Elisabete Sêco
275-281

FENOMENOLOGIA DO RISO: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA OBRA DE
HENRI BERGSON

Pedro Macedo; Pedro Mota; Sofia Martins
283-288

CRIATIVIDADE E A PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR: UMA ANÁLISE DA
EVIDÊNCIA ATUAL À LUZ DE EXEMPLOS DO PASSADO

João Quarenta; Tânia Teixeira; Sofia Neves Martins; Sérgio Ferreira
289-294

ERIK SATIE – A PSYCHOPATHOLOGICAL APPROACH

Manuel Gonçalves-Pinho; João Pedro Ribeiro
295-301

HOMOSSEXUALIDADE E TERAPIAS DE CONVERSÃO: SEUS LUGARES
NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Catarina Cunha; Catarina P. Desport; Joana Ribeiro da Silva
303-308

TEORIA DO PENSAMENTO CONCRETO NA ESQUIZOFRENIA –
DE VIGOTSKY A GOLDSTEIN

Carlos Perestrelo da Silva; Beatriz Abreu Cruz; Teresa Reynolds de Sousa; Inês Simões;
João Miguel Pereira
309-314

A QUEBRA DE ASSOCIAÇÕES DE E. BLEULER

Carlos Perestrelo da Silva; Beatriz Abreu Cruz; Joana de Freitas Sanches; Inês Simões;
João Miguel Pereira
315-320

TERAPIA CON INSULINA EN PSIQUIATRIA: HISTORIA Y STORIES

Sandra Rodríguez Ramos; Natanael Antonio Domínguez Osorio; Raquel Fraga Martínez;
David Simón-Lorda
321-328

LA "REVOLUCIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGÍA" (1960-1975) EN ESPAÑA
DEL FRANQUISMO. UN ESTUDIO A TRAVÉS DE LA PUBLICIDAD EN
REVISTAS PROFESIONALES

David Simón-Lorda; Nathanael Antonio Domínguez
Osorio; Raquel Fraga Martínez;
Sandra Rodríguez Ramos; Cristina Carcavilla Puey
329-338

DEL GAS HILARANTE A LOS “WHIPPITS”: HISTORIA Y STORIES DEL ÓXIDO
NITROSO

Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez Ramos; Nathanael Antonio
Domínguez Osorio; David Simón-Lorda
339-346

TRATAMENTOS COM MEDICAMENTOS OU TERAPIAS
NÃO-FARMACOLÓGICAS? O QUE SABEMOS
E O QUE NÃO SABEMOS NA VISÃO DE UM QUÍMICO

Sérgio P. J. Rodrigues
347-355

FENOMENOLOGIA E O SEU CONTRIBUTO PARA A PSIQUIATRIA

Sandra Nascimento; Teresa Mendonça
357-364

TRATAMENTO DO AGRESSOR SEXUAL – UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Filipa Andrade; Diogo Barbosa; Berta Ramos; Márcia Mota
363-373

A HISTÓRIA DA ELECTROCONVULSIVOTERAPIA”

Isa Costa; Nuno Fernandes; Núria Santos; Ricardo Gasparinho; António Alho; Marisa
Martins; Liliana Ferreira; Alda Rosa
375-382

ELECTROCONVULSIVE THERAPY ON THE BIG SCREEN:
A SHOCKING HISTORY?

P. Melo-Ribeiro; F. Gomes-Tavares; M. Mota-Oliveira
383-388

A HISTÓRIA DA MALARIOTERAPIA

Isa Costa; Nuno Fernandes; Núria Santos; Ricardo Gasparinho; António Alho; Marisa
Martins; Liliana Ferreira; Alda Rosa
389-395

STOICISM: THE PHILOSOPHY AT THE HEART OF COGNITIVE-
BEHAVIOURAL THERAPY

Cristina Fragoeiro; Rodrigo Valido; Pedro Moura Ferreira
397-403

TERAPIA FAMILIAR E SISTÊMICA: REVISÃO HISTÓRICA

Rita Leite; João Borges; Tiago Santos
405-412

A EVOLUÇÃO DA CONVULSIVOTERAPIA: DO ÓLEO DE CÂNFORA AO
ELETRÃO

A.L.R. Costa; J. Alcaface
413-418

THE HISTORY OF CANNABIS HUMAN USE

Nuno A. Fernandes; João Borges Ferreira; Marisa A. Martins; Liliana P. Ferreira; Ricardo
Gasparinho; Núria Santos; António Alho; Maria Assunção Tavares; Inês S. Fernandes
419-424

FOLIE À DEUX – A EVOLUÇÃO DO CONCEITO

Maria do Rosário Monteiro; Andreia Norton; Catarina Oliveira
425-432

XI CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E
SAÚDE MENTAL - XI INTERNATIONAL CONGRESS HISTORY OF MADNESS,
PSYCHIATRY

AND MENTAL HEALTH / III SIMPÓSIO INTERNACIONAL MULHERES E
LOUCURA / III INTERNATIONAL SYMPOSIUM WOMEN AND MADNESS
433-441

INTRODUÇÃO

Esta obra contém textos admitidos a publicação que estiveram na base de comunicações apresentadas no *XI Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XI International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizado em Coimbra nos dias 26 a 28 de outubro de 2020. Inicialmente foi marcado para a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra para maio desse ano, como tem sido regularmente. Mas, devido às medidas de contingência adotadas em função da pandemia de COVID19, o congresso realizou-se on-line.

Em 2020, à semelhança dos anos anteriores deu-se continuidade à sua natureza internacional e interdisciplinar. O Congresso contou com a presença de investigadores de diversas áreas, desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal e de outros países como Espanha e Roménia.

Tal como foi referido nas edições anteriores, sublinhamos 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 CEIS20, através do Grupo referido, tem mantido uma relevante atividade científica no seu âmbito de atuação e em particular na história da psiquiatria, saúde mental e respetivas terapêuticas. 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 *XI Congresso* foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS e teve como parceiro científico organizativo o referido CEIS20-Universidade de Coimbra.

A SHIS é uma instituição fundada em 2011. Comemora em 2021 o seu décimo aniversário e a publicação desta obra também assinala esta efeméride. Esta sociedade científica 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 *XI Congresso* teve o propósito de dar continuidade às temáticas anteriores. Em 2020, o *XI 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 anos anteriores o *Congresso* incluiu um Simpósio temático intitulado “Mulheres e Loucura”, igualmente internacional, que se realiza de forma ininterrupta desde

2018 e cuja publicação de textos, que serviram de base às apresentações, é feita em volume autónomo.

No *III 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

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

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

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

GREEK MYTHOLOGY: WHAT DO WE KEEP FROM IT?

Joana Miranda*; Mafalda Barbosa*; Rafael Araújo*

Centro Hospitalar de Leiria

*Médica (o) Interna (o) de Formação Específica em Psiquiatria;

E-mail: joanaitmiranda@gmail.com; mafalda.martins.barbosa@gmail.com;
rafael.nna@gmail.com

Palavras-chave: greek; mythology; mythos; myth; psychiatry

Abstract

Mythology is a combination of *mythos* and *logos*. *Mythos* is a legend, a story of the gods, something between the true and the false. *Logos* means “word” or “speech”, the spoken story of a people. According to Carl Jung, myth is a necessary aspect of the human psyche which needs to find meaning and order in the world.

Greek Mythology is considered one of the oldest and richest of all mythologies and has played an integral part in every civilization throughout the world. It is also important because it gave a great number of terms to modern Psychiatry.

With this work, and traveling through the Greek Mythology, the authors intend to explore the relationship between Greek figures like Eros, Psyche, Mnemosyne and Lyssa and some terms we use nowadays in Psychopathology.

Introdução

Mitologia: a história dos deuses, que está entre o verdadeiro e o falso; a palavra, discurso, a história contada pelo povo. O mito serve vários propósitos: de acordo com Carl Jung, o mito é um aspecto necessário para a mente humana, que procura encontrar significado e ordem no universo. Dentro das várias mitologias, a grega é considerada uma das mais antigas e ricas das mitologias e tem um papel importante em várias civilizações.

O objectivo deste trabalho é relembrar várias lendas mitológicas e explorar a sua relação com os termos ainda hoje usados em psiquiatria.

“Greeks did not grovel before their gods. They were aware of their vain need to be supplicated and venerated, but they believed men were their equal. Their myths understand that whoever created this baffling world, with its cruelties, wonders, caprices beauties, madness and injustice must themselves have been cruel, wonderful (...) and unjust.”

Stephen Fry

Antes de vos guiar por uma viagem a várias lendas mitológicas, queria apenas relembrar uma das características desta mitologia que me encanta. Reflectindo na frase apresentada, relembrar que os deuses gregos eram representados como seres que conseguem o melhor e o pior, capazes de construir beleza no mundo, mas também capazes de a destruir em segundos devido à sua ira e vingança. Se os deuses, seres poderosos, que construíram o nosso mundo, se eles próprios são assim, como poderíamos nós, simples humanos, deixar de o ser?

1.Eros, Psyche e Hedone

Psyche (que significa “ a personificação da alma humana”) era uma bonita princesa, mortal , tão bela que a população começou a adorá-la em vez de prestar o culto a *Afrotide* (deusa do Amor). Esta, perante este comportamento do seu povo, decidiu vingar-se e pede ao seu filho *Eros* (deus do amor físico e desejo sexual) para que faça *Psyche* apaixonar-se por um porco.

No entanto, algo correu mal e *Eros* acabou apaixonado pela belíssima *Psyche*. O deus do desejo, conhecido como *Cupido* na mitologia romana, começou a visitá-la todas as noites, mas na condição de que *Psyche* nunca saberia quem este era nem veria a sua face. No entanto, a curiosidade de *Psyche* foi maior e numa noite esta leva para a cama uma vela para ver quem é o seu amado. Ao observar que se tratava do deus *Eros*, esta, estupefacta, deixou cair a vela sobre ele, queimando-o. A partir dessa noite, *Eros* nunca mais apareceu. *Psyche* teve que viajar até ao palácio de *Afrodite* para tentar encontrar o seu amado e esta, para se vingar dela mais uma vez, explicou-lhe que a única forma de voltar a ver *Eros* seria cumprir várias tarefas, tarefas essas que *Afrodite* sabia serem impossíveis para uma mortal. Com a ajuda de outros deuses, *Psyche* acabou por conseguir completar as tarefas. Entretanto, *Eros* descobriu como a sua mãe estava a ser maldosa com a sua amada e foi ajudá-la. *Psyche* conseguiu assim ganhar a imortalidade. Da união dos dois surgiu *Hedone* (o prazer).

Desta lenda derivam palavras como:

- Psiquiatria, Psicologia;
- Erotomania – conhecida também por Síndrome de Clérambault, consiste na convicção delirante de que se é amado por uma pessoa de estatuto superior com quem não se partilha uma relação de proximidade;
- Anedonia - perda significativa ou incapacidade de sentir prazer em actividades que antes eram consideradas agradáveis. Sintoma frequente nos síndromes depressivos.

2.Lyssa, Erinyes, Maniae

Lyssa, *Erinyes* e *Maniae* são entidades que surgem em conjunto e em algumas histórias são até consideradas como uma só, acabando por ser confundidas.

Podemos considerar *Lyssa* como a personificação ou a deusa da ira, raiva, fúria desenfreada, da loucura produzida pela raiva. Outro nome dado à personificação da loucura é *Maniae*.

Se estas entidades surgirem em grupo, podem ter como nome *Erinyes*, chamadas também de Fúrias.

Os gregos tinham como hábito ilustrar em vasos dois tipos de cenas: motivos da actividade doméstica diária e cenas da sua mitologia. Um dos vasos com o qual me deparei numa das pesquisas para este trabalho, retratava uma cena da tragédia de Eurípides: *Hércules*. A cena retrata *Hércules* prestes a imolar a esposa *Megara* e o filho, algo que ocorre após um acesso de loucura. Para se vingar de *Hércules*, *Hera* envia *Lyssa* – a tal personificação da ira, raiva, loucura - que o fará cometer este hediondo crime, pensando que em vez de estar a matar o filho e a esposa, está sim a matar um monstro.

Perante o conhecimento científico actual poderíamos enquadrar esta cena como um estado de alteração de consciência com alterações da sensopercepção, em forma de alucinações visuais. Não deixa de ser curioso a forma como o mito surge provavelmente para justificar comportamentos que não eram compreensíveis à luz do conhecimento científico da época.

Destas entidades deriva o termo:

Mania/ Episódio Maníaco - estado de humor expansivo e euforia, ou pelo contrário de extrema irritabilidade e disforia, com aceleração do pensamento, com elevado fluxo de ideias, aumento da actividade psicomotora e de energia, sensação de grandiosidade e diminuição da necessidade de dormir. Nalguns casos pode existir também sintomatologia psicótica.

3.Hypnus, Morpheus, Oneroi, Thanatos

O nome dado aos fenómenos relacionados com o sono ou transição entre vigília e sono derivam do deus *Hypnus* (cujo nome em grego significa sono). Este deus surge da união da Noite, *Nyx*, com a Escuridão, *Erebus*.

Nyx e *Erebus* foram também pais dos *Oneroi*, várias criaturas responsáveis pela criação dos

sonhos. Uma dessas criaturas mais conhecidas era *Phobetor*, deus dos pesadelos, e *Thanatos*, a morte.

Estas criaturas trabalhavam sob a supervisão de *Morpheus*, deus dos sonhos, e filho de *Hypnos*.

Destas entidades derivam os termos:

- Hipnose, hipnótico;
- Alucinações hipnagógicas e hipnopômicas - alterações da sensopercepção que ocorrem ao adormecer (hipnagógicas) ou precedem o despertar (hipnopômicas). Podem não ter carácter patológico, mas a sua etiologia deve ser estudada quando ocorre frequentemente;
- Estado onírico/oniroide - Alteração do estado de consciência, assim denominado pelas primeiras descrições se assemelharem a sonhos. São exemplos a síndrome confusional aguda e o *delirium tremens*;
- Eutanásia, a boa morte;
- Morfina

4.Mnemosyne, Phobos

Mnemosyne era uma titânide, filha de Urano e Gaia. É a deusa que personifica a memória. *Phobos* por sua vez era filho de *Ares* e *Afrodite*. O seu nome significa medo.

Destas entidades derivam os termos:

- Amnésia, lacuna mnésica;
- Fobia.

5.Narciso

O termo narcisismo deriva do mito de *Narciso*, um belo caçador, conhecido por ser muito belo, mas também pelo seu auto-conceito elevado, chegando a ser hostil com quem se apaixonasse por ele. Existem várias lendas que contam a história de *Narciso*. Uma delas conta que *Nemesis*, como castigo pela sua hostilidade para os outros, o expôs ao seu próprio reflexo no rio, o que fez com que este se apaixonasse pela sua própria imagem. Incapaz de se amar fisicamente a si próprio, acabou por morrer naquele local, transformando-se numa flor – o narciso - que existe perto de cursos de água.

Ou seja, o nosso *Narciso*, de facto, cumpria certas características da Perturbação de Personalidade que iria ser baptizada com o seu nome:

- Sensação grandiosa quanto à sua importância;
- Autopercepção de ser único e superior;
- Necessidade constante de admiração pelos outros;
- Sensação de direito a tratamento especial e a obediência de outros;
- Falta de empatia com os sentimentos, desejos ou necessidades dos outros;
- Atitude arrogante.

Deste mito derivam os termos:

Traços de personalidade/ Perturbação de personalidade Narcisista

6.Echo

Sabemos que *Zeus* tinha o hábito de fazer várias visitas eróticas às Ninfas, obviamente sem o conhecimento da sua esposa, *Hera*. Uma das Ninfas existentes era *Echo*, conhecida pelo seu discurso bastante prolixo.

Um dia, *Hera* desconfiada, decidiu procurar *Zeus* perto destas Ninfas e deparou-se com *Echo*, que tentou proteger as suas amigas, explicando que *Zeus* não estava naquele local, sublinhando que nunca o tinha visto por ali. Infelizmente, *Hera* rapidamente descobriu a verdade e decidiu amaldiçoá-la: a partir daquele momento, sempre que *Echo* tentasse fazer

aquilo de que mais gostava – falar- só iria conseguir repetir o que os outros lhe diziam. Assim foi baptizado o fenómeno de “ecolália”.

Daí advém uma consequência trágica. Tal como muitas outras ninfas, deusas e mortais, Echo também ela se apaixonou por Narciso quando o viu. No entanto, na impossibilidade de lhe dizer o que sentia, teve que continuar a observá-lo apenas a apaixonar-se por si próprio. Podemos ver o fracasso em que resultou a tentativa de Echo explicar a Narciso o que sentia no seguinte diálogo:

- “ *Who are you? he said, turning away.*
- *Who are you?*
- *Never you mind. That’s my business!*
- *That’s my business!*
- *No, it isn’t. You woke me!*
- *You woke me!*
- *I suppose like all the others you’ve fallen in love with me.*
- *Love with me.*
- *Love! I’m fed up with love.”**

(*Excerto de diálogo entre Narciso e Echo: FRY, Stephen. *Mythos, the Greek myths retold*. Penguin Random House UK, 2018)

Deste mito derivam os termos:

- Ecolália - repetição automática que alguém faz de palavras ou frases ditas por outra pessoa, muitas vezes até com a mesma entoação com que foi dito;
- Ecopraxia – semelhante ao fenómeno de ecolalia, mas respetivamente a movimentos;
- Eco do pensamento - um dos sintomas de primeira ordem para o diagnóstico de Esquizofrenia, segundo Kurt Schneider. O doente ouve os seus próprios pensamentos ao pensa-los.

7.Hebe

Hebe é considerada na mitologia grega a deusa da juventude. É filha de Zeus e de Hera, considerada também copeira dos deuses, por servir o néctar e ambrósia.

Qualquer estudante de Psiquiatria ao ouvir o nome da deusa irá lembrar-se do termo “Esquizofrenia Hebefrénica”. De facto, foi a partir do estudo da “Paraphrenia Hebetica” de Kahlbaum, que Hecker desenvolveu e publicou o conceito de hebefrenia ou “insanidade juvenil”. Como na altura Hecker pensava que a perturbação era típica do início da adolescência, associada a sentimentos de tristeza, opressão, delírios e alucinações, comportamento bizarro e fúria, seguido de rápido e irreversível declínio de todas as funções mentais, inspirou-se em *Hebe*, a deusa grega dos jovens, para lhe dar este nome.

Desta entidade deriva o termo:

- Esquizofrenia Hebefrénica

8.Sátiros, Ninfas

Sátiros são divindades menores da natureza com o aspecto de homens com cauda e orelhas de cabrito, pequenos chifres na testa, narizes achatados, barbas longas. Viviam nos campos e bosques e eram conhecidos por terem frequentemente relações sexuais com as ninfas.

As *Ninfas* por sua vez são espíritos naturais femininos, ligados a locais particulares da natureza. Tipicamente descritas como jovens e amorosas, são frequentemente alvo da luxúria dos sátiros. Assemelham-se a fadas, leves e delicadas, mas sem asas e são a personificação da graça criativa e fecundadora na natureza.

Destas entidades derivam os termos:

-Satíriase – associado aos homens

-Ninfomania – associada às mulheres

Termos comumente utilizados para definir um aumento do desejo e/ou comportamento sexual. Na DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) estes termos diagnósticos não existem.

9.Priapus

Priapus era um deus menor que simbolizava a fertilidade, horticultura e viticultura. Era filho de *Afrodite* (deusa do Amor) com *Dionisus* (deus do Vinho) e era conhecido pelo tamanho dos seus genitais, desproporcionalmente grandes em relação ao restante corpo. Segundo a lenda, *Hera* amaldiçoou-o com impotência e falta de beleza quando descobriu que *Afrodite* estava grávida de um filho de *Dionisus* (este era um deus não muito adorado no Olimpo, devido aos seus hábitos de vida, que pouco agradavam *Hera*).

Devido a esta maldição, *Priapus* era um deus que aparecia sempre representado com o pénis erecto, mas impotente, o que não deixa de ser curioso devido à associação com o álcool (dádiva do seu pai), substância essa que é conhecida por aumentar o desejo sexual, mas agravar a performance.

Desta entidade deriva o termo:

-Priapismo - condição médica geralmente dolorosa, que constitui uma emergência médica, na qual o pénis erecto não retorna ao seu estado flácido, apesar da ausência de estimulação física e psicológica. A ereção constante pode levar à impotência sexual definitiva.

Apesar de ser uma emergência não psiquiátrica, decidi referi-la neste trabalho já que é um efeito secundário, embora raro, bastante grave de um antidepressivo frequentemente prescrito por psiquiatras, a trazodona, e também de alguns antipsicóticos.

10.Pan

Esta divindade era responsável pelos rebanhos e campos, habitando pastagens, bosques e montanhas. Adorava dormir, tocar flauta e dançar, mas odiava quem o acordasse das suas sesta. Conta-se que o medo supostamente infundado de algumas pessoas ao passar florestas e bosques está relacionado com este deus: quem atravessava estes locais e o acordava ficava aterrorizado com os seus gritos estridentes.

Desta divindade deriva a palavra:

Pânico;

Perturbação de Pânico – considera-se um tipo de Perturbação de Ansiedade, mas caracterizada por ataques de pânico recorrentes e inesperados, que não são associados a nenhuma situação em particular. Os sintomas dominantes de um ataque de pânico são: palpitações, dor no peito, sensação de dispneia, tonturas, despersonalização e, muito comumente, medo de morrer, perder o controlo ou enlouquecer.

Conclusão

Os mitos sobrevivem durante vários séculos e chegam a nós tantas vezes contados e recontados, com várias versões diferentes, pelo que nem sempre é fácil aceder à história “inicial”. No entanto, o mais importante destes mitos não será conhecer com a exatidão a história original, mas sim conseguirmos retirar deles um ensinamento, dar-lhes uma função. Estas lendas evidenciam a atitude filosófica da humanidade em relação à sua vida, doença e morte. Particularmente no que diz respeito à relação que existe entre os termos psiquiátricos usados no dia-a-dia e as figuras da mitologia gregas, conseguimos perceber através deste trabalho que de facto acabamos por prestar culto à mitologia grega na nossa prática clínica diária.

Podemos por isso dizer, que pelo menos neste ponto, no mundo da Psiquiatria, o conceito de Mito cumpriu e continua a cumprir a sua função.

Fontes e bibliografia selecionadas

ATHANASIADIS, Loukas. Greek mythology and medical and psychiatric terminology. *History of Psychiatry. Psychiatry Bulletin*. 21, (1997), p.781-782. [Acedido a 2 de fev. 2020].

BARGLOW, Peter; MURPHY, Trevor; An Early Greek Portrayal of a Mad Mind. *The American Journal of Psychiatry*. 168(9), (2011), pg. 893-893. Published Online:1 Sep 2011 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030479>.

FRY, Stephen. *Mythos, the Greek myths retold*. Penguin Random House UK, 2018.

KAPLAN, RM. Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australas Psychiatry*. 16(5) (2018), p. 305-11. [Acedido a 2 de fev. 2020].

KARAKIS, Ioannis. Neuroscience and Greek mythology. *Journal of the History of the Neurosciences* (2018). DOI: 10.1080/0964704X.2018.1522049

PALHA, AP; ESTEVES, MF. The origin of dementia praecox. *Schizophr Res*. 28(2-3) (1997), pg. 99-103. [Acedido a 2 de fev. 2020].

MOVIMENTO ANTI-PSIQUIATRIA – A HISTÓRIA

Nuno Agostinho Fernandes^{1*}; Carla Ferreira^{1**}; Ana Mendes^{1***}; Marisa A. Martins^{1*}; Liliana P. Ferreira^{1*}; Ricardo Gasparinho^{1*}; Núria Santos^{1*}; António Alho^{1*}; Isa Costa^{1*}; Inês S. Fernandes^{1****}

¹Hospital Distrital de Santarém

^{*}Médico Interno Formação Específica de Psiquiatria

^{**}Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

^{***}Psicóloga

^{****}Médica Assistente Hospitalar de Psiquiatria

e-mail: nuno.fernandes@hds.min-saude.pt; carla.ferreira@hds.min-saude.pt; ana.castelo@hds.min-saude.pt; marisa.fernandes@hds.min-saude.pt; liliana.ferreira@hds.min-saude.pt; ricardo.pereira@hds.min-saude.pt; nuria.santos@hds.min-saude.pt; antonio.alho@hds.min-saude.pt; isa.costa@hds.min-saude.pt; ines.silva@hds.min-saude.pt

Resumo

O uso moderno do termo "antipsiquiatria" refere-se a um movimento internacional que surgiu durante os anos 1960 e 70. Os "antipsiquiatras" questionam a própria base da psiquiatria: o propósito, a conceção fundamental da doença mental e a própria distinção entre a loucura e a própria sanidade.

O movimento antipsiquiatria foi o resultado de uma interação única entre um pequeno grupo de indivíduos com ideias semelhantes e um clima político. A mensagem da antipsiquiatria foi um apelo para uma mudança de paradigma na compreensão da doença mental; depois, o questionar os sistemas que endossavam e agiam em nome de uma sociedade alienante, abusando e marginalizando aqueles que eram erroneamente vistos como diferentes, e intervindo nesses comportamentos com medicamentos. A psiquiatria foi desafiada de uma forma excecional e, até os dias de hoje, a antipsiquiatria continua a ter uma influência nos que são críticos de uma das especialidades médicas mais controversas.

Palavras-chave: psiquiatria; movimento anti-psiquiatria; história da medicina; história da psiquiatria; história da loucura

Abstract

The modern use of the term 'anti-psychiatry' refers to an international movement which arose during the 1960's and 70's. Anti-psychiatrists question the very basis of psychiatry itself: its purpose, its foundational conception of mental illness and the very distinction between madness and sanity itself.

The anti-psychiatry movement was the result of a unique interplay between a small host of like-minded individuals and a political climate. The message of anti-psychiatry was a call for a paradigm shift in the understanding of mental illness; then a call to question the systems that endorsed and acted on behalf of an alienating society, abusing and marginalizing those who were wrongly seen as different, and coshing those natural behaviors with medications. Psychiatry was challenged in an exceptional way, and to the present-day anti-psychiatry remains a lasting influence on those who stand critical against what is one of the most contentious medical specialties.

Key words: psychiatry; anti-psychiatry movement; history of medicine; psychiatry history; history of madness

Introdução

O uso moderno do termo "antipsiquiatria" refere-se a um movimento internacional que surgiu durante os anos 1960 e 70. Os "antipsiquiatras" questionam a própria base da psiquiatria: o propósito, a conceção fundamental da doença mental e a própria distinção entre a loucura e a própria sanidade.

Nas últimas 4 décadas o movimento antipsiquiatria passou de um movimento de influência internacional dominado por psiquiatras para uma coligação de ex-doentes que lutam contra tratamentos farmacológicos, hospitalizações coercivas e outras práticas psiquiátricas autoritárias.

Os antecedentes do movimento antipsiquiatria datam do início dos anos 50, altura em que se desenvolveu uma divisão profunda entre psiquiatria biológica e psicanalítica.

O nosso objetivo é fazer uma revisão sobre a história do movimento antipsiquiatria

Movimento Antipsiquiatria – a história

O que é a antipsiquiatria?

O uso moderno do termo "antipsiquiatria" refere-se a um movimento internacional que emergiu durante os anos 60 e 70, denominado desta forma pela posição central crítica relativa à psiquiatria. O termo "antipsiquiatria" é atribuído ao psiquiatra David Cooper, exposto no seu livro "*Psychiatry and Anti-Psychiatry*" de 1967.^{1,2,3}

As ideias de base que se tornaram o foco da antipsiquiatria foram desenvolvidas por um número de críticos, entre os quais David Cooper, Ronald Laing, Michael Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman, Thomas Szasz, Aaron Esterson. Eles produziram um novo corpo de ideias que se originou de um *background* muito variado de locais e fontes, levando a um movimento que compreendeu vários centros geográficos e conceptuais diferentes. Embora houvesse um acordo geral, com muitos dos críticos a unirem-se para promover abordagens alternativas à psiquiatria, também havia divergências importantes entre eles.^{1,2}

Além de questionar certas terapias ou políticas da psiquiatria, a antipsiquiatria veio questionar a própria base da psiquiatria: o seu propósito, a sua conceção fundamental da doença mental e a própria distinção entre a loucura e a própria sanidade. Eles comentaram sobre a função da psiquiatria como agente de controle social, sua invalidez como especialidade médica e sua tendência para prejudicar aqueles que professava ajudar. Foram esses temas comumente aceites que formaram as linhas unificadoras que uniram os diferentes críticos como os chamados "antipsiquiatras". As próprias figuras da antipsiquiatria eram psiquiatras sendo a antipsiquiatria considerada uma "revolta de cima" e, portanto, distinta de outras linhas de crítica, incluindo aqueles "de fora", como os ataques da Igreja da Cientologia, e "de baixo", como grupos de pacientes. Isso permitiu que os "antipsiquiatras" tivessem uma influência poderosa na sua profissão, bem como no público que lia os seus livros. A antipsiquiatria foi assim trazida para a esfera social pelos seus apoiantes, tornando-se mais do que um conjunto de teorias similares e críticas num fenómeno cultural.^{1,2,3}

Evolução ao longo dos tempos – século XIX

Para perceber o sentido em que a antipsiquiatria pretendia questionar os fundamentos da psiquiatria, primeiro é necessário avaliar quais eram esses fundamentos e de onde vieram. Muitas das contestações da antipsiquiatria surgem ao longo do curso da psiquiatria e os mesmos dilemas que a psiquiatria do século XX enfrentou já existiam no século XIX no entanto não existia nenhuma de força unida para ser "anti-".¹

Com o surgimento dos asilos para os loucos no século XIX, a "loucura" foi colocada pela primeira vez sob a alçada da profissão médica. Antes disso, os loucos eram da responsabilidade da comunidade e eram rotineiramente mantidos dentro de casa, expulsos, presos ou confinados em hospícios. A religião e a moralidade tinham o dever de cuidar e os

médicos desempenhariam apenas um papel pequeno. Os manicómios facilitaram o interesse crescente da investigação médica sobre a loucura, permitindo que um grande número de loucos estivesse reunido, podendo ser estudados detalhadamente e classificados pela primeira vez como qualquer outra doença. Os “médicos dos loucos” tornaram-se cada vez mais populares e apareceu uma especialidade da medicina onde havia novos vazios de conhecimento a serem preenchidos. O progressista médico francês Philippe Pinel acreditava que a institucionalização proporcionava melhores condições de vida aos insanos e o seu “arrancar as correntes dos loucos” simbolizou uma posição contra os maus-tratos aos loucos e com o objetivo de vê-los como pessoas que estavam simplesmente doentes e cujas doenças poderiam ser compreendidas e ser tratadas.¹

Wilhelm Griesinger foi um psiquiatra alemão importante que falou das virtudes da medicalização. Ele compartilhava o sentimento comum da época de que, embora aceitasse fatores psicológicos e sociais, a loucura era essencialmente orgânica e enraizada em lesões cerebrais. O tratamento da loucura estava dentro do domínio médico e devia ser visto dentro do modelo médico da doença. Ele fez a observação de que “doenças mentais são doenças cerebrais” dando um diagnóstico às doenças, e dignidade aos doentes. Griesinger acreditava que uma origem orgânica para a loucura dava uma esperança à ciência e que transformava o que antes era um rótulo estigmatizante em uma condição médica.¹

A psiquiatria como profissão foi estabelecida em 1841 pela Associação de Oficiais Médicos de Asilos e Hospitais para Insanos, a precursora do atual *Royal College of Psychiatrists*. A psiquiatria viu um desenvolvimento contínuo das suas teorias até o século XX, com muitos médicos notáveis como Kraepelin, Wernicke, Alzheimer e Charcot tornarem-se conhecidos ao descrever novas síndromes e especular sobre as suas etiologias. Mas enquanto a classificação dentro do asilo avançava no século XX, as terapias continuaram ao longo de um curso experimental que combinava abordagens morais e mudanças de estilo de vida com uma confusão de métodos mais extremos. Isso prolongou-se desde o início do século XIX com sangramentos, imersão em água fria, até o século XX com terapia de choque de insulina, electroconvulsivoterapia e psicocirurgia. Embora alguns destes tratamentos tenham sido considerados eficazes e outros tenham recebido aclamação mundial, houve uma crítica crescente de que os tratamentos eram desumanos e sua extremidade, um sinal de desespero. Por volta do ano de 1900 os asilos foram “atacados” na sequência de escândalos por supostos maus-tratos e abusos.¹

Evolução ao longo dos tempos – século XX

Nesta altura os asilos ficaram sob pressão e foi necessário um processo de reforma. Apareceram novas teorias e abordagens psicológicas, como a psicanálise de Freud e a psicologia analítica de Jung, ganhando uma grande popularidade.¹

Na década de 30, várias práticas médicas controversas foram introduzidas, incluindo a indução de convulsões (por eletrochoque, insulina ou outras drogas) ou o corte de partes do cérebro (lobotomia). Avanços na psicofarmacologia vieram melhorar a confiança na ciência e a capacidade de tratar. O lítio apareceu em 1939 e, mais tarde foram introduzidos antipsicóticos e antidepressivos, permitindo restaurar a credibilidade da psiquiatria. Os medicamentos vieram dominar o tratamento e afastaram os pacientes da institucionalização em massa no sentido de uma abordagem mais baseada na comunidade e ambulatorio.

No entanto da década de 60 apareceu um movimento “antipsiquiatria” (um termo usado pela primeira vez por David Cooper em 1967). Este movimento veio desafiar as reivindicações e práticas fundamentais da psiquiatria convencional. Embora existissem precedentes em décadas e séculos anteriores, na década de 1960 assumiu um caráter nacional e internacional, com acesso aos meios de comunicação e incorporando uma ampla mistura de organizações ativistas e entidades profissionais de prestígio. Cooper era um psiquiatra e argumentou que o contexto político da psiquiatria e os seus doentes tinham que ser enfatizados e radicalmente

desafiados, e advertiu que a névoa da linguagem terapêutica individualizada poderia tirar a capacidade das pessoas de ver e desafiar o quadro social mais amplo. Ele falou de ter um objetivo de “não psiquiatria”, bem como antipsiquiatria.¹

Durante a década de 60, outras vozes criaram um novo desafio às pretensões da psiquiatria como ciência e do sistema de saúde mental. Essas vozes incluíram Ernest Becker, Erving Goffman, Laing, Aaron Esterson, Thomas Scheff e Thomas Szasz. Os seus trabalhos e os trabalhos de outros, como os artigos da revista *The Radical Therapist*, receberam o rótulo de “antipsiquiatria”, apesar das amplas divergências filosóficas. Esta literatura crítica, em conjunto com um movimento ativista, enfatizou a hegemonia do modelo médico da psiquiatria, a mistificação dos problemas humanos e práticas opressivas do sistema de saúde mental, como hospitalização involuntária, fármacos e eletrochoque.¹

A observação dos abusos da psiquiatria na União Soviética nos chamados hospitais *Psikhushka* também levou ao questionar da validade da prática da psiquiatria no Ocidente, nomeadamente o diagnóstico de esquizofrenia a dissidentes políticos, levando alguns a questionar o diagnóstico geral e o uso punitivo do rótulo esquizofrenia. Isso levantou questões sobre se o rótulo de esquizofrenia e o tratamento psiquiátrico involuntário resultante não poderiam ter sido usados da mesma forma no Ocidente para subjugar jovens rebeldes durante conflitos familiares.¹

Foram-se formando alianças com outros grupos ativistas contemporâneos e em Maio de 1970, centenas de membros do movimento antipsiquiátrico juntaram-se a ativistas gays para formar uma corrente humana impedindo psiquiatras de entrar na reunião anual da Associação Americana de Psiquiatria.¹

No início da década de 1970, o advogado antipsiquiátrico Bruce Ennis criou o “Tribunal de Saúde Mental”. O seu objetivo era abolir completamente os internamentos involuntários. Essas e outras iniciativas provocaram a libertação de centenas de milhares de pacientes que estavam institucionalizados em hospitais estatais.¹

Em Itália, o psiquiatra italiano Franco Basaglia mobilizou um movimento antipsiquiátrico que culminou no Projeto de Lei da Reforma Nacional da Itália de 1978. Este Projeto de Lei proibiu todos os asilos e internamentos compulsivos e estabeleceu unidades psiquiátricas de hospitais comunitários. Esta reorganização dos serviços de saúde mental na Itália resultou no “movimento psiquiátrico democrático”, levando a que centenas de instituições psiquiátricas fossem fechadas em toda a Europa, Nova Zelândia e Austrália.¹

Apesar desses sucessos notáveis e após quase duas décadas de proeminência, o movimento antipsiquiátrico internacional começou a diminuir drasticamente no início dos anos 1980, tanto em visibilidade quanto em impacto. Para isso contribui em muito a psiquiatria organizada, que ao abordar algumas das principais queixas do movimento, foi capaz de neutralizá-lo até certo ponto. Também a adoção do modelo biopsicossocial estreitou a lacuna entre os profissionais psicanalíticos e biológicos. As descobertas dos neurotransmissores e estudos de gêmeos na área da esquizofrenia ofereceram suporte para que a esquizofrenia fosse considerada pelo menos parcialmente como de base biológica. O facto de os psiquiatras reduzirem significativamente as dosagens prescritas de neurolépticos após os estudos de comparação falharem em apoiar a eficácia e a discinesia tardia se tornar mais aparente, assim como a marginalização da eletroconvulsivoterapia e a psicocirurgia à medida que os tratamentos e internamentos compulsivos eram submetidos a rigoroso escrutínio judicial, ajudaram neste processo. No entanto, de longe, o fator determinante mais importante da queda do movimento antipsiquiatria foi a perda de um amplo apoio. O movimento antipsiquiátrico derivava de uma estreita relação com outras coligações de esquerda progressista que, por associação e sobreposição de membros, apoiavam o movimento. Com o declínio das coligações de estudantes, feministas, gays e negros, o movimento antipsiquiátrico não poderia mais depender do apoio da contracultura. A esquerda radical, com sua visão utópica, estava sendo substituída, em todo o mundo, por uma “paisagem”

política conservadora emergente. Neste contexto, o movimento dos utentes de saúde mental veio oferecer a uma coligação antipsiquiátrica em luta o colaborador dominante de que precisava para o rejuvenescimento. Foram criadas estratégias para formar alianças políticas e fazer *lobby* em vez de confronto, atraindo políticos conservadores que estavam cansados da desobediência civil. Esta visão do movimento de pacientes ajudando-se uns aos outros abordou uma preocupação crescente com o custo do tratamento de saúde mental. Os utentes consideravam o movimento antipsiquiátrico como “em grande parte um exercício intelectual de académicos”. Assim, o movimento antipsiquiátrico evoluiu de uma base em campus para ser baseado em pacientes, e os fundadores foram marginalizados como espectadores de um movimento que haviam começado. Com mais de meio milhão de pacientes desinstitucionalizados para recorrer, havia um potencial para a nova coligação antipsiquiátrica. Muitos ex-pacientes, zangados com o tratamento coercitivo que haviam recebido e em busca de apoio e identidade, seriam portadores ideais da mensagem antipsiquiátrica. Desta forma formaram-se várias associações e grupos de pacientes, promovendo a antipsiquiatria através de conferências e através de sites aproveitando a crescente “comunidade global” da *Internet*.¹

Evolução ao longo dos tempos – nos nossos dias

Atualmente a psiquiatria tem dificuldade em ter um diálogo construtivo com o movimento de utentes radicais. Estes grupos de utentes são vistos como extremistas, tendo poucos fundamentos científicos e nenhuma liderança definida. Eles são vistos como uma tentativa contínua de restringir “o trabalho do psiquiatra e o cuidado aos doentes graves”.

Assim, a psiquiatria continua a lutar contra a desinformação antipsiquiátrica sobre o uso de tratamento compulsivo, eletroconvulsivoterapia, estimulantes e antidepressivos em crianças e antipsicóticos em adultos.

Por outro lado, os utentes radicais permanecem pouco inclinados a suavizar sua postura antipsiquiátrica em relação a uma profissão que consideram territorial e biologicamente orientada que, em sua opinião, tem lucrado com pacientes que negligenciou e abusou. Estes utentes vêem-se como “a última minoria”, injustamente estigmatizada por uma classificação pseudocientífica e com autodeterminação negada. Ao constituírem o movimento antipsiquiatria atual consideram desempenhar um papel assertivo na prestação de serviços de saúde mental em todo o mundo.

Conclusão

O movimento antipsiquiatria foi o resultado de uma interação única entre um grupo de indivíduos com ideias semelhantes e um clima político. A mensagem do movimento antipsiquiatria foi um apelo para uma mudança de paradigma na compreensão da doença mental, seguida de um questionar dos sistemas que agiam em nome de uma sociedade alienante, abusando e marginalizando aqueles que eram erroneamente vistos como diferentes. A contracultura identificou-se com esses temas e forneceu uma plataforma na qual o movimento poderia ter uma. A psiquiatria foi desafiada de uma forma excecional, e até aos dias de hoje o movimento antipsiquiatria constitui uma influência para aqueles que se posicionam contra uma das mais controversas especialidades médicas.

Fontes e bibliografia final

1. RALLEY, OLIVER - Anti-Psychiatry [Em linha], atual. 2012. [Consult. 1 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.priory.com/history_of_medicine/Anti-Psychiatry.htm>.
2. RISSMILLER, DAVID; RISSMILLER, JOSHUA - Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism — MFIPortal [Em linha], atual. 2006.

[Consult. 1 mar. 2020]. Disponível em
WWW:<URL:<https://mindfreedom.org/campaign/apa-essay-on-movement/>>.
3. WHITLEY, ROB - The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing?.
Psychiatric Services. 63:10 (2012) 1039-1041. doi: 10.1176/appi.ps.201100484.

SIMULAÇÃO DE LOUCURA – UM CASO DO ARQUIVO DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA

Inês Pinto da Cruz

Investigadora do Ceis20 – Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX
da Universidade de Coimbra

Professora Ajunta Convidada na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra

email: inespcruz77@gmail.com

Resumo

Esta comunicação pretende refletir sobre simulação de loucura, situação que, de acordo com Júlio de Matos, não era rara nos exames mentais efetuados em Conselho Médico-Legal nos finais do século XIX e inícios do século XX. Procurar-se-á abordar os procedimentos levados a cabo pelos peritos, no sentido de concluir tal cenário, para além dos trâmites legais a seguir em situações desta natureza. Para tal, dar-se-á a conhecer o caso de F. M. M.*, autor de um triplo homicídio ocorrido em Montemor-o-Velho, que foi avaliado pelo Conselho Médico-Legal da circunscrição de Coimbra em abril de 1909 e cujo veredito confirmou a efetiva simulação de loucura.

Palavras-chave: simulação de loucura; psiquiatria forense; F.M.M.; Conselho médico-legal

Abstract

This paper intends to reflect on simulation of madness, a situation that, according to Júlio de Matos, was not uncommon in the mental examinations carried out by the Medical-Legal Council in the late 19th and early 20th centuries. The procedures carried out by the experts will be addressed as well as the legal procedures followed in situations of this nature. The case of F. M. M. will be explored, once he was the author of a triple homicide in Montemor-o-Velho and was examined by the Medical-Legal Council of the district of Coimbra in April 1909 and whose verdict confirmed the effective simulation of madness.

NOTA PRÉVIA: O NOME DO AUTOR DO CRIME APARECE APENAS COM AS SUAS INICIAIS POR UMA QUESTÃO ÉTICA, DE MODO A PRESERVAR A CONFIDENCIALIDADE DA SUA IDENTIDADE

Introdução

Nos finais do século XIX e inícios do século XX os casos de simulação de loucura não era rara nos exames mentais efetuados em Conselho Médico-Legal em Portugal.

Júlio de Matos esclarecia que a «simulação de loucura» era normalmente perpetrada por indivíduos que procuravam isentar-se do serviço militar; por alienados que se haviam curado e que teriam sofrido experiências decepcionantes após a saída do hospital, procurando então uma forma de reintegração que lhes garantiria a subsistência sem trabalho; e por fim, indivíduos que teriam praticado crimes e pretendiam ser qualificados de irresponsáveis ou, pelo menos, procuravam uma diminuição da pena, caso esta tivesse sido aplicada. O alienista particularizava que esta última situação era, sem dúvida, a mais frequente.¹

Discussão

No encadeamento do que Júlio de Matos referira acerca da temática da simulação de loucura, ou seja, deste ser executada com mais frequência por indivíduos que procuravam ser

¹ C.f. Matos, Júlio de, *Manual das Doenças Mentais*, 1884, p. 372 e 373.

qualificados de irresponsáveis ou obter, pelo menos uma diminuição da pena a que seriam sujeitos, expõe-se aqui o caso de F.M.M., o qual será apresentado de seguida.

Este indivíduo era natural de Soure, embora residisse na Figueira da Foz, onde possuía um negócio de bicicletas e objetos acessórios. Foi submetido a exame psiquiátrico pelo Conselho Médico-legal, na sequência da requisição do júri de direito da Comarca de Montemor-o-Velho, por intermédio do juízo de Coimbra. Para tal, foi examinado na Morgue da cidade, em 3 de abril de 1909.

A razão da sua acusação era um triplo homicídio por si praticado, na noite de 5 para 6 de setembro de 1908, à meia noite e meia, tendo invadido a casa de umas mulheres de apelido Monteiro e de alcunha “as Calafates”, moradoras na vila de Montemor o velho, assassinando aí um homem (de apelido Campos) e duas mulheres, respetivamente, a mãe, Joaquina Monteiro e a filha, Ana Monteiro. Esta última, havia sido amante do acusado e estava grávida do seu companheiro atual, que foi surpreendido pelo réu a passar a noite com a rapariga.

Numa ação intempestiva perpetrou o referido crime.

Já preso, o réu foi interrogado em Montemor o Velho, em 7 de setembro, pela autoridade judicial, a quem confessara tudo, ao ponto de descrever o crime com toda a minúcia.

Assim, na tarde de 5 de setembro de 1908, alguns indivíduos pediram-lhe boleia, no seu automóvel até um lugar perto de Montemor, denominado Gatões, onde ele os conduziu, tendo, no entanto, parado no caminho, alegando um desarranjo no carburador da viatura; já em Gatões cearam e no regresso, cerca da meia-noite, próximo de Montemor o Velho, a cerca de 1 Km de distância da casa mencionada, onde estaria a ex amante, fez uma nova pausa, alegando o mesmo motivo, ou seja, nova avaria no carburador.

Deixou os companheiros na viatura, para procurar em Montemor uma forma de arranjar o carro, não obstante a oferta dos colegas de viagem para o ajudar, ao que recusa.

Dirigiu-se então à casa das Calafates, batendo à porta, tendo sido reconhecido pela voz, por parte da ex-amante, que se demorou a franquear-lhe a entrada, demonstrando sinais de susto e embaraço. F.M.M. forçou então a entrada, conseguindo abrir a porta e encontrando lá dentro o dito rival, o Campos.

Durante o interrogatório alegou que suspeitou que o novo companheiro da ex-amante estivesse armado com faca ou navalha, por tê-lo visto tirar qualquer coisa por baixo de um monte de roupa, pelo que lhe desfechou dois tiros de uma pistola automática Browning's.

No seio desta cena violenta, a rapariga protegeu-se num quarto onde estava a mãe, com duas irmãs mais novas. Porém, o acusado foi-lhe no encalce e disparou também sobre ela, bem como sobre a sua mãe, justificando o ato, por entender ser ela a culpada de tudo, como causadora da perdição da filha, e portanto da dela própria.

O ambiente era de verdadeiro terror, até pelas duas crianças, que presenciaram tudo e se puseram em altos gritos, suplicando-lhe pelas suas vidas, ao que o criminoso acedeu, por considerar que de nada tinham culpa.

Em poucos minutos estava consumada esta tremenda tragédia, tendo o criminoso saído da casa das Calafates em direção ao seu automóvel, através de vários becos e ruas, que não sabia o nome, num dos quais lhe foi atirada uma pedra por um rapaz, filho de uma sua conhecida. Tal facto fê-lo reconhecer que correria perigosos riscos, na sua demanda pelo veículo, ouvindo muita gente em gritos, pelo que cortou então por caminhos que conhecia mal até alcançar a estrada da Figueira, para onde se dirigiu a pé e onde chegou às 6 e meia da manhã. Entrando em casa, resolveu sair de lá rapidamente com o copeiro e com a criada em direção a Vinha da Rainha, povoação do concelho de Soure.

Depois de chegarem ao destino, estavam os três juntos numa casa a almoçar, quando veio o regedor daquela localidade e efetuou a prisão de todos, tendo sido conduzidos a Soure e depois a Montemor, onde o acusado estabeleceu com precisão o mecanismo do crime, acentuando que nenhum dos seus companheiros de viagem tivera nada a ver com os homicídios.

Note-se que o interrogatório foi repetido a 12 de setembro, ou seja, 5 dias depois do primeiro, com os mesmos resultados, tendo então o criminoso dado entrada na Cadeia de Coimbra, onde permaneceu, não sem ter feito uma tentativa de evasão, tendo-se aproximado para isso de outros presos e adiantado os trabalhos preparatórios para a fuga, pelo que foram encontrados alguns utensílios escondidos na prisão. Por outro lado, também se tentou enforcar duas vezes com um lençol, envenenar-se com fósforos, e a quarta vez que tentou o suicídio procurou estrangular-se com as mãos. No caso do recurso ao envenenamento com fósforos, este não ficou bem averiguado e criou já uma razoável suspeita de simulação.

De salientar que o acusado aceitou bem, nesta como em outras ocasiões em que teve assistência médica, os socorros clínicos, não deixando ficar no espírito dos médicos que o socorreram, nenhuma suspeita de alienação mental.

Ao mesmo tempo o acusado manifestou alguns ataques exaltados, com atos movimentados, entrando facilmente em irritação e fúria, às vezes, sem motivo. Caía no chão, estrebuchando, tendo-se mesmo ferido uma vez nos cotovelos, por ter batido com eles no soalho, e outra vez magoou-se nas costelas, mas nunca mordeu a língua. Nestas ocasiões disse que não sabia o que fazia e pediu até que se acautelassem dele, porque se conhecia e sabia que era perigoso. Em tempos, ameaçou mesmo um companheiro de prisão por causa de umas questões relativas a mulheres que prestavam serviços de fora da cadeia, mas o companheiro admoestou-o devidamente e o acusado acomodou-se.

Tinha um filho de dois anos, de uma outra amante, que o visitava todos os dias na cadeia e a quem geralmente acarinhava, mostrando-se, contudo, por vezes indiferente à criança.

Avisado para se apresentar ao Conselho Médico-Legal, na Morgue de Coimbra, no dia 3 de abril de 1909, pediu para ser transportado de carro, que pagou, a fim de evitar a exposição pública.

Do relatório do Conselho Médico-Legal, constituído por Lopes Vieira, António de Pádua e Aníbal Maia, pode ler-se que o aspeto do acusado era de alguém que estava fisicamente fraco e que além de um ligeiro estrabismo, nenhuma outra anomalia se lhe encontrava por simples inspeção. Tratava-se de um homem de 30 anos, de estatura regular e até bastante esbelto.

Interrogado sobre os motivos do exame, declarou ignorar completamente o crime, não sabendo o que se tinha passado depois de certa hora naquela noite por diante e que, quando deu por si estava na Figueira da Foz, em frente a fábrica de gás, às seis e meia da manhã. Afirmou não saber como lá tinha ido ter e que só tinha recordações a partir daquela hora. A princípio nem sabia precisar quando foi o crime, mas depois disse que fora há menos de um ano.

Júlio de Matos explica na sua obra *Manual das Doenças Mentais* que, tal como o alienado, o simulador pode alegar esquecimento do crime, mas “não procederá assim senão depois de ter procurado conscientemente esconder o delito”.¹

Na verdade, o acusado demonstrou raciocinar com clareza tendo-se visto embaraçado com as razões que iam sendo apresentadas: como é que não se lembrava do crime se com tanta fidelidade o descreveu às autoridades de Montemor? Admitindo que tivesse tido uma crise de loucura a qualquer hora da noite, como foi ter a casa da rapariga? Depois de se convencer de que não tinha receio de responder pacificamente, confessou que era com a intenção de a levar no automóvel, a fim de ela lá ficar a assistir à festa de Nossa Sra. da Encarnação.

Durante o interrogatório, quando um dos membros do Conselho Médico-Legal lhe mostrou o erro por ele cometido em se ter dirigido à Figueira, pois para fugir, que era afinal o seu intuito, o que lhe convinha era afastar-se de lugares onde era conhecido, advertiu: «mas eu queria era ir para casa». “Por duas vezes caiu nesta resposta. Como é que então, com o tino perdido acertou com o caminho para casa?”²

¹ *Idem, ibidem*, p. 374 e 375

² *Registo de Exames Mentais e Respectivo Parecer do Conselho Médico-Legal. 1900-1911. Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, Livro 11, 1900-1911, exame nº 18, folha 78.*

Deduziram os peritos que essa ida a casa, era notória da sua necessidade de arranjar os meios necessários para a fuga, o que se relaciona com o que Júlio de Matos referia a este respeito, ou seja, “ao passo que o criminoso comum procura por todos os meios escapar à ação da justiça, ora fugindo, ora negando o ato arguido, o alienado ou ignora sinceramente o crime de que o acusam e que praticou num momento de cega e inconsciente impulsão, como aos epiléticos acontece, ou, se o premeditou, como fazem os perseguidos, ele próprio o anuncia, detalhando com prazer as circunstâncias que o acompanham”.¹

Questionado sobre as minúcias do crime, um dos médicos demonstrou ao réu que ele tentara primeiro justificar-se, alegando a legítima defesa, o que, aliás, segundo os peritos, era bem admissível. Tinha ou não o Campos alguma faca? O réu não sabia se tinha, mas achava que devia ter, porque, segundo ele, a rapariga em tempos o prevenira de que ele a possuía; por isso, contou, quando o viu dirigir-se para ele e estender a mão, desfechou logo, lembrando-se daquela provocação.

A partir daí, de resposta em resposta, F.M.M. foi descrevendo todo o crime tal como ocorreu, não esquecendo o pormenor da gravidez da ex amante, que revelou no decurso de uma resposta, sem sequer ter sido questionado quanto a isso.²

Por fim os membros do Conselho Médico-legal confrontaram-no com o estado de desmemoramento apresentado antes, ao que este se desculpou com o facto de se sentir doente há mais de um ano e desconfiar que a Ana Calafate lhe dera alguma coisa a beber; aludiu a dores de cabeça e uns tremores sentidos, que um médico lhe tratara com choques elétricos e com banhos de chuva e de mar e os ataques manifestados na cadeia seriam a continuação desse veneno, ou a sua consequência.

Note-se que o clínico que nomeara como seu médico, afirmou não ter ideia deste doente nem de o ter tratado, após uma verificação pericial desta alusão.

Como conclusão os peritos consideraram ser extraordinariamente tardia a amnésia alegada pelo examinado, restrita apenas ao ato criminoso e não compreendendo os atos preliminares nem os consecutivos. Sustentam assim: “não se conhece semelhante amnésia mórbida, adstrita a qualquer forma de loucura epilética ou outra; mas nem mesmo a que o réu forjou ou inventou ele sustenta, porque foi descrevendo diante do Conselho os pormenores que antecederam o morticídio, procurando calar, em certa altura, somente o facto criminoso, terminando em que não se lembrava mais do que tinha feito, como matara e a quem matara”³.

Nesta linha de pensamento, os médicos do Conselho aludem à obra de Mairé⁴, «La simulation de la Folie»⁵, onde se lê que se não deve admitir a amnésia limitada ao facto criminoso com lembrança de tudo o mais.

Por outro lado, F.M.M. tinha dito aos peritos que não sabia por que caminho se tinha dirigido à Figueira da Foz, mas o certo é que tinha chegado ao destino, referindo, inclusivamente, que ao atravessar Montemor-o-Velho, durante a fuga, lhe atiraram uma pedra de uma janela, tendo mesmo reconhecido quem lha arremessou. Além disso, constava igualmente no processo o depoimento de testemunhas inquiridas sobre os antecedentes da vida do réu e familiares, que referiram que ele nunca tinha tido episódios de amnésia, nem de epilepsia, sendo, pelo contrário, descrito como um homem capaz de gerir o seu negócio e até inteligente.

¹ MATOS, Júlio de, *op. cit.*, p. 374 e 375

² *Registo de Exames Mentais e Respectivo Parecer do Conselho Médico-Legal. 1900-1911. Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, Livro 11, 1900-1911, exame nº 18, folha 78.*

³ *Ibidem*, folha 79.

⁴ Professor de doenças mentais e nervosas na Universidade de Montpellier

⁵ MAIRET, Albert - La simulation de la Folie. Montpellier: Coulet et fils, 1908, p. 295.

Conclusão

Assim, face à exposição destes factos, em 22 de maio de 1909, o Conselho Médico-legal concluiu que o examinado não sofria de qualquer doença mental que o irresponsabilizasse do ato praticado, tratando-se de um caso de simulação de loucura, pois não poderiam aceitar como real a amnésia ou perda de memória só recentemente alegada pelo réu, na medida em que este disse aos médicos do Conselho Médico-Legal que não sabia por que caminhos se havia dirigido para a Figueira da Foz, mas a verdade é que não deixou de chegar ao ponto do seu destino e que, ao atravessar Montemor, na fuga, viu que lhe atiraram de uma janela uma pedra, tendo até conhecido quem lha arremessou.

Por todo este conjunto de dados e circunstâncias, os peritos consideraram lamentável a tentativa de trazer um acusado nestas condições à presença de um Conselho Médico-legal.

Bibliografia

MAIRET, Albert - *La simulation de la Folie*. Montpellier: Coulet et fils, 1908. 324p.

MATOS, Júlio de - *Manual das Doenças Mentaes*. Porto: Livraria Central de Campos & Godinho – Editores, 1884. 418p.

Registo de Exames Mentais e Respectivo Parecer do Conselho Médico-Legal. 1900-1911. Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, *Livro 11, 1900-1911*, exame nº 18.



Hospital Conde de Ferreira

(In:<https://portaldasaude.scmp.pt/pt-pt/centro-hospitalar-conde-de-ferreira/conde-ferreira-hospital>)

EXCLUSIVIDADE, DEDICAÇÃO E PARCIMÓNIA: AS RECOMPENSAS SALARIAIS DOS ENFERMEIROS NO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE FERREIRA PELOS FINAIS DO SÉCULO XIX

Analisa Candeias*; Filomena Gomes**; Luís Sá***; Alexandra Esteves****

*Professor Adjunto na Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem. UICISA-E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem. Portugal

**Professor Coordenador na Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem. UICISA-E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal

***Professor Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Sociedade Portuguesa de História de Enfermagem. Portugal

****Professor Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2pt), Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Portugal

Emails: lia.candeias@gmail.com; fgomes@ese.uminho.pt;lsa@porto.ucp.pt;estevesalexandra@gmail.com

Abstract

The Hospital de Alienados do Conde de Ferreira was inaugurated at the end of the 19th century, where new assistance lines were established for the alienated in Portugal. The hierarchy of its employees was strict and depended on the clinical director. The aim of this work is to present a comparison between the salaries of the Hospital's employees at the end of the 19th century, with an emphasis to the salaries of nurses, helpers and servants. Having to live within the physical circumscriptions of the Hospital, nurses, helpers and servants were the lowest paid employees, although there were also differences between them: nurses were the highest paid employees, followed by helpers and servants were those who were in a lower salary limit. The parsimonious wage reward aimed a total dedication to the assistance of the alienated, as well as an exclusive connection of their personal lives to the life of the Hospital.

Palavras-chave: história da psiquiatria; alienado; hospital.

Introdução

Nos finais do século XIX foi inaugurado, no Porto, o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, primeira instituição psiquiátrica a ser construída em Portugal. Sendo considerada uma obra de vanguarda, este Hospital albergava não só alienados, mas igualmente diversos praticantes da assistência, como enfermeiros, médicos ou farmacêuticos¹. O corpo de trabalhadores do Hospital era heterogéneo, tanto no que dizia respeito às responsabilidades, como às vivências que ocorriam dentro desse espaço clínico, heterogeneidade essa que se refletia a nível salarial.

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma comparação entre os salários dos funcionários do Hospital no final do século XIX, com especial ênfase relativamente aos salários dos enfermeiros, ajudantes e criados, que trabalhavam exclusivamente nas enfermarias dessa instituição. Realizaremos, primeiramente, uma breve exposição contextual relativa ao cenário hospitalar em estudo e, posteriormente, apresentaremos os resultados que advêm da comparação mencionada, refletindo sobre a tipologia dos deveres que era inerente a esses trabalhadores.

¹ Veja-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).

1. Sobre o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira

A assistência dos alienados apresentou grande desenvolvimento durante o século XIX. Esse crescimento foi alavancado não só pela evolução industrial e de conhecimento que caracterizou os anos de oitocentos a nível internacional, mas igualmente porque a psiquiatria foi tomada como ciência nesse período¹. Portugal não foi exceção a esse facto, visto que seguiu as tendências que vinham a ecoar pelo mundo desde o final do século anterior. Mais, a psiquiatria foi incluída na academia portuguesa logo no início do século XX, após o seu crescimento nos anos anteriores, embora se fossem realizando alguns cursos de curta duração nos hospitais psiquiátricos nos finais do século XIX, dirigidos aos médicos².

O Hospital de Alienados do Conde de Ferreira abriu as suas portas a 24 de março de 1883, cerca de dezassete anos após a morte do seu principal benfeitor, Joaquim Ferreira dos Santos, Conde de Ferreira. Entre 1883 e 1884 encontraram-se nessa instituição 192 alienados, tendo saído da mesma, nesse período, vinte e dois doentes curados, onze melhorados e dezanove no mesmo estado clínico; durante essa fase existiram dezassete óbitos³. Dez anos depois, encontraram-se no Hospital 397 alienados, tendo saído vinte e três doentes curados, dez melhorados e seis na mesma condição de saúde; faleceram quarenta e seis pessoas⁴. O Hospital foi sendo ocupado de forma gradual, atingindo uma sobrecarga na sua lotação entre 1897 e 1898, com 438 alienados internados⁵ - número que se encontrava muito acima daquilo que o espaço hospitalar podia suportar. Esta sobrelotação não foi exclusiva ao cenário assistencial português, pois, por exemplo, no manicómio de Malta os alienados eram alojados nos vãos das escadas e na casa mortuária por não existir espaço disponível para todos nas enfermarias⁶.

No que se refere aos funcionários do Hospital, estes eram inseridos em diversas categorias, sendo a classe médica detentora do poder institucional. O diretor clínico apresentava soberania perante todas as decisões que tinham de ser tomadas relativamente à dinâmica hospitalar, sendo o responsável por nomear e despedir aqueles que considerasse necessário - tendo apenas de informar a Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que se encontrava a administrar a instituição⁷. Nas enfermarias do Hospital trabalhavam outros médicos, enfermeiros, ajudantes de enfermeiro e criados. O serviço administrativo era suportado por um secretário e um fiel de fazenda, ajudados pelos seus assistentes, sendo os restantes

¹ Leia-se em ESTEVES, Alexandra - Loucos e/ou Criminosos: o Debate sobre a Inimputabilidade em Portugal entre Meados do Século XIX e Inícios do Século XX. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de & GARCÍA, Alfredo Martin - *Os Marginais (séculos XVI-XIX)*, Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2018. pp. 279-294.

² Sobre este assunto veja-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.

³ Consultem-se os relatórios: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Relatorio dos Actos da Meza da Santa Casa da Misericórdia do Porto na Sua Gerencia de 15 de Dezembro de 1883 até 3 de Dezembro de 1884 pelo Secretario da Mesa Henrique Maria Ferraz Vianna*. Porto: Typographia de Antonio José da Silva Teixeira, 1884; SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Relatorio dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua Gerência do 1.º de Julho de 1893 até 30 de Junho de 1894 Apresentado ao Definitorio em Sessão de 10 de Julho de 1894 pelo Provedor Conde de Samodães*. Porto: Typographia de Antonio José da Silva Teixeira, 1894; e em SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Relatorio dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua Gerência do 1.º de Julho de 1897 até 30 de Junho de 1898 Apresentado ao Definitorio em Sessão de 11 de Julho de 1898 pelo Provedor Paulo Marcellino Dias de Freitas*. Porto: Typographia a Vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898.

⁴ Ibidem.

⁵ Idem.

⁶ Sobre a realidade de Malta atente-se a CHIRCOP, John - Management and Therapeutic Regimes in Two Lunatic Asylums in Corfu and Malta, 1837-1870. In ABREU, Laurinda. & SHIELD, Sally - *Hospital Life. Theory and Practice From the Medieval to the Modern*. Berna: Peter Lang AG, International Academic Publishers, pp. 179-207.

⁷ Consultem-se, como exemplo, as cartas de António Maria de Sena dirigidas à Mesa em Correspondência Recebida 1.º Semestre de 1884. Cota 958 [Manuscrito], Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

serviços (farmácia, cozinha, rouparia, jardim, ...) assegurados habitualmente por uma pessoa responsável, apoiados por praticantes ou criados¹.

Os alienados no Hospital encontravam-se organizados por classes, a primeira, a segunda, a terceira e a classe dos indigentes, sendo colocados nas catorze enfermarias aí existentes tendo em conta a patologia, as manifestações clínicas, o comportamento e a própria classe a que pertenciam. O internamento era pago de acordo com a classe a que cada alienado pertencia, embora os indigentes se encontrassem internados sem necessidade de custear a sua permanência no Hospital². De facto, esta instituição foi criada para dar resposta a uma necessidade social urgente, que era a da assistência dos alienados portugueses, para a qual Rilhafoles³ não se apresentava suficiente. O objetivo primário da dinâmica do Hospital passava por assegurar que a receita proveniente do pagamento dos internamentos realizados em primeira, segunda e terceira classe era o bastante para a manutenção dos internamentos dos alienados que se encontravam como indigentes⁴. No entanto, depressa o Hospital ficou sobrecarregado, com um número elevado de doentes que não podiam pagar pela assistência praticada, e não foi possível cumprir com esse objetivo. Até alguns dos internados que se encontravam como pensionistas foram transferidos para classes inferiores, ou passaram até mesmo à indigência, visto que as suas famílias não conseguiam cumprir com as obrigações financeiras relativas aos seus internamentos⁵.

Cada uma das enfermarias apresentava um responsável, enfermeiro ou enfermeira, coadjuvado por um ajudante. O Hospital apresentou alguns períodos sem enfermeiros suficientes para assumir a chefia das enfermarias, pelo que era um ajudante que tomava essa função, sendo até, por vezes, promovido a enfermeiro para esse efeito. Estes chefes (ou o binómio composto pela dupla enfermeiro-ajudante) tinham a seu cargo uma equipa de criados, que era responsável por todas as atividades concernentes aos alienados e pelos serviços de manutenção das enfermarias. Todas as atividades destes espaços eram supervisionadas por um fiscal, que se articulava, fundamentalmente, com o diretor clínico. Este fiscal encarregava-se igualmente do cumprimento do trabalho por parte dos funcionários das enfermarias: exatamente com o papel de *fiscalizar* todo o serviço efetuado pelos mesmos, fossem estes enfermeiros, ajudantes ou criados. Este trabalho de fiscalização estendia-se para além desses espaços, visto que também passava por ele o assegurar da qualidade das refeições e a manutenção dos serviços que tinham como objetivo o tratamento dos alienados⁶.

O quotidiano nas enfermarias era complexo e obedecia a uma rotina definida. Por volta das oito horas da manhã era servido o almoço, porém, antes do mesmo já os alienados tinham sido acordados, já havia sido efetuada a promoção da sua higiene e cumpridos os tratamentos hidroterápicos prescritos⁷. Durante a manhã era realizada a visita médica, sendo a mesma acompanhada por um enfermeiro; o jantar era servido por volta das treze horas e a ceia era

¹ Sobre os funcionários do Hospital atente-se aos regulamentos do mesmo do final do século XIX: 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.

² Ibidem.

³ Que abriu as suas portas em 1848.

⁴ Veja-se em 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.

⁵ Foi o caso de Álvaro Nuno Albergaria Castro e Silva, que esteve internado no Hospital trinta e sete anos: leia-se em Processo Administrativo n.º 62 (Álvaro Nuno Albergaria Castro e Silva). Sem cota [Manuscrito], Biblioteca do Centro Hospitalar do Conde Ferreira.

⁶ Sobre os deveres dos funcionários das enfermarias e do fiscal consultem-se os seguintes regulamentos: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento (...) 1883 e SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento (...) 1891.

⁷ Ibidem.

tomada cerca das vinte horas. Durante a manhã e a tarde eram estipuladas horas de ocupação, trabalho e lazer, sendo as primeiras atividades realizadas em oficinas e na própria manutenção dos espaços hospitalares. As horas de lazer eram passadas em passeios, recreios ou, então, em salas existentes nas enfermarias. Evitava-se o ócio e a propensão à indolência, pois os diretores clínicos¹ do Hospital no final do século XIX consideravam esses estados como motores antagonistas da cura ou melhoria clínica².

A realidade no Hospital era semelhante aquela vivida em Rilhafolles ou, até, à realidade internacional. De forma análoga, também no Isola di San Servolo, numa das ilhas de Veneza³, se mantinham hierarquias e funcionamentos rígidos, assim como em Málaga, no Hospital provincial da cidade⁴. O funcionamento de uma instituição no âmbito da assistência dos alienados era marcado pela disciplina e pelo rigor, condições que se consideravam essenciais para o tratamento desses doentes e para o controlo de comportamentos e atitudes desviantes. Se, por um lado, os alienados eram enviados para essas instituições para serem escondidos da sociedade, por outro lado, era estabelecida uma nova sociedade, ou pseudossociedade, interna às paredes hospitalares, também ela marcada por condições socioeconómicas, pelo uso do poder e, ainda, pelas conceções pessoais/académicas dos diretores que as dirigiam, que habitualmente tinham ao seu dispor a governação hospitalar.

2. Das Semelhanças e Diferenças nas Recompensas Salariais

Os funcionários do Hospital encontravam-se divididos por três categorias, a direção económica, direção clínica e o culto religioso, tendo em conta o Regulamento do Hospital de 1883. Da primeira categoria fazia parte o fiel de fazenda, o despenseiro, o chefe de cozinha e três ajudantes, o quinteiro, o maquinista e a roupeira. A segunda, direção clínica, compreendia o médico adjunto, três médicos ajudantes, o farmacêutico que era ajudado por um praticante de farmácia, o fiscal, o secretário, o oficial de secretaria, sete enfermeiros, três ajudantes (homens) e vinte criados, sete enfermeiras, três ajudantes (mulheres) e vinte criadas, o contínuo de secretaria e o porteiro E, da terceira, culto religioso, tomava parte o capelão, ao qual se juntou, anos mais tarde, um sacristão. Estes seriam os funcionários que o Hospital teria de ter a trabalhar a tempo integral se o número total de internamentos fosse atingido⁵.

O diretor clínico geria todos estes elementos, dando contas da sua ação à administração da Santa Casa da Misericórdia do Porto, tal como já foi referido. O diretor clínico geria igualmente os recursos materiais do Hospital, embora tanto para esses como para os recursos humanos o diretor fosse auxiliado pelo médico adjunto, assistidos, ambos, pelo secretário, fiel de fazenda e pelo fiscal. Atente-se à tabela infra apresentada, relativa ao ano de 1886, onde são apresentados os salários dos diferentes funcionários do Hospital, aos quais se foram juntando outros que se verificaram necessários ao bom funcionamento da instituição, como por exemplo o cobrador ou o fogueiro.

¹ O primeiro diretor clínico do Hospital foi António Maria de Sena, seguido por Júlio de Matos, aquando o falecimento do primeiro.

² Idem.

³ Leia-se em TUCKER, George A. - *Lunacy in Many Lands*. Sydney: Charles Potter, Government Printer, 1887.

⁴ Veja-se em MÉRIDA, María Concepción Fernández - La Función del Personal de Enfermería en el Hospital Provincial de Málaga en el Siglo XIX según el Reglamento de 1861. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*. ISSN: 1134-5160. 10 (2008), 583-590.

⁵ Sobre estas categorias veja-se em SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Regulamento* (...) 1883 e SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Regulamento* (...) 1891.

Tabela 1. Salário dos Funcionários do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira em 1886¹

Funcionários do Hospital		Salário Anual	Salário Julho de 1886
Direção e Secretaria	Diretor clínico (1)	1500\$000	125\$000
Direção e Secretaria	Médico adjunto (1)	900\$000	75\$000
Direção e Secretaria	Secretário (1)	400\$000	33\$333
Direção e Secretaria	Fiel de fazenda (1)	500\$000	41\$666
Direção e Secretaria	Oficial de secretaria (1)	350\$000	29\$166
Direção e Secretaria	Amanuense (2)	270\$000	22\$500
Direção e Secretaria	Cobrador (1)	80\$000	6\$666
Direção e Secretaria	Contínuo interino (1)	60\$000	5\$000
Direção e Secretaria	Porteiro (1)	80\$000	6\$666
Serviço Religioso	Capelão (1)	150\$000	12\$500
Enfermarias	Médico ajudante (3)	350\$000	28\$833
Enfermarias	Fiscal (1)	350\$000	28\$833
Enfermarias	Enfermeiro (6)	120\$000	10\$000
Enfermarias	Ajudante de enfermeiro (1)	80\$000	6\$666
Enfermarias	Criado (18)	50\$000	4\$166
Enfermarias	Enfermeira (3)	100\$000	8\$333
Enfermarias	Ajudante de enfermeira (2)	70\$000	5\$833
Enfermarias	Criada (20)	40\$000	3\$333
Cozinha	Despenseiro (1)	200\$000	16\$666
Cozinha	Cozinheiro (1)	--	12\$000
Cozinha	Ajudante de cozinha (3)	108\$000	9\$000
Casa de Banhos	Criado (1)	50\$000	3\$610
Casa de Banhos	Criada (1)	40\$000	3\$333
Casa de Autópsias	Guarda (1)	50\$000	4\$166
Quinta	Quinteiro (1)	--	7\$200
Casa de Máquinas e Lavandaria	Maquinista (1)	190\$000	15\$833
Casa de Máquinas e Lavandaria	Fogoeiro (1)	50\$000	4\$166
Casa de Máquinas e Lavandaria	Criada (1)	40\$000	3\$333
Rouparia	Roupeira (1)	140\$000	11\$666
Rouparia	Ajudante de roupeira (2)	60\$000	5\$000
Farmácia	Farmacêutico (1)	400\$000	33\$333
Farmácia	Praticante de farmácia (1)	90\$000	7\$500
Farmácia	Criado (1)	50\$000	4\$166

Fonte: 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

Da análise à tabela supra apresentada podemos verificar, de forma geral, que um médico ajudante ganhava cerca de 62% menos que o médico adjunto, o fiscal auferia tanto como um médico ajudante, um enfermeiro ganhava cerca de 65% menos que um médico ajudante ou que o fiscal, uma enfermeira auferia aproximadamente 17% menos que um enfermeiro, a roupeira recebia cerca de 14% mais que um enfermeiro, o farmacêutico auferia cerca de 15% mais que um médico ajudante ou que o fiscal, e, por último, uma criada ganhava cerca de 60% menos que uma enfermeira. Tendo em conta esta análise, é necessária uma reflexão acerca das competências académicas dos funcionários do Hospital: à época, apenas os médicos apresentavam formação considerada superior, sendo o farmacêutico proveniente, em geral, de escolas de farmácia, e os enfermeiros ainda se encontravam a dar os primeiros passos no que dizia respeito às escolas de enfermagem. De referir que a primeira escola de

¹ O salário do mês de julho foi calculado com base na média relativa ao número de funcionários por cada grupo profissional.

enfermagem do país foi aberta apenas em 1881, em Coimbra, pelas mãos de António Augusto da Costa Simões, dois anos antes da inauguração do Hospital. De forma semelhante, apelamos igualmente ao pormenor da inferioridade dos salários femininos em relação aos salários auferidos pelos pares masculinos, sendo congruente com a situação salarial das mulheres à época: aquilo que as mulheres ganhavam era tido apenas como uma espécie de suplemento familiar¹.

Encontrámos referência a dois enfermeiros de grande importância para o Hospital, o fiscal António Augusto Cerqueira de Barros e a enfermeira Maria da Conceição Barbosa², que se mantiveram em funções até ao início do século XX e, conseqüentemente, foram aqueles que apresentaram salários de maior monta nos finais do século XIX - o primeiro porque era fiscal e, a segunda, por antiguidade. António Augusto Cerqueira de Barros, que tinha sido considerado um dos melhores enfermeiros de Rilhafões, veio trabalhar para o Hospital como enfermeiro aquando da sua inauguração, sendo promovido a fiscal apenas um mês após a sua admissão; Cerqueira de Barros manteve-se como fiscal até 1912 - permaneceu no cargo durante vinte e nove anos -, tendo sido despedido nesse ano e falecido em 1913. Maria da Conceição Barbosa tinha trabalhado como enfermeira nos Hospitais Universitários de Coimbra, vindo trabalhar para o Hospital na mesma altura que o fiscal Barros. Foi a primeira pessoa do corpo de enfermagem da instituição a receber o Prémio Sena, devido aos seus bons serviços, e veio a falecer no Hospital em 1909, com 63 anos. Em junho de 1906 o fiscal Barros auferiu 31\$996 réis, valor superior ao salário dos médicos ajudantes; a enfermeira Maria da Conceição auferiu 11\$150 réis, sendo a enfermeira mais bem paga da instituição.

O quotidiano das enfermarias do Hospital era multifacetado e algo rígido e é necessário apresentar igualmente as responsabilidades dos enfermeiros, ajudantes e criados no âmbito do dia-a-dia hospitalar. Estes funcionários, chefiados pelos enfermeiros, eram incumbidos de desenvolver intervenções no âmbito da alimentação, ocupação e trabalho, exercício e recreio, hidroterapia, contenção, arranjo pessoal dos alienados, manutenção das enfermarias e outras atividades, como a administração de terapêutica específica sob orientação dos médicos ou o acompanhamento guiado de visitantes ao Hospital. As suas ações inseriam-se no âmbito do aplicar, ensinar, executar, promover e vigiar, sendo reservado de forma exclusiva para os chefes a gestão das enfermarias e o registo burocrático. Notou-se, no final do século XIX e início do século XX, uma forte rotatividade deste pessoal, em particular dos criados, que dificilmente permaneciam na instituição anos seguidos. O trabalho - feito por turnos, custoso devido à tipologia da assistência praticada e submetido ao poder hierárquico que provinha da antiguidade e da classe profissional - nem sempre correspondia às expectativas daqueles que integravam os quadros do Hospital e era natural que as demissões ou despedimentos se dessem de forma amiúde.

Tendo de habitar dentro das circunscrições físicas do Hospital, os enfermeiros, ajudantes e criados eram os funcionários com menor salário no âmbito das recompensas salariais disponibilizadas, embora, entre os mesmos, também existissem diferenças. Das três categorias na hierarquia de enfermagem, os enfermeiros eram os funcionários mais bem pagos, seguidos pelos ajudantes e sendo os criados aqueles que se encontravam num limite salarial inferior aos restantes. A recompensa salarial visava a total dedicação destes funcionários à assistência dos alienados, assim como uma vinculação exclusiva das suas vidas pessoais à vida quotidiana do Hospital. Os enfermeiros, ajudantes e criados faziam *sua* a vida

¹ Atente-se a VAQUINHAS, Irene - As Mulheres na Sociedade Portuguesa Oitocentista. Algumas Questões Económicas e Sociais (1850-1900). In VIEIRA, Benedicta Maria Duque - *Grupos Sociais e Estratificação Social em Portugal no Século XIX*. Lisboa: ISCTE, 2005, pp. 149-164.

² Sobre estes funcionários consulte-se o documento Livro Registro do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901. Cota 3082 [Manuscrito], Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

pública do Hospital, integrando as suas necessidades no desenrolar do dia-a-dia da instituição.

Conclusão

O século XIX foi profícuo naquilo que diz respeito à assistência dos alienados em Portugal, à semelhança daquilo que ia acontecendo a nível internacional. O Hospital assumiu-se como uma instituição inovadora e que veio impulsionar a psiquiatria portuguesa, sendo a mesma aceite na esfera académica já nos anos de noventa. As dinâmicas hospitalares aqui apresentadas manifestam-se como um brevíssimo retrato daquilo que era a vida da instituição, que visava não só responder a uma necessidade social, mas igualmente fomentar o equilíbrio que se julgava importante para a comunidade onde a mesma se inseria.

Os enfermeiros, e os seus subalternos, integrados na categoria da direção clínica do Hospital, eram responsáveis por assegurar que a assistência aí praticada era realizada com qualidade, disciplina e rigor, dedicando-se de forma exclusiva aos alienados. Os seus salários eram os mais reduzidos dentro da hierarquia hospitalar, sendo a sua formação estabelecida dentro das paredes institucionais. A aprendizagem, efetuada através da observação e da experiência, era parcimoniosamente recompensada, sendo a obediência um dos atributos mais valorizados nesse contexto.

Referências Bibliográficas

Correspondência Recebida 1.º Semestre de 1884. Cota 958 [Manuscrito], Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto

CHIRCOP, John - Management and Therapeutic Regimes in Two Lunatic Asylums in Corfu and Malta, 1837-1870. In ABREU, Laurinda. & SHIELD, Sally - *Hospital Life. Theory and Practice From the Medieval to the Modern*. Berna: Peter Lang AG, International Academic Publishers, pp. 179-207

ESTEVES, Alexandra - Loucos e/ou Criminosos: o Debate sobre a Inimputabilidade em Portugal entre Meados do Século XIX e Inícios do Século XX. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de & GARCÍA, Alfredo Martín - *Os Marginais (séculos XVI-XIX)*. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 2018. pp. 279-294

LEMOES, 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 Registro do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901. Cota 3082 [Manuscrito], Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto

MÉRIDA, María Concepción Fernández - La Función del Personal de Enfermería en el Hospital Provincial de Málaga en el Siglo XIX según el Reglamento de 1861. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*. ISSN: 1134-5160. 10 (2008), 583-590

Processo Administrativo n.º 62 (Álvaro Nuno Albergaria Castro e Silva). 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

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na Sua Gerencia de 15 de Dezembro de 1883 até 3 de Dezembro de 1884 pelo Secretario da Mesa Henrique Maria Ferraz Vianna*. Porto: Typographia de Antonio José da Silva Teixeira, 1884

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Relatorio dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua Gerência do 1.º de Julho de 1893 até 30 de Junho de 1894 Apresentado ao Definitório em Sessão de 10 de Julho de 1894 pelo Provedor Conde de Samodães*. Porto: Typographia de Antonio José da Silva Teixeira, 1894

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - *Relatorio dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua Gerência do 1.º de Julho de 1897 até 30 de Junho de 1898 Apresentado ao Definitório em Sessão de 11 de Julho de 1898 pelo Provedor Paulo Marcellino Dias de Freitas*. Porto: Typographia a Vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1898

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

TUCKER, George A. - *Lunacy in Many Lands*. Sydney: Charles Potter, Government Printer, 1887

VAQUINHAS, Irene - *As Mulheres na Sociedade Portuguesa Oitocentista. Algumas Questões Económicas e Sociais (1850-1900)*. In VIEIRA, Benedicta Maria Duque - *Grupos Sociais e Estratificação Social em Portugal no Século XIX*. Lisboa: ISCTE, 2005, pp. 149-164

ALBERTO BROCHADO E O AUTOMATISMO MENTAL DE CLÉRAMBAULT

Adrián Gramary*, Nuno Rodrigues Silva*

Centro Hospitalar Conde de Ferreira, Porto

*Médico Psiquiatra

Emails: adrian.gramary@gmail.com; nunosilva@ch-condeferreira.com

Resumo

Alberto Brochado (1893-1943) foi um psiquiatra e investigador português que desenvolveu a sua atividade clínica no Hospital Conde de Ferreira entre os anos 20 e 40 do século passado. É considerado o introdutor do choque insulínico em Portugal, tema ao qual dedicou o livro *O choque insulínico provocado. Sintomatologia. Fisiopatologia* (1943). Além do seu interesse pelos novos tratamentos biológicos, foi um leitor curioso que refletiu e polemizou em vários textos sobre as novidades psicopatológicas que iam surgindo na sua época: *O Delírio Histerico* (1922), *O Síndrome do Sosias* (1926), *O Síndrome de Capgras* (1932), *Sur le "Signe du Capuchon" dans la démence précoce* (1927) ou *Dois casos interessantes de psicose alucinatória crónica* (1927), entre outros. Os autores apresentam uma reflexão sobre o texto *As alucinações segundo Clérambault*, que Brochado dedicou em 1928 ao conceito de automatismo mental de Clérambault, uma síndrome que o autor francês desenvolveu em diferentes comunicações apresentadas ao longo das décadas de 1920 e 1930.

Palavras-chave: automatismo, alucinação, esquizofrenia, psicopatologia, história da psiquiatria.

Abstract

ALBERTO BROCHADO AND CLÉRAMBAULT'S CONCEPT OF MENTAL AUTOMATISM — Alberto Brochado (1893-1943) was a Portuguese psychiatrist and researcher who developed his clinical activity at Hospital Conde de Ferreira between the 20s and 40s of the last century. He is considered the introducer of insulin shock in Portugal, a topic to which he dedicated the book *The Provoked Insulin Shock. Symptomatology. Pathophysiology* (1943). Beyond his interest in the new biological therapies, he was also a curious reader, who reflected and debated in several texts about the new psychopathological theories that were emerging in his time: *The hysterical delusion* (1922), *The Syndrome of Sosias* (1926), *The Syndrome of Capgras* (1932), *About the "Signe du Capuchon" in dementia praecox* and *Two interesting cases of chronic hallucinatory psychosis* (1927), among others. The authors present a reflection on the text *The hallucinations according to Clérambault*, written by Brochado in 1928 and dedicated to Clérambault's concept of mental automatism, a syndrome developed by the French author in different communications presented throughout the 1920s and 1930s.

Keywords: automatism, hallucination, schizophrenia, psychopathology, history of psychiatry

Introdução

Os autores defendem neste texto que a teoria do Automatismo Mental (AM), elaborada por Clérambault, continua a ter validade como modelo compreensivo dos aspetos psicopatológicos mais subtis das fases iniciais da esquizofrenia, a pesar das suas limitações teóricas (reducionismo mecanicista e organicista, teorias especulativas de tipo pseudofisiológico e histológico).

Os autores tentam analisar a crítica que Brochado faz precocemente (finais da década de 1920) da teoria do AM de Clérambault e concluem que ela coincide com as feitas posteriormente por outros autores franceses, nomeadamente Henri Ey. O criador do

organo-dinamicismo, sem deixar de reconhecer a brilhantez psicopatológica da teoria do AM, fez uma crítica radical da mesma, considerada por ele o paradigma de modelo mecanicista em psiquiatria.

1. Gaëtan Gatian de Clérambault: características gerais da sua obra

A obra de Gaëtan Gatian de Clérambault é considerada a culminação da fenomenologia descritiva francesa e, em particular, das observações sobre as alucinações desenvolvidas pelos clínicos franceses ao longo do século XIX e primeiras décadas do XX (Seglós, Baillarger, etc.) Os interesses de Clérambault orientaram-se em três direções principais: os quadros tóxicos (provocados por haxixe, cloral, éter e álcool), a erotomania e o AM.

Clérambault interessou-se no estudo dos mecanismos geradores das psicoses, procurando a redução fenomenológica a uma estrutura elemental, quinta-essência primeira e originária, como o “pequeno AM” ou o “postulado inicial da erotomania”. Para este objetivo fez uma dissecção fenomenológica minuciosa das formas de início ou prodrómicas das psicoses e deu especial importância aos pequenos sinais (“atomismo” ou “pontilhismo” psicopatológico ou fenomenológico), muitos deles pouco perceptíveis (como o “pequeno AM”).

A teoria do AM deve muito às características especiais da *Dépôt* ou Enfermaria Especial da Prefeitura da Polícia de Paris, onde Clérambault desenvolveu a sua atividade clínica. A esta enfermaria eram conduzidos muitos doentes numa primeira crise ou surto psicótico, apresentando uma patologia precoce e ainda “virgem”. A legislação e o excessivo número de doentes obrigavam a realizar uma avaliação que permitisse chegar a um diagnóstico rápido (emissão em vinte quatro horas de relatórios telegráficos denominados “certificados”).

Subjaz na teoria do AM uma ideologia mecanicista (paradigma do louco-máquina) e o empenho por parte de Clérambault em excluir os fatores psicogénicos da patogenia mental. É necessário salientar que Clérambault era um organicista radical, cuja pretensão última era reduzir a clínica mental à neurologia. De facto, representou para a psiquiatria francesa do período de entre as guerras (décadas de 1920-1930, durante as quais a psiquiatria francesa se interessou especialmente pela psicogénese dos quadros psiquiátricos por influência das teorias psicodinâmicas) uma visão retrógrada, conservadora e até certo ponto a contracorrente.

Clérambault dividiu nosograficamente as psicoses crónicas em dois grupos: um grupo numeroso de *psicoses crónicas com alucinações e delírios explicativos* que tinham como forma de início o AM (onde incluía as psicoses alucinatórias crónicas, entre outras); e outro grupo mais reduzido e heterogéneo que incluía os *delírios interpretativos* (que se desenvolviam em todos os sentidos - extensão “circular” do delírio, que se realizava por irradiação) e os *delírios passionais* (erotomania, reivindicação e ciúmes), caracterizados pela sua extensão “em setor” (o trabalho imaginativo ou interpretativo limitava-se ao espaço existente entre o objeto e o sujeito).

Para Clérambault, o mais característico dos delírios interpretativos era que os conceitos eram múltiplos, mudáveis e progressivos, enquanto nos delírios passionais havia uma intervenção inicial da vontade e uma hiperestesia que chegava às vezes ao tom hipomaniaco.

2. O automatismo mental de Clérambault

Clérambault desenvolveu este conceito (síndrome) em diferentes comunicações apresentadas na década de 1920 e 1930.

Para Clérambault, o automatismo mental (AM) era a quinta-essência, a base e a forma inicial de todas as psicoses alucinatórias crónicas (este conceito de psicose alucinatória crónica fez parte das discussões sobre os delírios crónicos que caracterizaram a clínica francesa do século XX). A sua etiologia primária era orgânica: o AM era a expressão de um processo histológico “irritativo” de causa tóxica, infecciosa, traumática, tumoral, vascular, etc. Clérambault descreveu, de facto, casos de AM em tumores cerebrais, alcoolismo, intoxicações, traumatismo crânio-encefálico, etc.

Distinguiu dentro da síndrome: a) uma fase inicial, constituída por microfenómenos, fenómenos subtis, *pequeno AM* ou *síndrome de passividade ou síndrome S*, que eram os primeiros sinais das psicoses; b) uma fase posterior, onde surgiam *fenómenos ideio-verbais de desdobramento mecânico do pensamento* (eco do pensamento e de leitura) e fenómenos conexos como a enunciação e o comentário dos atos; c) posteriormente surgia a *síndrome de automatismo completo (Triple ou Grande AM)*; d) o delírio *stricto sensu* era secundário.

O essencial do AM era o desdobramento do pensamento, a emergência na consciência de uma forma de pensamento primitivo, inferior, patológico, de segundo nível, que coexistia com o pensamento normal, frequentemente em desacordo com ele, e que não era reconhecido pelo doente como produto do seu psiquismo. Em consequência disso, produzia-se uma “cisão do Eu” e a formação de uma personalidade segunda. Tratava-se, em conclusão, de alterações subtis da vivência do pensamento e/ou a linguagem interior. Estes fenómenos eram automáticos, porque se impunham de forma automática, pareciam surgir e desenvolver-se por eles mesmos.

2.a) Pequeno automatismo mental

Para Clérambault o *pequeno AM* tinha um carácter essencialmente neutro, atemático, anideico, isto é, não tinha relação com nenhuma ideia ou afeto, e limitava-se, por assim dizer, a jogos entre os elementos do pensamento. Não implicava *per se* hostilidade nem se associava a nenhuma ideia ou tema de perseguição. Quando subsistia em estado puro, associava-se a uma tendência vagamente otimista.

Clérambault descreveu diferentes fenómenos psíquicos dentro do *pequeno AM*:

- Processos de intrusão no pensamento tais como o psitacismo (repetição de palavras ou frases que o doente realmente não compreende).
- Substituição do pensamento: um pensamento substitui o pensamento em curso.
- Inibições do pensamento: desaparecimento do pensamento, detenção do pensamento, bloqueios ou vazios do pensamento.
- Jogos verbais fragmentários: emancipação das frases articuladas mas vazias, de fragmentos de frases, de palavras, de sílabas. Estes jogos silábicos ou verbais caracterizam-se pela tendência ao absurdo.
- Ideiorreia (pensamentos que se impõem com uma aceleração maior que os próprios do pensamento normal).
- Fluxo incoercível de representações visuais.
- Aprosexia: impossibilidade de fixar a atenção devido à multiplicidade de ideias ou imagens.
- Passagem de um pensamento invisível: o indivíduo sente que a chegada de um pensamento é iminente embora não o possa definir ainda, mas este pensamento desaparece sem ter sido definido.
- Intuições: quando pedimos ao doente que nos explique como conheceu os factos que nos conta, diz-nos que os adivinhou, os sentiu ou os intuiu.
- Emoções sem objeto.
- Entonações bizarras.
- Devaneio mudo das recordações.
- Sentimentos de estranheza ou falsos reconhecimentos de pessoas ou coisas que provocam perplexidade.
- Sensação de revelação iminente.

2.b) Fenómenos ideio-verbais de desdobramento mecânico do pensamento e fenómenos relacionados

Numa fase posterior, surgiam fenómenos ideio-verbais de desdobramento mecânico do pensamento (eco do pensamento e de leitura) e fenómenos conexos como a enunciação e o comentário dos atos: roubo do pensamento, eco do pensamento, pensamento antecipado,

pensamento repetido, resposta ao pensamento. pensamento adventício, pensamento recordado, transmissão do pensamento, fenómenos de interferência, atos enunciados, comentários dos atos, alusões, perguntas, eco da leitura, leitura do pensamento, adivinhação do pensamento doutra pessoa.

Estos fenómenos coincidem em parte com os sintomas esquizofrénicos de primeira ordem de Kurt Schneider e com os sintomas acessórios de Bleuler.

2.c) Triplo automatismo mental

Na fase mais avançada surge o *triplo automatismo mental* vinculado a três polos:

- Sensorial: caracterizado pelo aparecimento de alucinações nos diferentes canais sensoriais (visuais, olfativas, gustativas ou cenestésicas).
- Ideio-verbal: inclui as “vozes” alucinatórias, que apresentam quatro características: são verbais, objetivas, individualizadas e temáticas.
- Motor: inclui os movimentos impostos ou articulações verbais forçadas.
- Pode surgir o automatismo afetivo, emocional e volitivo.

Segundo Clérambault, primeiro surge o pequeno AM, mais tarde surgiam as alucinações propriamente ditas e depois o delírio. O AM podia, assim, determinar a produção secundária do delírio, que era uma tentativa por parte do psiquismo saudável de reagrupar, organizar, explicar e atribuir um sentido a esses fenómenos xenopáticos (era “o romance explicativo” construído pelo doente). O delírio, para Clérambault, ocupava um lugar secundário, tratava-se de uma superestrutura, um epifenómeno, um produto intelectual acrescentado. O delírio podia ser persecutório, de influência, místico-religioso, de possessão interna ou externa, hipocondríaco, celotípico, megalomaniaco.

1. Alberto Brochado (1893-1944)



Alberto Brochado

Fig. 1- Retrato fotográfico de Alberto Brochado (In GUIMARÃES, Bertino Daciano RS - *Nótlas bibliográficas acerca do Dr. Alberto Brochado (1893-1944)*. Porto: Separata de “Douro Litoral” (Nº 5 da Terceira Série), 1949.

Alberto Brochado nasceu no Brasil em 1893, mas veio muito novo para Portugal. Conclui o curso de Medicina na Faculdade de Medicina do Porto em 1916 e em 1918 começa a frequentar o serviço de psiquiatria do professor Magalhães Lemos no Hospital Conde de Ferreira. É nomeado em 1920 médico substituto interino do Hospital Conde de Ferreira, promovido a médico-ajudante interino em 1925 e a subdiretor clínico em 1931.



No «Hospital de Alienados do Conde de Ferreira»
Grupo de estudantes de medicina, tirado em 1926. Vê-se ao meio, sentado, o Dr. Magalhães Lemos († 1931), ladeado pelos Srs. Dr. Baía Júnior, à esquerda, e Dr. Alberto Brochado († 1944), à direita. Entre os estudantes (o 2.º a contar da esquerda, no primeiro plano, no chão), vê-se também o etnógrafo Dr. Armando Leão († 1948)

Fig. 2 – Alberto Brochado no Hospital Conde de Ferreira em 1926 (In GUIMARÃES, Bertino Daciano RS – *Op. cit.*).

Em 1927 foi nomeado assistente de Psiquiatria e Neurologia da Faculdade de Medicina do Porto, começando assim a sua vida como docente.

Em simultâneo com o seu trabalho clínico, Brochado escreveu regularmente artigos de crítica musical para vários jornais, e em 1926, ingressou no corpo docente do Conservatório de Música do Porto, passando a ministrar a cadeira de História da Música. Trata-se, portanto, de um caso singular em Portugal: o de um psiquiatra que era docente de psiquiatria e de música, o que fez com que se interessasse pela relação da música e a doença mental (estudos sobre as amusias e a musicoterapia).

É considerado o introdutor do choque insulínico em Portugal, tema ao qual dedicou o livro *O choque insulínico provocado. Sintomatologia. Fisiopatologia* (1943). Além do seu interesse pelos novos tratamentos biológicos, foi ainda um leitor curioso, que refletiu e polemizou em vários textos sobre as novidades psicopatológicas que iam surgindo na sua época: *O delírio histérico* (1922), *O Síndrome do Sosias* (1926), *O Síndrome de Capgras* (1932), *Sur le “Signe du Capuchon” dans la demence precoce* ou *Dois casos interessantes de psicose alucinatoria crónica* (1927), entre outros.

2.As Alucinações segundo Clérambault de Alberto Brochado (1928)

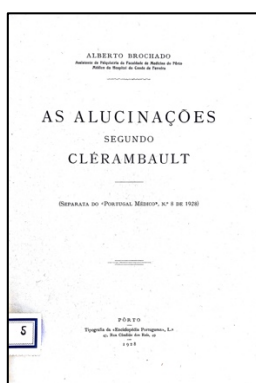


Fig. 3 – Capa da Separata do “Portugal Médico” *As Alucinações segundo Clérambault* (Biblioteca do CHCF).

Brochado publica em 1928, numa separata do “Portugal Médico”, um texto intitulado *As Alucinações segundo Clérambault*, uma revisão crítica da teoria psicopatológica e patogénica elaborada por Clérambault para os fenómenos alucinatorios do AM. Brochado critica

nomeadamente a defesa por parte de Clérambault do carácter parasitário das alucinações do AM, como fenómenos inteiramente independentes da ideação e da afetividade.

Brochado critica também os excessos especulativos da “teoria fisio-psicológica” do AM, e não duvida em afirmar que Clérambault, nestas explicações, “parece que paira nas regiões da fantasia e do sonho”.

Aceita, no entanto, a hipótese anatómica proposta por Clérambault como ponto de partida inicial para o AM, a pesar de não ter sido demonstrada: a origem dos fenómenos do AM estava, segundo Clérambault, numa “irritação” (lesão) provocada por fatores tóxicos ou infecciosos. Brochado aceita esta ideia, pois para ele “não se pode conceber doença sem lesão, seja ela grosseira e macroscópica, seja ela microscópica ou ainda simplesmente molecular ou dinâmica”.

Rejeita, no entanto, a teoria da “impregnação tintorial”, uma teoria puramente especulativa elaborada por Clérambault, e segundo a qual as alucinações do AM não tinham nas fases iniciais origem ideico nem afetivo, tendo apenas origem mecânico. Para Clérambault, era necessário buscar o protótipo dos fenómenos alucinatorios do AM nas psicoses tóxicas ou orgânicas. O AM, sendo essencialmente anideico, não tinha qualquer relação com o pensamento atual do doente, com os seus pensamentos ordinários nem com as suas recordações. As relações resultavam, assim, de afinidades que poderiam ser qualificadas de “tintoriais” (teoria da impregnação tintorial).

Para desmontar a teoria do carácter anidéico dos fenómenos alucinatorios do AM, Brochado apresenta diversos casos de psicoses tóxicas que ele acompanhou: a) casos de intoxicação por *peyotl*, onde se tornava evidente que os hábitos automáticos, as preocupações latentes, os desejos secretos e os apetites não formulados orientavam a produção alucinatória; b) um caso de um morfino-cocainómano em tratamento no Hospital Conde de Ferreira, no que as alucinações auditivas versavam quase todas sobre temas que preocupavam o doente; e finalmente c) casos de alucinações de origem periférica (cataratas), nos que se tornava evidente a influência do psiquismo superior na génese das alucinações.

Brochado conclui que “a ideação e a afetividade intervêm nitidamente na génese das alucinações”. Para ele, “o fator orgânico só intervém como disparador e o conteúdo da alucinação é determinado por causas psíquicas diversas (predominantemente afetivas, mas possivelmente outras)”. Contudo, reconhece que no caso das alucinações de origem toxica há alguns caracteres particulares – dimensões, grau de luminosidade, nitidez, colorido, etc. – que parecem mais dependentes da natureza do tóxico do que da atitude mental do doente. Para Brochado, no entanto, “é possível explica-los por uma ação indireta, isto é, pelas perturbações afetivas provocadas pelo próprio tóxico – mecanismo este muito mais aceitável, porque mais simples, do que a hipótese de uma eletividade tintorial proposta por Clérambault” e enuncia como exemplos a sensação de euforia provocada pelo *peyotl* ou a ansiedade do alcoólico e relação com as alucinações terríficas.

Clérambault defendia que as alucinações das psicoses crónicas eram anideicas nas fases iniciais: simples sílabas, palavras desprovidas de sentido, etc. Brochado refere (tal como Levy Valensi e outros autores) que “nunca observou alucinações com os caracteres indicados por Clérambault em casos de psicoses alucinatorias crónicas”.

Brochado sublinha, finalmente, a contradição em que cai Clérambault quando nega a influência da afetividade e da ideação nas alucinações na fase inicial do AM, mas admite-a, no entanto, numa fase posterior da evolução da psicose.

Conclusões

Na crítica da teoria do AM de Clérambault feita em *As Alucinações segundo Clérambault*, Alberto Brochado conclui que é inaceitável a teoria que considera as alucinações fenómenos parasitários, inteiramente independentes da ideação e da afetividade.

Brochado aceita que a existência das alucinações seja dependente de um fator lesional, possivelmente de natureza tóxico-infecciosa, mas sublinha o desconhecimento da localização da lesão e do mecanismo íntimo da sua ação.

Brochado afirma, contudo, que, seja qual for o papel desempenhado pela “lesão” na génese dos fenómenos de AM em geral e das alucinações em particular, ela não representa mais do que um dos fatores de um determinismo eminentemente complexo, onde além doutros elementos, colaboram, sem contestação possível, a ideação e a afetividade.

O texto de Brochado constitui a receção crítica mais precoce feita em Portugal à teoria do AM de Clérambault. As críticas que Brochado faz à teoria do AM (organicismo e mecanicismo excessivo, alucinações com carácter anideico e independentes dos afetos, excessos especulativos da explicação histológica e fisiopatológica da síndrome) coincidem com as feitas por outros autores em décadas posteriores, nomeadamente com a crítica radical elaborada por Henri Ey.

Bibliografia

BERRIOS, Germán E. – *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México DF: Fondo de Cultura Económica. 2000.

BROCHADO, Alberto – *As alucinações segundo Clérambault*. Porto: Separata do “Portugal Médico” N° 8, 1928.

CLÉRAMBAULT, Gaëtian Gatian de – *Ouvre Psychiatrique. Tome II*. Paris: Presses Universitaires de France, 1942.

CLÉRAMBAULT, Gaëtian Gatian de - *L'Automatisme mental*. Paris: Collection Les Empecheurs de Penser Rond, 1992.

CLÉRAMBAULT, Gaëtian Gatian de - *El automatismo mental*. Madrid: Colección Clásicos de la Psiquiatría, Dorsa. 1994.

EY, Henri - *Tratado de Psiquiatria*. Barcelona: Toray-Masson, 8ª edición, 1996, pp. 459-460.

EY, Henri – *Una teoría mecanicista: la doctrina de G. de Clérambault*. In *Escritos psiquiátricos*. Buenos Aires: Polemos. Volumen I. 2008, pp. 83-102.

GUIMARÃES, Bertino Daciano RS - *Nótulas bio-bibliográficas acerca do Dr. Alberto Brochado (1893-1944)*. Porto: Separata de “Douro Litoral” (N° 5 da Terceira Série), 1949.

HEUYER G, AJURIAGUERRA J, PIGEM JM - El síndrome de automatismo mental de Clérambault y su importancia en Psiquiatría, *Anales de Medicina y Cirugía*, agosto, 1950, pp. 126-147.

PEREIRA, José Manuel Morgado - *A Psiquiatria em Portugal: protagonistas e história conceptual (1884 -1924)*. Coimbra: [s.n.], 2016. Tese de doutoramento. Disponível na WWW: <http://hdl.handle.net/10316/29514>



Dr. Humphry Osmond

(In: Erika Dyck, Psychedelic Research in 1950s Saskatchewan,
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/psychedelic-research-in-1950s-saskatchewan>)

A FORMA COMO OLHAMOS PARA OS PSICADÉLICOS

F. Queirós Santos¹; P. Melo-Ribeiro¹; M. Mota-Oliveira¹

Departamento Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar

Universitário do Algarve

¹Médico Interno de Psiquiatria

Email: fqssantos@gmail.com

Abstract

Psychedelics, a term created by Dr. Humphy Osmond in 1957, are psychoactive substances capable of provoking altered states of consciousness and perception. LSD (*Lysergic Acid Diethylamide*) was the first substance with these properties that Western science has known, it was synthesized in 1938 by Albert Hofmann, but it was only in 1943 that its psychoactive effects were discovered. LSD was used in the 1950s and 1960s experimentally and clinically in the area of psychiatry and psychology until its classification as an illicit drug. We are currently witnessing a renaissance of psychedelics in scientific research, today LSD and other substances with psychedelic effects are being studied, and despite the existing limitations, in recent years more and more studies have been published in this area and with promising results in the treatment of some conditions such as depression, anxiety and additions.

Palavras-chave: Psicadélicos, LSD, Terapia Psicadélica, Psicoterapia

Introdução

As substâncias psicadélicas contam com uma longa história na civilização humana, têm sido usados em todos os continentes por diversas culturas durante séculos, para fins ritualísticos/religiosos, recreativos e de cura. Com este trabalho, pretende-se apresentar um pouco da história dos psicadélicos na nossa sociedade, mais concretamente, o impacto que teve o LSD, (*Lysergic Acid Diethylamide*), desde a sua descoberta em 1938 à sua classificação como substância controlada em 1971, chegando aos dias de hoje, onde de novo se investiga o potencial que estas substâncias podem ter para o tratamento de certas condições mentais como a depressão, ansiedade e as adições.

1. Psicadélicos

O termo “psicadélico” é atribuído ao Dr. Humphy Osmond, um psiquiatra inglês (1917-2004), que na década 50 e 60 se dedicou ao estudo das propriedades destas substâncias e os seus usos em medicina. Do grego, *Psyché* (mente, alma) e *Dêlos* (manifestar, revelar), as substâncias psicadélicas mais do que alucinógenos (“que provocam alucinações”) são compostos com propriedades descritas como manifestações da mente ou do inconsciente. A experiência provocada destas substâncias é caracterizada geralmente por alterações na percepção, pensamento, emoções e estado de consciência. São frequentemente relatados efeitos visuais, como distorções, ilusões e alucinações; perda do sentido do tempo e de identidade; sensação de euforia e bem estar; percepção alterada de movimentos, cores, sons, toque e do próprio corpo. (1-4)

De entre as substâncias psicadélicas conhecidas atualmente podemos fazer uma divisão entre as que cursam naturalmente na natureza, como a Dimetiltriptamina (DMT), a Psilocibina presente em algumas espécies de cogumelos, a Mescalina presente no *Peyote* e as sintetizadas pelo Homem como a Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), metilenodioximetanfetamina (MDMA) e a Cetamina. (1-4)

Do ponto de vista do seu funcionamento farmacológico podemos também dividir em psicadélicos em típicos, genericamente agonistas 5-HT_{2A}, como é o caso do LSD,

Psilocibina, DMT e a Mescalina e os “pseudo” psicadélicos que por diferentes mecanismos fisiológicos podem levar a experiências subjetivas semelhantes, como é o caso do MDMA e da Cetamina. (1-4)

2.A Descoberta do LSD

De entre as várias substâncias com propriedades psicadélicas o LSD, pelo seu forte impacto na comunidade científica e influência a nível da sociedade e cultura da época da sua descoberta, encontra-se numa posição de destaque das demais.

O LSD, foi sintetizado pela primeira vez por Albert Hofmann (1906-2008) na Suíça quando este químico trabalhava com compostos derivados do fungo dos cereais (*Ergot*) na procura de um novo composto vasoconstritor. Em 1938 o LSD-25 é sintetizado, mas não tendo os efeitos desejados foi posto de parte. Em abril de 1943 Albert Hofmann volta a sintetizar o LSD-25 e contamina-se acidentalmente com o mesmo, nesse dia ele sente alguns efeitos ligeiros da substância e decide então experimentar intencionalmente o composto uns dias mais tarde. No dia 19 de abril de 1943, Hofmann ingere cerca de 250 microgramas de LSD, este dia ficou imortalizado para a comunidade psicadélica como o “Bicycle Day”. (2-4)

“... little by little I could begin to enjoy the unprecedented colors and plays of shapes that persisted behind my closed eyes. Kaleidoscopic, fantastic images surged in on me, exploding in colored fountains, rearranging themselves in constant flux ...”

Albert Hofmann

3.A primeira vaga de investigação

Cedo se tentou perceber que aplicações poderia ter esta nova substância alucinógena, a farmacêutica Sandoz, para quem Hofmann trabalhava, cedeu o LSD (Delysid®) para investigação em psiquiatria e psicologia durante a década de 50 e 60. Primeiramente pensava-se que o estado alterado de percepção e consciência provocado pelo LSD, um estado classificado como psicomimético *like*, podia ser uma forma de estudar os mecanismos subjacentes aos estados psicóticos. Mas cedo se percebeu que a experiência psicadélica subjetiva era diferente e em 1950 é publicado o primeiro artigo sobre os potenciais benefícios do LSD em psicoterapia na *Diseases of the Nervous System*. Durante a década de 50 e 60 fez-se uso, experimental e clínico, deste “catalisador” do processo psicoterapêutico, era usado no tratamento perturbações mentais como a ansiedade, depressão, stress pós-traumático e até mesmo o alcoolismo, apresentando na época resultados muito positivos. A dificuldade da descrição e conceptualização da experiência psicadélica, por outras palavras, estados de percepção e consciência não ordinários contribuiu para a consolidação da Psicologia Transpessoal - “Quarta Força da Psicologia”, pelas mãos do psiquiatra e psicanalista checo Stalisnav Grof. (2-5)

4. Cultura, controvérsia e proibição

No final da década de 50, o LSD já circulava fora do ambiente hospitalar e rapidamente se espalhou por diversos círculos sociais e veículos culturais. Desde a alta sociedade que fazia uso desta substância em contextos de terapia assistida, aos artistas e intelectuais da época como Aldous Huxley (1894-1963), chegando mais tarde, em meados da década de 60, aos jovens e ao panorama da contracultura. A influência desta substância na cultura pode ser facilmente observada nas artes plásticas, na música e no cinema da época onde a referência direta ou indireta ao LSD e à experiência psicadélica pode ser encontrada. (2,3)

“The man who comes back through the Door in the Wall will never be quite the same as the man who went out. He will be wiser but less sure, happier but less self-satisfied, humbler in acknowledging his ignorance yet better equipped to understand the

relationship of words to things, of systematic reasoning to the unfathomable mystery which it tries, forever vainly, to comprehend”

The Doors of Perception - Aldous Huxley

4.1.Arte psicadélica

Os estados alterados de consciência e percepção produzidos pelas substâncias psicadélicas como fonte de inspiração para a criação e a apreciação artística. A arte psicadélica é caracterizada por ser visualmente avassaladora à semelhança da experiência subjetiva induzida pela substância psicadélica. As obras deste movimento, destacam-se por serem muito preenchidas (*Horror vacui*), muito ricas em detalhes e do uso de cores muito vivas e vibrantes. Podem se observar também neste movimento algumas práticas como criação de ilusões de ótica, *Glitches Flow* e *Fractals*. (6)

4.2.Rock Psicadélico

Variante do rock, o rock psicadélico é inspirado, influenciado e uma representação da cultura psicadélica. Na produção musical estão invocados elementos representativos da experiência psicadélica como a despersonalização, dessincronização e a dinamização através das letras e melodia, sendo esta caracterizada pelo uso de efeitos sonoros digitais, edição em estúdio e utilização de instrumentos e sons não convencionais à época, o que proporciona uma sonoridade característica ao rock dos anos 60 e 70. De entre os vários artistas há que destacar os “*The Beatles*” pelo lançamento do álbum “*Revolver*” em 1966, sendo este conhecido como o primeiro álbum de rock psicadélico. A este seguiu-se “*Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band*”, em 1967, que consolidou e popularizou este género a perante as massas. (6)

“Turn off your mind, relax and float downstream, it is not dying, it is not dying”

Tomorrow Never Knows – The Beatles

4.3.Movimento contracultura e a proibição

O LSD está intimamente relacionado com o movimento que emergiu nos Estados Unidos da América no início da década de 60, este movimento juvenil (geração “*baby boomers*”) defendia a liberdade individual, o amor pelo próximo e a espiritualidade ponde em questão o paradigma social vigente - “*The American Way*”. Os efeitos subjetivos promovidos pelo uso de LSD, como experiências de união, a transcendência do eu e o amor universal, nutriam os valores defendidos pelo movimento de contracultura. (2,4)

Há a destacar também neste contexto Timothy Leary, psicólogo, e professor da Universidade de Harvard entre 1960 e 1963, foi o responsável pelo *Harvard Psilocybin Project*, até ao seu afastamento em 1963. Depois de ser afastado de Harvard esteve ligado a vários movimentos para o uso legal de psicadélicos em contexto religioso e busca espiritual como a *International Federation for Internal Freedom* e a *League for Spiritual Discovery*. A celebre expressão “*Turn on, tune in and drop out*” foi proferida por ele no encontro *Human Be-In* em São Francisco em 1967, evento que deu início a várias manifestações de jovens, em prol causas sociais e contra a guerra no Vietname, o verão de 1967 ficou imortalizado como *Summer of Love*. (2,3)

Timothy Leary tinha uma visão muito própria do potencial destes compostos para o bem-estar do individuo e da sociedade, foi considerado como inimigo público pelo governo americano e, de certa forma, acabou por contribuir de forma negativa para a controvérsia que se formou em torno destas substâncias. A controvérsia criada à volta do uso descontrolado de LSD, levou a Sandoz a retirar o Delysid® do mercado em 1966 e a uma redução do financiamento dos programas de investigação em psicadélicos. (2,3)

Com a aprovação da “*Controlled Substances Act*” pelo congresso americano em 1970, o LSD e outras substâncias psicadélicas são então classificadas como “*Schedule I drugs*”, isto é, substâncias ou compostos considerados perigosos para a saúde, sem aplicabilidade ou uso em medicina e com alto poder aditivo, fazendo com que toda a investigação na área fosse suspensa. (5)

“Perhaps we lost sight of the fact that they can be very, very helpful in our society if used properly.”

Robert F. Kennedy, 1966.

5.O *Renaissance* dos Psicadélicos

Nos últimos anos tem se observado um renascimento do interesse nestas substâncias, e após vários anos de interregno a comunidade científica voltou a olhar para o potencial dos psicadélicos como nova abordagem de tratamento em saúde mental. O contexto atual, facilitado pelo diálogo mais aberto e expresso através dos meios de comunicação social e entretenimento, tem vindo a desmistificar a opinião social negativa a que estas substâncias estão associadas desde a década de 60. Alterações da moldura legal que rege estas substâncias, e até mesmo a sua descriminalização, como na cidade de Denver nos EUA, que desde 2019 descriminalizou o consumo de cogumelos mágicos (Psilocibina), tem possibilitado que investigação nesta área possa ser conduzida. (7, 11)

A investigação encontra-se neste momento ainda num estágio precoce, mas tem conseguido mostrar resultados promissores no uso destes compostos para o tratamento da depressão, ansiedade, stress pós-traumático e adições. Associações como a *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS), EUA, ou a *European Foundation for Psychedelic Science* (MIND), Alemanha, têm possibilitado o diálogo e partilha de conhecimentos entre profissionais com interesse nesta área e tem contribuído de forma ativa para os estudos que têm sido conduzidos nos últimos anos na Europa e nos EUA. Há que descartar nesse âmbito o contributo do *Johns Hopkins Center for Psychedelic and Consciousness Research*, EUA, que em 2006, por Roland Griffiths, publicou o primeiro estudo com a administração de uma substância psicadélica (psilocibina) da era “moderna”. Desde então o interesse na área tem crescido e os centros de investigação tem se multiplicado e os resultados já publicados vão sendo animadores, estando a decorrer atualmente cerca de 30 estudos com substâncias psicadélicas (segundo base de dados *clinicaltrial.org* em abril 2020), sobretudo com uso de psilocibina para diversas condições como anorexia, perturbação obsessivo-compulsiva, adições, assim como na depressão. (8-11)

No tratamento da depressão, um estudo com 12 participantes conduzido no *Centre for Psychedelic Research* do *Imperial College of London*, publicado em 2016 mostrou que após duas sessões de psilocibina e psicoterapia de suporte, 67% dos participantes atingiram um estado de remissão clínica e 58% continuavam a atender aos critérios de resposta mesmo após três meses. Publicado já em 2020, um estudo com psilocibina efetuado no *Johns Hopkins Center for Psychedelic and Consciousness Research*, mostrou resultados semelhantes numa população com diagnóstico de depressão major, sendo que, 58% dos participantes encontravam-se em remissão clínica uma semanas após a intervenção e após quatro semanas esse resultado era sustentado, correspondendo a cerca de 54% dos participantes. (12-13)

Conclusões

Durante cerca de 50 anos a investigação na área dos psicadélicos esteve virtualmente parada, atualmente vivemos uma era em que o interesse nestas substâncias está revitalizado, atravessando a barreira do estigma criado na década de 70 e que perdura desde então, a comunidade científica está a dar os primeiros passos para perceber e demonstrar de que forma estas substâncias podem ter aplicabilidade na saúde e bem estar da população. Os

resultados promissores no tratamento da depressão, stress pós-traumático, ansiedade e adições apresentados em estudos recentes dão esperança ao tratamento destas condições tão incapacitantes, e que por vezes resistentes às abordagens terapêuticas atuais. No entanto há que ter cautela, os possíveis efeitos adversos a longo prazo ainda não são totalmente conhecidos e o risco de uso destas substâncias em ambientes não controlados pode trazer consequências ao desenvolvimento de modelos de tratamento como aconteceu no passado.

Bibliografia

- 1 – CHI, T.; GOLD, J.- A review of emerging therapeutic potential of psychedelic drugs in the treatment of psychiatric illnesses. *Journal of the Neurological Sciences*. 15:411 (2020) doi: 10.1016/j.jns.2020.116715
- 2 - POLLAN, M. - *How to change your mind – the new science of psychedelics*. London: Penguin books, 2018.
- 3 - FADIMAN, J. - *Psychedelic Explorers Guide: Safe, Therapeutic, and Sacred Journeys*. Rochester: Park Street Press, 2011.
- 4- GROF, S. - *Realms of the Human Unconscious: Observations from LSD Research*, Souvenir Press Ltd, 1979.
- 5 - GARDNER, J. et al. - Psychedelic-assisted therapies: the past, and the need to move forward responsibly. *Int J Drug Policy*. 70 (2019) 94-98. DOI: 10.1016/j.drugpo.2019.05.019
- 6 - <https://www.hisour.com/pt/psychedelic-art-12747/> (consultado em dezembro 2020)
- 7 - <https://edition.cnn.com/2019/05/08/us/denver-magic-mushrooms-approved-trnd/index.html> (consultado em dezembro de 2020).
- 8-<https://mind-foundation.org/> (consultado em dezembro de 2020).
- 9-<https://maps.org/> (consultado em dezembro de 2020).
- 10 - 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*. 187:3 (2006) 268-283. doi: 10.1007/s00213-006-0457-5
- 11-NUTT, D. - The Current Status of Psychedelics in Psychiatry. *JAMA Psychiatry*. 78:2 (2021) 121-122. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2171
- 12-CARHART-HARRIS, R.; BOLSTRIDGE, M.; RUCKER, J. - Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry*. 3:7 (2016) 619- 627.
- 13-DAVIS, A. et al. - Effects of Psilocybin-Assisted Therapy on Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 78:5 (2020) 481-489. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3285
- 14-MAPS: <https://maps.org/news/media/3152-when-bobby-kennedy-defended-ld> (consultado em dezembro de 2020).
- 14-HUXLEY, A. - *The Doors of Perception*. London: Chatto & Wintus,1954.

**AUTO-CULPABILIZAÇÃO PARENTAL NA PATOLOGIA
PEDOPSIQUIÁTRICA
(WE NEED TO TALK ABOUT KEVIN, 2011)**

Rui Sampaio

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

E-mail:rui.pires95@gmail.com

Resumo

“We need to talk about Kevin” (2011) é um filme realizado por Lynne Ramsay baseado no romance homónimo de Lionel Shriver (2003).

O filme centra-se na relação entre Eva (Tilda Swinton) e o seu filho Kevin (Ezra Miller), focando-se em cenas que ilustram os cada vez mais evidentes traços psicopatológicos da personalidade de Kevin, preenchendo sucessivamente critérios para diagnóstico de patologias psiquiátricas como a Perturbação de Oposição e Desafio, Perturbação da Conduta, e a mais que provável progressão para Perturbação de Personalidade Anti-social.

É sobretudo evidente o sentimento de culpa que assombra Eva. Ao recordar-se de sucessivos momentos da vida familiar e concretamente de algumas desconcertantes interações com o filho, torna-se óbvio que Eva se questiona se é ela, por intermédio de uma parentalidade aparentemente falhada, a verdadeira responsável pela geração de um psicopata, pela morte do seu marido e filha, e pelo massacre escolar perpetrado por Kevin.

Palavras-chave: parentalidade; culpa; perturbação de personalidade anti-social

Abstract

“We need to talk about Kevin” (2011), directed by Lynne Ramsay, is a movie based on the homonymous novel by Lionel Shriver (2003).

The plot is centered around Eva’s (Tilda Swinton) relationship with her son Kevin (Ezra Miller), focusing on scenes that illustrate Kevin’s ever clearer pathological personality traits, who progressively meets criteria for the diagnosis of psychiatric illnesses such as Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and the more than likely progression to Antisocial Personality Disorder.

Most striking of all is the feeling of guilt haunting Eva. As she looks back on a series of episodes of her family life, specifically certain ominous interactions with her son, it becomes clear that Eva wonders if it was she who, via an apparently failed parenthood, could be blamed for the upbringing of a psychopath, for the death of her husband and daughter, and ultimately for the school massacre perpetrated by Kevin.

Introdução

“We need to talk about Kevin” é um filme de 2011 realizado por Lynne Ramsay, baseado num romance de 2003 de Lionel Shriver, e protagonizado por Tilda Swinton e Ezra Miler. O filme convida-nos a acompanhar o crescimento de Kevin através dos olhos da sua mãe, Eva, que desde cedo se mostra preocupada (e por vezes frustrada) com o padrão de comportamento progressivamente mais agressivo e manipulador do seu filho.

Neste trabalho a psicopatologia de Kevin é analisada à luz dos diagnósticos de Perturbação de Oposição e Desafio, Perturbação de Conduta e Perturbação de Personalidade Antissocial,

com destaque para o conceito de psicopatia, que faz a ponte entre os dois últimos diagnósticos.

Por fim, é discutido o sentimento de culpa de Eva em relação à doença e comportamentos do seu filho, à luz da literatura existente sobre o estigma auto-imposto de pais de jovens com doença mental.

Enredo

Eva Khatchadourian (Tilda Swinton) é uma mulher cosmopolita que trabalha enquanto escritora de guias turísticos de locais exóticos e vive permanentemente em viagem com o seu marido (Franklin, um fotógrafo profissional, interpretado por John C. Reilly).

Esta vida cosmopolita é interrompida pela sua gravidez, que leva o casal a decidir desacelerar o estilo de vida e instalar-se nos pacatos subúrbios norte-americanos, dando assim prioridade à vida familiar e à educação do seu primeiro filho, Kevin (interpretado por Ezra Miller).

A experiência da parentalidade não começa da melhor forma. O parto é difícil e o vazio emocional que Eva sente perante o seu primeiro filho contrasta com o entusiasmo do seu marido.

A infância de Kevin apresenta alguns desafios, como crises de choro frequentes ou a resistência em participar em certas atividades como brincar com a sua mãe.

Numa das cenas mais marcantes do filme e que serve como uma apresentação do relacionamento entre as duas personagens, Eva está sentada de frente para Kevin, a quem atira uma bola e pede para a atirar de volta. Kevin lança um olhar desafiador à sua mãe e fica imóvel, recusando-se a devolver a bola, parecendo mesmo tirar prazer dessa negação. Aquilo que poderia simplesmente ser uma brincadeira sem sucesso é na verdade um sinal do padrão de comportamento que vai dominar a infância e adolescência de Kevin, e Eva parece pressentir isso mesmo.

Kevin apresenta estas dificuldades exclusivamente na presença da sua mãe, comportando-se adequadamente na presença do pai. Eva desconfia que Kevin a esteja a provocar e essa desconfiança é acompanhada de um sentimento de culpa que é reforçado quando, ao partilhar esta desconfiança com o marido, este lhe pergunta como é ela capaz de pensar tal coisa sobre o próprio filho. Eva começa a desconfiar de si mesma e a duvidar da sua percepção dos acontecimentos.

Mas à medida que Kevin cresce os seus actos vão-se tornando violentos e cada vez mais destrutivos, numa escalada rapidamente progressiva, que vai de provocar a morte de um animal doméstico a causar uma lesão ocular à irmã mais nova, e que culmina num massacre escolar e no homicídio do seu pai e irmã, numa cena de fratricídio que faz desconfiar da semelhança entre os nomes Eva e Kevin e os bíblicos Eva e Caim.

No decorrer do filme acompanhamos Eva num angustiante processo em que revisita memórias de momentos cruciais da parentalidade, e em que a culpa a leva a tentar compreender onde poderá ter falhado enquanto mãe, como que em busca do seu pecado original.

***We need to diagnose Kevin*: Perturbação de Oposição e Desafio e Perturbação de Conduta**

Kevin começa por cumprir critérios de Perturbação de Oposição e Desafio de acordo com a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), apresentando um padrão de humor irritável e zangado e sobretudo um comportamento desafiante e questionador (questiona a figura de autoridade que é a sua mãe, não obedece às suas regras e pedidos, incomoda-a deliberadamente e culpa terceiros pelo seu mau comportamento). Estes comportamentos causam sobretudo sofrimento à sua mãe, embora aparentemente não comprometam o seu funcionamento social ou educacional noutras circunstâncias da sua

vida. Além disso, estes comportamentos não são explicados por outros diagnósticos de doença mental ou consumo de substâncias.¹

De facto, a Perturbação de Oposição e Desafio precede frequentemente o desenvolvimento de Perturbação da Conduta, sobretudo quando se verifica, como é o caso, uma preponderância do comportamento desafiante e questionador sobre o humor irritável e zangado, o qual prediz mais frequentemente o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e do humor.²

A progressão do diagnóstico de Perturbação de Oposição e Desafio para Perturbação de Conduta verifica-se quando Kevin começa a praticar actos violentos contra pessoas e animais, algo que até então não se verificava. Exemplos disso são a morte do animal de companhia da sua irmã mais nova ou uma cena em que fica implícito que Kevin usa um produto de limpeza sanitário aparentemente com o intuito de limpar o olho da sua irmã, provocando no entanto a sua cegueira. Eva tem a certeza de que Kevin não comete estes actos acidentalmente, mas ao mesmo tempo condena-se por acreditar que o seu filho possa ser capaz de ser tão cruel.

O diagnóstico de Perturbação de Conduta inclui na DSM-V um especificador de “emoções pró-sociais limitadas” constituído por quatro características-chave: a ausência de remorso ou culpa, a insensibilidade e falta de empatia, a despreocupação com o desempenho e o afeto superficial.¹ Excluindo a despreocupação com o desempenho, Kevin exhibe claramente os demais traços daquilo a que pode ser chamado psicopatia.

Da perturbação de conduta com traços de psicopatia à perturbação de personalidade antissocial

A última cena do filme passa-se no dia em que Kevin faz 18 anos e é transferido para um estabelecimento prisional de adultos. Esta idade constitui um marco importante em termos de diagnóstico de doença mental.

A DSM-V não prevê o diagnóstico de Perturbação de Personalidade Antissocial antes dos 18 anos, embora este diagnóstico exija evidência de perturbação de conduta antes dos 15 anos, o que se verifica neste caso.¹

Quanto aos critérios A desta perturbação, e a partir do que é evidenciado pela relação com a sua mãe e com os actos violentos que pratica, podemos afirmar que Kevin apresenta pelo menos quatro destes critérios, nomeadamente o fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, a tendência à falsidade, o desprezo pela sua segurança ou de terceiros, e a ausência de remorsos.

Além disso Kevin não aparenta sofrer de Esquizofrenia ou Perturbação Afetiva Bipolar, pelo que os seus comportamentos antissociais não se devem a estas ou outras doenças mentais, o que constituiria um critério de exclusão.

Poderíamos então diagnosticar Kevin com Perturbação de Personalidade Antissocial de acordo com a DSM-V, embora apenas a partir do dia em que faz 18 anos.

A maioria dos clínicos evita o diagnóstico de perturbações de personalidade durante a adolescência, até porque este é um período em que a personalidade se encontra ainda em formação e consolidação. É no entanto evidente que traços de insensibilidade e afetividade restrita (*callous-unemotional traits*) podem ser identificáveis desde a infância e que estes traços se mantêm na adolescência e na idade adulta, havendo um importante contributo genético para a sua etiologia.²

O sentimento de culpa de Eva

O sentimento de culpa é um tema frequente nos episódios que Eva recorda, como fica particularmente evidente em duas cenas:

1) Eva está a passear na cidade com Kevin no carrinho de bebé, sendo que Kevin chora inconsolavelmente. No meio da rua encontra-se um estaleiro de obras em que um homem

usa um martelo-pneumático extremamente ruidoso. Farta do choro de Kevin, Eva atravessa a rua com o objetivo de ficar mais perto do homem que opera o martelo-pneumático, cujo ruído abafa finalmente o som do choro de Kevin. Vemos Eva parada no meio da rua, visivelmente aliviada por finalmente não ouvir o choro de Kevin. Rapidamente Eva se apercebe do horror da situação e caminha em frente, fugindo do ruído da rua. Instala-se então um sentimento de culpa arrasador e Eva leva o filho a um Pediatra para se certificar que a audição de Kevin não ficou afetada.

2) Vemos Eva a acabar de mudar a fralda de Kevin quando este se levanta, caminha até à porta e, olhando friamente para a mãe, se contorce e faz um esgar que sugere que tenha defecado novamente. Frustrada com a provocação e com a necessidade de mudar novamente a sua fralda, Eva levanta Kevin no ar e atira-o para cima da marquesa. Kevin cai no chão e fractura o braço. Imediatamente Eva horroriza-se com o que acabou de fazer e a culpa e o arrependimento invadem-na e Eva leva rapidamente o seu filho ao hospital.

A importância dada a este tipo de memórias e a frequência com que Eva as revisita ao longo do filme é algo crucial para entender o seu sofrimento, na medida em que revela a forma como Eva avalia o seu padrão de parentalidade.

Eva aparece nestas cenas como uma mãe insensível e cruel, e embora a sua atuação nestas duas circunstâncias seja certamente condenável (e Eva é a primeira a reconhecê-lo), aquilo que sobressai verdadeiramente é o estado de desespero a que o comportamento e a postura de Kevin a consegue levar.

Este sentimento de culpa é validado por terceiros em várias situações. Numa cena posterior ao massacre escolar vemos Eva a caminhar numa rua quando duas mulheres a reconhecem como a mãe de Kevin (autor do massacre) e a esbofeteiam. Quando um homem testemunha a agressão e lhe oferece ajuda, Eva responde-lhe que está bem e assegura-o que a culpa do que acabou de acontecer é sua *“I’m fine. It was my fault”*.

Tranquilizar Eva – etiologia da psicopatia

O esclarecimento da etiologia da psicopatia poderia ajudar na tarefa de tranquilizar Eva, enquanto mãe de um jovem com doença mental. Durante a sua adolescência e até ao dia do massacre escolar, a manipulação, as mentiras e a ausência de escrúpulos evidenciada por Kevin são apenas do conhecimento da sua mãe, que sofre com a tensão entre o instinto de proteger o seu filho e o horror de o acusar de actos criminosos.

O sentimento de culpa de Eva é algo que está descrito na literatura. Numa escala que foi desenvolvida e publicada em 2018 para medir o estigma auto-imposto de pais de jovens com doença mental, os investigadores definem o conceito de “self-stigma” como sendo constituído por três dimensões: “self-blame”, “self-shame” e “bad-parent self-beliefs”.

A primeira dimensão, “self-blame”, pode ser descrita como um sentimento de responsabilidade e culpa pela noção de ter causado a doença do filho de alguma forma, enquanto a segunda dimensão, “self-shame”, está relacionada com o sentimento de vergonha e embaraço por estar associado a uma criança estigmatizada. Por fim, o conceito de “bad-parent self-beliefs” prende-se com uma auto-avaliação negativa do seu desempenho enquanto pai ou mãe.

Na sua globalidade, o conceito de “self-stigma” apresenta uma forte correlação com baixa auto-estima e estes pais descrevem-na, compreensivelmente, como uma experiência geradora de sofrimento. Os investigadores propõem estratégias de promoção de auto-estima e de sentimentos de competência parental, nomeadamente por uma via psicoeducativa, ao proporcionar explicações dos comportamentos dos filhos que sejam baseadas no conhecimento existente acerca da etiologia da doença em causa, e não culpabilizadoras dos pais.³

Importa portanto perceber a etiologia dos diagnósticos de Kevin. Sabe-se que a etiologia da Perturbação de Conduta é bastante diferente nas suas variantes com e sem traços de

insensibilidade e afetividade restrita. A investigação aponta para uma forte hereditariedade destes traços, enquanto a Perturbação de Conduta sem o especificador de “emoções pró-sociais limitadas” aparenta ser mais influenciada por factores ambientais do que determinada geneticamente. Também a investigação no sentido de identificar variantes genéticas potencialmente responsáveis por estes traços começa a chegar a resultados promissores, embora não seja por enquanto conclusiva. Ainda assim, é importante realçar que a contribuição genética para a psicopatia não é inteiramente determinística, e que factores ambientais, nomeadamente a parentalidade, podem modular o fenótipo resultante. A investigação sugere no entanto que o impacto da parentalidade seja maior na Perturbação de Conduta sem traços de psicopatia do que na presença destes traços.²

Kevin apresenta claramente traços de insensibilidade e afetividade restrita desde muito cedo, pelo que seria importante reconhecer o forte contributo genético da etiologia da sua doença, e esclarecer os pais de Kevin que os seus padrões de parentalidade não terão sido o fator determinante na origem dos comportamentos por ele apresentados, uma dúvida que evidentemente assombra Eva.

Assim, e se é verdade que o Pedopsiquiatra tem o dever de alertar os pais das crianças que acompanha para padrões de parentalidade que prejudiquem a evolução da sua doença, é também verdade que este trabalho de psicoeducação não estará completo sem o esclarecimento da componente biológica (não ambiental) da etiologia da doença em causa. Ao apresentar estes componentes como apenas parcialmente alteráveis e portanto fora do total controlo dos pais, poderemos tranquilizá-los e poupá-los a um sentimento de culpa gerador de sofrimento.

Conclusão

Em Pedopsiquiatria, a intervenção junto de pais de crianças e adolescentes com doença mental foca-se sobretudo no alerta para padrões de parentalidade que possam agravar o curso da doença. Importa no entanto estar também atento ao estigma auto-imposto por estes pais, o qual envolve uma importante dimensão de auto-avaliação negativa do seu padrão de parentalidade, e que pode ser mitigado através de um trabalho de psicoeducação que inclua o esclarecimento da etiologia da doença em causa. “We need to talk about Kevin” expõe o caso de uma mãe que sofre com um sentimento de culpa relativo à doença mental do seu filho, ao ponto de se sentir responsável pelas suas ações.

Bibliografia

- 1) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 2) VIDING, Essi; MCCRORY, Eamon - *Developmental risk for psychopathy*, In THAPAR, Anita. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Chichester: Wiley Blackwell, 2018. p. 966-980.
- 3) EATON, Kim; OHAN, Jeneva L.; STRITZKE, Werner; CORRIGAN, Patrick. The Parents' Self-Stigma Scale: Development, Factor Analysis, Reliability, and Validity. *Child psychiatry and human development*. Vol 50, nº1 (2019) p. 83–94.

PSYCHOPATHIA SEXUALIS.

EINE

KLINISCH-FORENSISCHE STUDIE

VON

D^r. R. v. KRAFFT-EBING.

O. Ö. PROF. F. PSYCHIATRIE U. NERVENKRANKHEITEN A. D. K. K. UNIVERSITÄT GRAZ.

STUTTGART.

VERLAG VON FERDINAND ENKE.

1886.

A CONCEPTUALIZAÇÃO DA AGRESSÃO SEXUAL NOS SÉCULOS XIX E XX

Diogo Barbosa*; Filipa Andrade*; Berta Ramos*; Márcia Mota**

Centro Hospitalar e Universitário de São João

*Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Psiquiatria

**Assistente Hospitalar Psiquiatra, Coordenadora da consulta de Sexologia Clínica no Centro Hospitalar e
Universitário de São João

Email: diogocdup2@gmail.com

Resumo

A agressão sexual constitui uma área social e cientificamente polémica mas sobre a qual a aplicabilidade de programas de reabilitação é cada vez mais frequente e investigada. Os autores propõem-se a refletir sobre a evolução da conceptualização da agressão sexual e dos comportamentos sexuais desviantes nos séculos XIX e XX. Apesar das contribuições de von Krafft-Ebing, Freud, Binet e Norman no final do século XIX e início do século XX, o estudo da agressão sexual torna-se robusto com o comportamentalismo da década de 50 reinando a teoria de preferência sexual que se foca na eliminação das preferências sexuais desviantes. Criticada por ser simplista, a partir dos anos 70 parece haver uma maior preocupação com os vários fatores e que uma abordagem mais compreensiva seria necessária através de um modelo de intervenção cognitivo-comportamental, que inspirou a abordagem conceptual atual com foco na prevenção de recaída e atuação nos fatores de risco.

Palavras chave: agressores sexuais, parafilias, história, abordagem, conceptualização

Abstract

Sexual offending is a socially and scientifically controversial area but over which the applicability of rehabilitation programs is increasingly frequent and researched. The authors propose to reflect on the evolution of the conceptualization of sexual offending and deviant sexual behaviors in the 19th and 20th centuries. Despite the contributions of von Krafft-Ebing, Freud, Binet and Norman in the late nineteenth and early twentieth centuries, the study of sexual aggression becomes robust with the behaviorism of the 50's reigning the theory of sexual preference that focuses on eliminating deviant sexual preferences. Criticized for being simplistic, from the 1970s, there seems to be a greater concern with the various factors involved ushering the need for a more comprehensive approach through a model of cognitive-behavioral intervention, which inspired the current conceptual approach with focus on preventing relapse and risk factors.

Introdução

A agressão sexual é, erroneamente, muitas vezes considerada um comportamento que é, por si só, um comportamento patológico, ocorrendo na dependência de patologia mental. Não é incomum que na comunicação social, e mesmo em determinados contextos clínicos, se estabeleça uma associação indistinguível entre o comportamento agressivo sexual e uma parafilia. Contudo, o comportamento sexual agressivo representa apenas um comportamento, que pode advir de motivações muito distintas. Além disso, os agressores sexuais constituem uma população muito heterogénea nomeadamente no que diz respeito ao tipo de ato praticado, as motivações subjacentes e a psicopatologia encontrada. Atualmente, a agressão sexual é globalmente reconhecida como uma problemática multidimensional que acarreta implicações sociais e políticas. Por esse motivo, é fundamental compreender as origens da agressão sexual pelo que os autores se propõem- a refletir sobre a evolução da conceptualização da agressão sexual e dos comportamentos sexuais desviantes nos séculos XIX e XX.

Discussão

Inicialmente o comportamento agressivo sexual foi entendido como um comportamento inerentemente patológico tendo decorrido nos finais do século XIX os primeiros esforços no estudo desta problemática. O foco dessa investigação preendia-se com o estudo das preferências sexuais desviantes. Muitos autores neste período publicaram trabalhos de descrição de casos de desvios sexuais, não havendo consenso da comunidade científica relativamente a uma teoria explicativa para a agressão sexual. Adolf Patze e Henry Maudsley dedicaram-se à sexualidade na infância, determinando aquilo que iria ser o foco da intervenção psicanalítica do início do século XX(1). Em 1869, Benkert definiu o conceito de homossexualidade, ainda visto como um desvio dos comportamentos sexuais normativos(1). No mesmo ano, Carl Otto Westphal abordou o “*contrary sexual feeling*”, designação para definir a orientação homossexual(1). Nas últimas duas décadas do século XIX foram publicadas duas obras seminais no estudo da sexualidade, em particular dos desvios sexuais, que ainda hoje são frequentemente citadas pelos clínicos e investigadores da área: von Kraft-Ebing publicou a sua obra “*Psychopathia Sexualis*” em 1886 e Albert Moll o “*Perversions of the Genital Instinct*” em 1893, ambos repletos de descrições de centenas de casos de comportamento sexuais desviantes e/ou agressivos(1). Sigmund Freud começou os seus passos na análise da sexualidade humana descrevendo, em 1896, a sua teoria da sedução da sexualidade na infância, que não teve uma boa receção por parte da comunidade científica tendo-a abandonado. Apesar disso, Sigmund Freud continuou na sua busca teórica por uma teoria explicativa, defendendo que casos de alegada agressão sexual constituíam um produto do imaginário das vítimas(1). A sua publicação “*Three Essays on the Theory of Sexuality*”, publicada originalmente em 1905, apesar da sua receção inicial aquém das expectativas, tornou-se uma obra incontornável e de grande influência na área psicanalítica. Esse trabalho divide-se em três porções: uma primeira dedicada aos desvios sexuais, uma segunda à sexualidade infantil e uma terceira à sexualidade na puberdade. A discussão sobre a etiologia dos desvios sexuais e a sua relação com o período de desenvolvimento na infância e adolescência continua a ser objeto de estudo por parte da escola psicanalítica, que iria reinar a linha de pensamento científico até meados do século XX.

A influência psicanalítica, movida pelos contributos de Freud, levou à designação das “perversões sexuais” em que os comportamentos sexuais desviantes resultariam da expressão direta de fixações psicosexuais com origem no período pré-edipal. Neste período, foi realçada a importância das experiências precoces de abuso sexual e o desenvolvimento de subsequentes mecanismos de identificação (desejos agressivos englobados na estrutura perversa contribuem para a estabilização da personalidade)(2).

Na década de 50 do século XX, os autores de um estudo de 200 agressores sexuais em estabelecimento prisional identificaram quatro pontos major no padrão psicológico(3):

1. Reação a complicações edipais, medo de castração e de aproximação a mulheres psicosssexualmente maduras
2. Inibição interpessoal de proporção esquizoide a esquizofrénica
3. Fraco ego e inadequado controlo de impulsos
4. Orientação concreta e capacidade mínima para sublimação

Esse estudo, baseado numa intervenção de carácter psicanalítico, conceptualiza a agressão sexual como uma tentativa do agressor de encontrar substitutos sexuais para a mulher madura, dado o potencial ameaçador da mesma a nível psicosssexual e psicossocial(3). Esta abordagem foi adotada nos sistemas de classificação, incluindo no DSM-II (1968), aparecendo no campo dos “Transtornos de personalidade” contando com oito desvios

sexuais específicos: homossexualidade, fetichismo, pedofilia, travestismo, exibicionismo, voyeurismo, sadismo e masoquismo.

Apesar do domínio da influência psicanalítica, foram sendo traçados passos importantes na primeira metade do século XX que conduziram ao comportamentalismo. Norman (1892) defendia que as preferências sexuais desviantes se desenvolviam por atividade masturbatória repetida com fantasias de comportamentos sexuais desviantes específico. Entretanto, Binet definiu os desvios sexuais como respostas aprendidas⁽¹⁾. A nível conceptual, são de destacar os contributos processuais de Pavlov e Thorndike ao nível do condicionamento clássico e dos processos de aprendizagem, respetivamente. É em 1913 que Watson publica o seu manifesto comportamentalista, “*Psychology as the Behaviorist Views It*”, assumindo—se como o pai conceptual do movimento⁽¹⁾. Este trabalho rompeu com a escola psicanalítica através do foco no comportamento e não na consciência, do uso de metodologias objetivas e não introspectivas, e do objetivo na predição e controlo de comportamentos e não na compreensão dos fenómenos mentais. Esta linha de pensamento psicológico foi sendo desenvolvida ao longo das próximas décadas (1920 – 1960’s), sendo especialmente relevante o contributo de Tolman na construção dos esquemas cognitivo-comportamentais na agressão sexual⁽¹⁾. Apesar da sua relevância na terapia comportamental, a influência de Skinner e do seu condicionamento operante não obteve o mesmo grau de aceitação na abordagem dos indivíduos com comportamentos sexuais desviantes.

O contributo de Kinsey e seus colegas rompeu com a associação intrínseca entre os comportamentos sexuais desviantes e a patologia mental. Essa investigação considerava a sexualidade como uma força fundamental para o comportamento humana, usando uma metodologia biológica e observacional e criando um quadro taxonómico da diversidade sexual^(1,4). Até então havia uma certa resistência social que permitisse à comunidade científica um estudo objetivo da sexualidade humana, seja na sua forma normativa ou desviante. Os próprios investigadores coíbiavam-se de fazer descrições detalhadas de indivíduos com preferências e comportamentos sexuais desviantes. Foi o grupo de trabalho de Kinsey que quebrou essa resistência, traçando um plano de investigação claro e aberto através de entrevistas a cidadãos americanos com ênfase na sua diversidade, a nível da idade, grupos raciais e estratos socio-económicos. As obras “*Sexual Behavior in the Human Male*” (1948) e “*Sexual Behavior in the Human Female*” (1953) representam o produto final dessa investigação, com um elevado número de casos, classificados consoante as variantes taxonómicas determinadas e os seus dados apresentados em resumos estatísticos. Este trabalho, de índole claramente mais contextual, permitiu a caracterização e classificação de comportamentos, experiências e preferências. A sua relevância estende-se a todo o campo da sexualidade humana, causando um importante *shift* no entendimento da vivência sexual em cada indivíduo⁽⁴⁾. No caso particular da agressão sexual, os contributos de Kinsey revelaram-se na importância de obter dados completos nos interesses, preferências e práticas sexuais e na utilidade de medições mais objetivas das respostas sexuais para aferição mais objetiva dos interesses e preferências sexuais. Em 1965, McGuire, Carlisle e Young publicaram o seu trabalho que detalhava a sua Teoria da Preferência Sexual. Esses autores defendiam que as experiências sexuais precoces, em conjugação com o desenvolvimento posterior da atividade masturbatória e das fantasias que a acompanham, resultavam na definição das preferências sexuais ^(1,5). Essa teoria espelha a expressão do comportamentalismo radical (condicionamento pavloviano) na conceptualização da sexualidade desviante e direciona o foco terapêutico na eliminação das preferências sexuais desviantes⁽⁵⁾. A teoria de McGuire, Carlisle e Young foi rapidamente aceite pela comunidade científica, embora atualmente as evidências apontem para uma maior diversidade de fatores etiológicos que podem estar envolvidos na génese das preferências sexuais desviantes ou nas

práticas de agressão sexual. A atratividade da teoria resumia-se ao foco nas preferências sexuais desviantes e, portanto, o alvo terapêutico seria a sua eliminação.

Ao longo da segunda metade do século XX, ocorreu uma transição entre a abordagem psicodinâmica e a intervenção comportamental. Em 1957, Kurt Freund foi o responsável pelo desenvolvimento de uma avaliação falométrica das preferências sexuais desviantes, com intuito de fazer medições precisas do grau de ereção peniana do indivíduo perante a visualização de diversos estímulos visuais de conotação erótica(1). Denominada pletismografia peniana, essa técnica foi vista como uma forma de objetivar o *arousal* sexual desviante e, conseqüentemente, as preferências sexuais desviantes. Apesar da sua utilização frequente até finais do século XX, em contextos clínicos e periciais, a evidência foi demonstrando a fiabilidade da técnica ao não integrar outros fatores envolvidos na resposta sexual e ao desconsiderar as ereções espontâneas. Paralelamente, em termos de tratamento, foram sendo aplicadas diversas técnicas comportamentais dirigidas à redução da *arousal* sexual desviante. Esta abordagem foi muito bem aceite e integrada nos programas terapêuticos, mas revelou-se insuficiente dada a complexidade da agressão sexual(1).

Na década de 70 do século XX verificaram avanços importantes, sendo de destacar o desenvolvimento das técnicas falométricas e a inclusão dos processos cognitivos na terapia comportamental. Estes marcos foram resultado da frustração dos terapeutas e dos investigadores que se deparavam com a evidência insuficiente da redução da *arousal* sexual desviante. Tal levou a novas técnicas comportamentais, com o recondicionamento orgásmico de Marquis, e a necessidade de incluir os processos cognitivos (fantasias) no tratamento. Abel e Blanchard, impulsionadores da inclusão cognitiva, depararam-se com *outcomes* insuficientes na abordagem exclusivamente comportamental para a eliminação das preferências sexuais desviantes, reforçando a importância de intervir igualmente ao nível das fantasias sexuais, estipuladas como uma das grandes forças motrizes do comportamento(6). Foi nessa década que também se verificou o surgimento dos primeiros programas terapêuticos mais compreensivos e integradores: Marshall e Williams (1975) com uma intervenção trifásica (modificação preferências sexuais, potenciação das competências sociais e educação sexual) e Abel, Blanchard e Becker (1978) com um modelo interventivo que incluía treino de assertividade e expandia além dos comportamentos sexuais agressivos (nomeadamente a abordagem e tratamento de disfunções sexuais e a psicoeducação face aos papéis de género)(6).

Foi na década de 80 do século XX que se inicia a verdadeira “era da integração”, marcada pela adaptação do modelo da prevenção de recaída das perturbações aditivas na agressão sexual e pela importância das teorias de aprendizagem social na conceptualização da agressão sexual(6,7). Nesse seguimento, foram sugeridas hipóteses explicativas da agressão sexual segundo um modelo de aprendizagem social: crianças vítimas de agressão sexual tornar-se-iam adultos agressores sexuais; a exposição a material sexualmente explícito contribui para comportamento agressivo sexual, levando a maiores índices de hostilidade dirigida a mulheres, a aceitação de mitos de violação e menor empatia e compaixão pelas vítimas(8). A associação destas perspetivas com a agressão sexual dependeria do grau de reforço no processo de aprendizagem. Face à crescente evidência de que a agressão sexual teria múltiplos fatores em causa, foi-se verificando uma progressiva descridibilização das teorias *single-factor* e a emergência de teorias integradoras, destacando-se a Teoria da Precondição de Finkelhor (1984) e a Teoria Integrada de Marshall e Barbaree (1984)(6). Na década de 80 do século XX foram também sendo desenvolvidas abordagens a grupos específicos de agressores sexuais, nomeadamente em agressores sexuais adolescentes, agressores sexuais do sexo feminino e agressores sexuais com debilidade intelectual(6). Os programas de avaliação e de intervenção tornaram-se mais compreensivos, desviando do foco único na eliminação das preferências sexuais desviantes, passando a incluir aspetos do contexto dos indivíduos, das suas

características intra e inter-individuais e de comorbilidade psiquiátrica tais como: educação sexual, empatia, competências sociais, auto-estima, abuso e dependência de substâncias, técnicas de *anger management* e prevenção de recaída(6). Essa década é, também, marcada por uma revolução diagnóstica com o surgimento do DSM-III em 1980, com abandono das perspectivas psicodinâmica e biológica e conceptualizando as perturbações psiquiátricas segundo um modelo descritivo, ou seja, como uma síndrome comportamental ou psicológica. É também no DSM-III que surge, pela primeira vez, no sistema de classificação, o termo “parafilia”, definido como impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias ou comportamentos, com duração mínima de 6 meses (um período determinado de forma algo arbitrária pelos autores).

A década de 90 do século XX realçou a importância que a avaliação do risco de reincidência apresenta na avaliação e intervenção dos agressores sexuais. A progressiva e complexidade dos fatores envolvidos nos comportamentos sexuais agressivos refletiu-se na continuação de desenvolvimento de teorias explicativas, todas elas multifatoriais e compreensivas, como o Quadripartite model de Hall e Hirschman (1991) e o Confluence model de Malamuth (1998)(6). A avaliação de risco compreensiva exige uma abordagem dos fatores de risco estáticos e dinâmicos, sendo útil recorrer a instrumentos de predição de risco. Nessa década foram desenvolvidas escalas de factores de risco estáticos como o *Violence Risk Assessment Guide (VRAG)* e o *Sexual Offender Risk Assessment Guide (SORAG)*, que incidem em aspetos não modificáveis do indivíduo agressor nomeadamente antecedentes criminais e idade(6). Por outro lado, e de forma a incluir aspetos cognitivos, emocionais e da personalidade do indivíduo, foram também desenvolvidos instrumentos que incluem fatores de risco dinâmicos, destacando-se o *Minnesota Sex Offender Screening Tool*, o *The Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism* e o *STATIC-99*(6). Este também foi um período de incentivo a mudanças legislativas e da emergência de modelo de saúde pública relativamente aos crimes sexuais.

Conclusões

A agressão sexual constitui uma problemática complexa envolvendo diferentes áreas da sociedade. Os agressores sexuais são uma população muito heterogénea em que a avaliação diagnóstica se revela desafiante e as dificuldades/vulnerabilidades inerentes são variáveis. Tal complexidade não se coaduna com visões redutoras ou simplistas de que se trata apenas de uma problemática ao nível das preferências sexuais. Assim, apesar dos seus inegáveis contributos, as abordagens psicanalítica e comportamental foram sendo complementadas por teorias mais integrativas e compreensivas em que foco é a avaliação de risco, a reabilitação e a prevenção.

Referências

- 1.LAWS, D.R. & MARSHALL, W.L. A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offenders: Part 1. Early Developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. ISSN 1079-0632, Vol. 15, N° 2 (2003) p. 75-92.
- 2.STOLLER, R.S – Perversion: The Erotic Form of Hatred. 1ª ed. Nova Iorque: Pantheon, 1975. ISBN 0946439206.
- 3.HAMMER, E.F. & GLUECK, B.C. Psychodynamic patterns in sex offenders: a four-factor theory. *The Psychiatric Quarterly*. ISSN 0033-2720, Vol. 31 (1957) p. 325–345.
- 4.SUPPE, F. Classifying sexual disorders: the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association. *Journal of Homosexuality*. ISSN 0091-8369, Vol. 9, N° 4 (1984) p. 9-28
- 5.MCGUIRE, R.J., CARLISLE, J.M. & YOUNG, B.G. Sexual deviations as conditioned behavior: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, Vol. 3 (1965) p. 185-190.

6. MARSHALL, W.L. & LAWS, D.R. A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offender Treatment: Part 2. The Modern Era (2003)
7. PITHERS, W. D., Marques, J.K., Gibat, C.C., & Marlatt, G.A. – Relapse prevention with sexual aggressor: A self-control model of treatment and maintenance of change. In *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold, 1983, p. 214-239
8. SEGORN, Theoharis K., PRENTKY, Robert D., & BOUCHERM, Richard J. *Childhood sexual abuse in the lives of sexually aggressive offenders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. ISSN 0890-8567, Vol. 26, N° 2 (1987) p. 262-267

ILHA DA MADEIRA. VERMELHOS DE BRJULLOW (1799-1852) E CIPRESTES DE RÖMER (1879-1960)

Alfredo Rasteiro *

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Professor Associado Jubilado

Email: alfredorasteiro@hotmail.com

Resumo

Karl Brjullow (1799-1852) ofereceu ao dr. António Alves da Silva o «*Retrato do seu médico*», 1850 e a «*Fortaleza do Pico*», 1850 em tons vermelho e terra siena queimada, sugerindo hemoptises.

Max Römer (1879-1960) refugiou-se no Funchal (1922-60), repetiu a «*Fortaleza do Pico*» que motivou Brjullow e Ella du Cane (1909), encontrou o seu próprio caminho, trocou as sombras que trouxe da Alemanha pela luminosidade da Macaronésia e representou o «*Cemitério Judaico*», antes e depois de 1939, como um novo ícone. Isolado e em silêncio repetiu os mesmos troncos e os mesmos muros desconhecendo que poderia ser avaliado subjectivamente em testes projectivos como o «*Teste da árvore*», de Karl Koch, 1949.

Palavras-chave/Keywords: Brjullo, *hemoptises*, Römer, *Baumtest*, PTSD

Abstract

Karl Pawlowitsch Brjullow offered his doctor Antonio Alves da Silva the «*Fortress of the Peak*» painted with the colors of his hemoptysis.

Cypress, wall and road from by Max Römer suggest unconscious response to a projective test.

1.Introdução

Reconhecida internacionalmente por elevadas taxas de mortalidade desde os registos do Dr. Thomas Heberden (1703-1769) - «*Of the increase and mortality of the inhabitants of the Island of Madeira*», 1767 - a ilha da Madeira atrai viajantesãos e doentes, desenhadores, gravadores e pintores, poetas e jornalistas sedentos de calor humano e paisagens únicas.

A «*Fortaleza do Pico*», planeada em 1590, concluída em 1632 segundo a traça que era comum às fortalezas costeiras seiscentistas holandesas, britânicas, francesas, espanholas e portuguesas, converteu-se em imagem simbólica da Cidade do Funchal desde William Hodges (13 de Setembro de 1768).

No século XIX Karl Pawlowitsch Brjullow, tuberculoso, ofereceu ao seu médico, igualmente tuberculoso, uma imagem da «*Fortaleza do Pico*» pintada nos tons hemoptóicos das respectivas hemoptises.

No século XX Max Wilhelm Römer, que não era judeu, substitui imagem icónica «*Fortaleza do Pico*» por «*Cemitério Judaico*», onde existiram ciprestes, desaparecidos em 2017.

2.1.Desenvolvimento

Em 2017 Correios de Portugal, CTT, divulgaram «*Fortaleza do Pico*» por William Henry Cornwall (1799-1855), gravura Dickinson & Co. Light e esqueceram, entre outras, imagens que Westall (1801), Hildebrandt (1848), Brjullow (1850), Emily Smith (1844), ou Lady Susane Holroyd (1851) lhe dedicaram.

Em 13 Setembro 1768 William Hodges (1744-1797) representou Baía do Funchal durante visita de James Cook (1728-1779), Joseph Banks (1743-1820), Daniel Carlsson Solander (1733-1782) e Sidney Parkinson (c.1745-1771) numa viagem a Taiti, onde foram estudar o «*Transito de Venus na frente do Sol*», em 13 de Junho de 1769; posteriormente, Thomas Daniell (1749-1840) colheu elementos para gravura de William Daniell, datada de 1784.

William Westall (1781-1850) esboçou uma «*Fortaleza do Pico*» (1801) publicada em «*Foreign scenery*», 1812; Andrew Picken (1815-1845) recorda-a em «*Madeira Illustrated*», 1824; Reverend James Bulwer (1794-1879) destacou «*Forte do Pico*» nas «*Views in the Madeiras*», 1827; Emily Geneviève Hanson Smith (1817-1877) associa-o ao «*Talhão militar*» (1808) do «*Burial ground*» in «*A panoramic view of the city of Funchal*», 1844 oferecida à Rainha viúva de William IV (1765-1837).

Em 1848 Eduard Hildebrandt (1818-1869) pintou um «*Pico*» deslumbrante, com dois carregadores de tipóia, uma mamã doentinha e uma menininha toda engalanada, que nos vira as costas, indiferente às diabruras do seu *Lulu* que saltita.

Brjullow, 1850; Frank Dillon (1822-1909), «*Sketches of the Island of Madeira*», 1850; Susan Harriet Holroyd Harcourt (1829-1894) in Edward Vernon Harcourt (1825-1891): «*A sketch of Madeira*», 1851; Alfred Pulsford Latham (1840-1867), «*Sketches of Funchal*» in «*The Illustrated London News*», 1866; Ella Mary du Cane (1874-1943) in Florence Gertrude Louisa du Cane (1869-1955): «*The Flowers and gardens of Madeira*», 1909; Max Wilhelm Römer (1879-1960); e muitos outros, retomam o tema.

2.2.Brjullow

Karl Pavlovich Brjullow, Карл Павлович Брюллов (1799-1852) na idade média da vida, sentindo-se «tuberculoso», viajou para a Ilha da Madeira em busca de tratamento (1849-50). Encontrou compatriotas na «*Quinta das Angústias*» e retratou-os: imortalizou as figuras de Maximiliano Leuchtemberg (1817-1852), Evgeny Myussar (c. 1814-1896) e Emily Myussar (c. 1823-1902), e outros; pintou cavalos magníficos.

A «*Angústias*» mudou de nome em 1978: ignorou Memória e História, adoptou designação da *Quinta Vigia* que hospedou Elisabeth von Wittelsbach (1837-1898) em 1860 e 1893, ocupada desde 1976 por Centro de Congressos, Hotel e Casino projectados por Oscar Niemeyer (1907-2012) e Alfredo Evangelista Viana de Lima (1913-1991) a que juntaram, em 2000, estátua da *Sissi* por António Augusto Lagoa Henriques (1923-2009). Do outro lado, ocupado pelo Cemitério das Angústias desde 1818 a 1948 está o Parque de Santa Catarina, designação que sugere *acto-falhado* para com Catarina Henriqueta (1638-1705), filha de D. João IV. Dona Catarina, e sua mãe, descendiam do Rui Gomes da Silva dos Silvas de S. Marcos, Chamusca do Ribatejo e Ulme, Secretário de Felipe II, casado (1559) com a Ana de Mendoza zarolha trineta da portuguesa Mencia de Lemos e do *Cardenal* de Toledo (1428-1495) quinto filho do 1º Marquês de Santillana (1398-1458). Em 1662 Dona Catarina de Bragança, consciente de que a Madeira pertencia ao seu Património, exigiu (?) que retirassem esta Ilha do seu dote, que a não juntassem a Tanger e Bombaim no seu casamento com o Carlos II (1630-1685) do Reino Unido da Inglaterra, Escócia e Irlanda.

«*Quinta das Angústias*» acumulou Memória e História, exposição solar benéfica para a saúde e condições de habitabilidade que foram sendo criadas desde a «*vigia*» Dona Guiomar de Vilhena (1705-1789), que povoou o mar com os seus navios desde os «*States*» à China, até possuir instalações que receberam a inconsolável viúva de William IV, Adelaide Luísa Teresa Carolina Amélia (1792-1849), protectora da Emily Smith.

«*Quinta das Angústias*» acolheu descendentes de Joséphine de Beauharnais (1763-1814), entre eles a «*Princesa-flôr*», Maria Amélia (1831-1853) filha de D. Pedro IV (1798-1834), acompanhada por sua mãe, e pelo seu médico assistente, então Presidente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, Professor Francisco António Barral (1801-1878). Em 1863 «*Angústias*» foi adquirida pelo General russo Alexandre Charles de Lambert (falecido em 1866) pai do pioneiro da aviação Carlos Alexandre de Lambert (1865-1944), que aí nasceu. Nessa época exibiu autênticos Cossacos que cavalgavam na Rua da Carreira (*de cavalos*), agitaram as regras sociais, abanaram a quietude funchalense, mostraram usos e costumes de feição «*moscovita*», termo que Júlio Dinis grafou n' «*Os Fidalgos da Casa Mourisca*», 1871, Cap.

XXVI, p. 90 e que se fizeram fotografar na «*Photographia-VICENTE-Estabelecida-em-1846*», «Museu-do-ano» em 2020.

Nas «*Angústias*» viveu os seus três últimos anos de vida e faleceu, insuficiente renal, Paul Langerhans (1847-1888), cliente da «*Photographia Vicente*», «inventor» das «*Células dendríticas da Epiderme*» (1868), dos «*Ilheus do Pâncreas*» (1869) e das «*Langerhansias*» (1879, 1880, 1881) da Madeira e das Canárias. Teve consultório na Rua dos Netos nº 11, num edifício com quatro portas para a rua à boa maneira funchalense, com dois andares de quatro janelas no enfiamento das portas, bom local para uma placa que o recorde, mesmo ao lado de um estabelecimento de Ensino. Langerhans frequentou as Bibliotecas do Município (3000 volumes) e do «*englischen Club*» («*Bibliothek von über 4000 Bänden*»), leu a Odisseia e escreveu um «*Handbuch für Madeira*» (1885), pago pelo governo alemão. Repousa num cantinho do «*British Cemetery*», extensão inaugurada em 1851, em frente da «*Fortaleza do Pico*». Recebeu placas agradecidas: de diabetologistas alemães (1977), médicos portugueses (1988), dermatologistas e imunologistas de todo o mundo (1988); aguarda que o traduzam; ainda não tem nome em Avenida nem Estátua que nos honre.

2.3.«Retrato do médico» e «Forte do Pico», «Ex-Votos»

Em 1850, no Funchal, Karl Brjullow procurou ajuda e obteve apoio clínico do **Doutor António Alves da Silva** (1822-1854), antigo Estudante de Coimbra (1841-46) doutorado em Paris («*La fièvre typhoid est une maladie inflammatoire dans la première période, septicémique dans la seconde*», *thèse*, 1848), «*Ajudante Demonstrador da primeira Cadeira da Escola Médico cirúrgica do Funchal*» após concurso, desde onze de Março de 1850.

Conformado com os resultados obtidos, consciente do agravamento do seu «*mal do peito*», Brjullow gratificou «o seu médico» com a oferta de dois Quadros, com o valor simbólico de *Ex-votos*, e regressou à Europa. Respeitando tradições, usos e costumes que vinham dos Asklepiades da velha Grecia, além dos honorários clínicos que certamente satisfez, ou que não existiram, Brjullow terá entendido dirigir-se ao «*deus da cura*» através «do seu médico», utilizando «*ex-votos*». Assim, «*Fortaleza do Pico*» e «*Retrato do seu médico*», oferecidos a Alves da Silva, podem ser entendidos como *auto retratos*, figurações simbólicas do próprio doente e da doença que o minava.

Numa época em que não existiam tratamentos específicos para os «*males do peito*», «*Retrato do seu médico*» torna-se «*auto-retrato*» desprovido de parecenças físicas, imagem catóptrica do rosto do Doador oportunamente substituída pela figura de empréstimo do Doutor Alves da Silva, como se fora o rosto do próprio Brjullow, devolvido por um espelho plano.

«*Fortaleza do Pico*» - construída para manter os ilhéus em respeito perante o poder filipino (1639), inútil e arruinada, sem qualquer préstimo na defesa da Ilha - será projecção simbólica de uma visita a Itália com passagem por Nápoles, meditação em Pompeia, e aproximação ao Vesúvio, expressas numa pose de 1836, «*loira madeixa ao vento, porta-carvões em riste, pasta de desenho ao lado*», que o ainda jovem Brjullow concedeu ao seu talentoso Aluno Vasily Andreevich Tropinin (1776-1857), já sexagenário.

«*Fortaleza do Pico*» e montanha, que lembra o Vesúvio, acompanha o «*Retrato de Brjullow*», pintado por Tropinin, junto a um Vesúvio com pinceladas de Brjullow, actualmente, na Tretyacov.

«*Retrato do seu médico*» regressou em 2017 ao Funchal por 175 mil €uros, longe dos valores alcançados pelos «*Retratos com Dedaleiras*» que Vincent van Gogh (1853-1890) ofereceu ao Dr. Paul-Ferdinand Gachet (1828-1909), como se foram *Ex-votos*, recordando imagens de William Withering (1741-1799), celebrando (?) Claude-Adolphe Nativelle (1812-1889), inventor da *Digitalina* purificada (1872), falecido no ano anterior.

São Petersburgo exhibe o «*Ultimo dia de Pompeia*» (1830) e um «*Julgamento da Inês de Castro*» (1834) - Смерть Инессы де Кастро – que diz muito à Cidade de Coimbra.

Moscow, Galeria Tretyakov, mostra um «*Cervo de Pskov*» (1843) que surge na sequência de «*La Liberté guidant le peuple*» (1830), de Ferdinand Victor Eugène Delacroix (1798-1863) e irá adquirir enorme força mobilizadora num esboço de 1851 (Осада Пскова), onda rubra que tudo avassala, a Vida sofredora e as tradições de um Povo.

Muito conhecido na Rússia do século XIX, o estrangeirado Karl Pavlovich Brjullow ocupa um lugar de honra no Memorial de Veliky Novgorod (1862), com a sua gloriosa paleta, entre duas figuras da Música, Mikhail Ivanovich Glinka (1804-1857) e Dmitry Stepanovich Bortniansky (1751-1825).

De origem francesa - Charles Brulleau - faleceu em 1852, em Roma. O seu mausoléu mostra-o «*de rosto jovem, de cabelo ao vento*». A cidade do Funchal recorda-o num busto de Luis Paixão (2013).

Diz-se que as Obras de Arte exteriorizam estados anímicos dos seus autores e o mundo que os rodeia. Neste sentido, os «*Vermelhos de Brjullow*», e a «*terra siena queimada*» das suas pinturas assinalam, antecipam, projectam momentos dramáticos da evolução da tuberculose que incidiosamente o vitima. Transportam, simbolicamente, o ferro ferroso e o ferro férrico das suas hemoptises.

2.4. Römer

Max Wilhelm Römer (1879-1960), sobrevivente da Guerra de 1914-18, abandonou a Alemanha e instalou-se no Funchal (1922) com a sua esposa, oriunda de Java, e os seus quatro filhos, dois rapazes e duas raparigas. Depois de instalado, cavalgou pela ilha, ouviu as histórias dos bombardeamentos do Funchal por submarino alemão em 3 de Dezembro de 1916 e 12 de Dezembro de 1917, assistiu à chegada e à partida de colónias de férias de militantes nazis, e de grupos das juventudes hitlerianas, assíduas entre 1918 e 1939. Com assinalável optimismo, prestou atenção a usos e costumes, jogos, trajos, miúdos alegres e *vilôas* sorridentes, trabalhadores na serra e tarefeiros no mar. Em 1938 registou presença de uma força da *Kriegsmarine* na Baía do Funchal, com o tristemente célebre *Schlesien* (1907-1945), autor do primeiro disparo e o último que foi ao afundo, em 1939-45.

Em tempos de guerra, «*Fortaleza(s) do Pico*», de Römer, mostra(m) antenas de transmissões.

Um dos filhos, Rolf, regressou à Alemanha em 1938, trabalhou na *Bayer* e em 1984 doou espólio paterno ao Governo regional da Madeira. A filha Anita Louise Kätchen Römer (1904-1934) tuberculizou e foi sepultada no *Cemitério das Angústias*, inaugurado em 1818, desactivado em 1948, talvez o único espaço insular que não terá motivado actividades pictóricas de Römer, ao contrário do *Cemitério Judaico* da rua do Lazareto a que nada, a não ser o isolamento, e o abandono, o ligam.

Obras de Arte são como os filhos longe de seus pais e passam a ter o significado que lhes é atribuído por quem as observa. Produzidas longe dos olhares que as admiram, oferecidas espontaneamente a quem possam agradar, expõem-se graciosamente a quem ignore rótulos propostos pelo Autor e as queira interpretar livremente, a seu gosto.

2.5. «Stress durante a vida militar»

No caso de Römer, as cores frias que em 1935 enlutaram a Baía do Funchal, quando foi ocupada pela frota alemã, contrastam com o aspecto alegre da «*Câmara de Lobos*» de 1955, dois barquitos verdes a sair da água azul e dois outros no «calhau» da praia. Curiosamente, esta pequenina maravilha de 14 x 21 cm arrasta-nos para a «*Câmara de Lobos*», 1950 de **Sir Winston Churchill (1874-1965)**, «*obra-prima*» madeirense desenvolvida a partir de um centro de perspectiva no cruzamento das diagonais da superfície pintada, marcada por muitos anos de uma vida intensamente vivida, Cristalinos envelhecidos, depósitos de Feocromo e efeitos nefastos da Nicotina dos charutos que nunca largou, fazendo-se fotografar de chapéu, charuto nos lábios e pincel na mão. Mastros alinhados com o centro do bordo superior do Quadro, dois barquitos azuis de velas pandas pintadas de castanho «*navegam*» em pleno

«calham», prováveis projecções simbólicas do próprio Churchill e de *Lady* Spencer-Churchill (1885-1977), sua companheira desde 1908.

Os dois barcos de velas desfraldadas de *Sir* Winston que navegam em terra e os dois barcos verdes a sair do mar, e mais os outros dois que acostam, de *Herr* Römer, tocam o observador, sugerem que possamos obter, através deles, alguma informação relativa a zonas reconditas das complexas personalidades de quem os desenhou, exteriorização de características intelectuais, emocionais e comportamentais, conscientes, inconscientes e latentes.

Não sei se o casal Spencer-Churchill, que esteve hospedado no *Reid's Palace Hotel* em 1950 alguma vez se cruzou com o *Herr* Römer que «oferecia» aguarelas aos Turistas, que estava casado desde 1902 com uma Senhora que lhe deu filhos, vida familiar, e lhe sobreviveu.

A Biografia de Winston Churchill, saturado de Guerras desde 1899, Prémio Nobel da Literatura em 1953, e as estórias de vida do Max Römer que não passou de um cabo inútil numa infantaria rasca, «*Kap bei der Reichsheer Infanterie*» de uma guerra perdida (1914-18), vivenciam episódios dramáticos que podem estar reflectidos, de forma simbólica, nas respectivas Pinturas, quiçá nos barquitos que se perderam em «*Câmara dos Lobos*», numa Ilha distante, no meio do mar. Representarão o Eu e o Outro, Amizades perdidas/ reencontradas, Companhias para sempre. Serão, de alguma forma, muito discretas manifestações daquilo que, depois de 1998, e da Lei portuguesa de 46/98, se convencionou designar «*perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a vida militar*».

2.6.«La Psicología de los Artistas»

Sabemos, desde 1902, com **Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)** - «*La Psicología de los Artistas*» - da impossibilidade de termos um Cérebro que funcione todo ao mesmo tempo e que «*las células encargadas de funciones no aprovechadas en el diario trabajo, en cuanto llega la ocasión del asueto general, recuerdan al yo su derecho a la vida y demandan a gritos su turno en el banquete; a menudo, sin esperar la venia del sensorio, atraen hacia sí solapadamente la sangre, y, pasando de la potencia al acto, generan representaciones brillantes y conscientes que la imaginación combina en vistosas y sorprendentes construcciones*».

Construindo e projectando imagens o ser humano pode, de alguma forma, materializar as suas emoções e as suas frustrações, expressar a sua angústia e as suas crenças, manifestar desejos recalcados e alcançar objectivos, ainda que os considere verdadeiramente inacessíveis.

E tudo se desencadeia, em cada momento das nossas vidas, por estímulos mínimos. Dois exemplos: - quando editei «*O ensino médico em Coimbra. 1131-2000*», 1999 econtrei, na mesma Tipografia, Adriano Supardo Vaz Serra (1940-2019) e constatei a sua irritação no momento em que reprovou a côr «*laranja*» da gravata do boneco da Capa da 1ª edição de «*O stress na vida de todos os dias*», 1999 tendo imposto gravatas róseas nas 2ª (2002) e 3ª (2007) edições; no ano seguinte coube-me a mim impedir que a capa da minha «*Medicina Judaica Lusitana. Século XVI*» (2000) ostentasse um candelabro, em vez da *Esfera armilar manuelina* do Samvel Vsque.

2.7.«Cemitério Judaico»

No silêncio do seu «*Cemitério Judaico*» (20,2 x 15,2 cm) Römer insiste, desde 1925, em «*árvores, muro, portão e estrada*». O «*muro*» pode representar, simbolicamente, a inviolabilidade e a privacidade do lar; os «*ciprestes*» sugerem, provavelmente, o casal Römer, excepto em uma das últimas imagens quando, entre os ciprestes, se interpõe um tufo verde, possível representação de si próprio, entre as figuras simbólicas do pai e da mãe. E a «*estrada*» representará o rumo finito da linha da Vida, destino encalhado numa ilha perdida, no meio do mar.

Identifiquei oito aguarelas «*Cemitério Judaico*» e desenhos para colorir (*Internet*). Inicialmente mostram navios no porto de abrigo e acompanham a construção do Cais, inaugurado em 1939, testemunho gráfico premonitório da Guerra de 1939-45 e de futuras pandemias (SARS-CoVid-2, 2019), «*submarino*» a aguardar embarcações, que não se avistam.

Outra série de doze imagens repetitivas, *guardadas na Internet*, diz respeito aos jardins do *Reid's Palace Hotel*, mostra «*mirante, duas colunas e duas bougainvilleas*» muito parecido com um outro da tasmaniana Ella du Cane, desenhado em 1909. Na série de Römer impressionam a aparente igualdade das paisagens, diferentes posicionamentos da linha do horizonte, perspectivas, cores, luminosidades, troncos, toques de muita qualidade e incorrecções evitáveis, indiferentes a uma eventual submissão a um futuro «*Teste da árvore*» como aquele que nos será proposto, universalmente, em 1949, por Carl Koch.

Na sombra e no silêncio das *Bougainvilleas* do *Reid's Hotel*, imaginando, do outro lado da Baía, os Cedros e os Ciprestes do *Cemitério Judaico*, o alemão Herr Max Römer, «*no seu íntimo sentiria*», como se fossem seus, os versos da alentejana **Florbela Espanca (1894-1930)**: «...*Árvores! Corações, almas que choram,/ Almas iguais à minha...*»

«*Stress na vida de todos os dias*», passeios a cavalo, isolamento e frequente regresso a determinados motivos, no meio de tanta variedade inexplorada, insistência em dois ciprestes com um muro em volta, (na costa do lado do *Lazareto*) ou colunas e trepadeiras com vistas para o mar (do lado do *Reid's*), podem estar directamente relacionadas com distúrbios psicológicos causados por *stress post traumático de guerra*, «*post traumatic stress disorder*», PTSD.

A presença de dois pequenos barcos verdes no porto e outros dois na praia de «*Câmara de Lobos*», numa aguarela de Herr Max Römer datada de 1955, depois do óleo de 1950 de Sir Winston Churchill centrado no mesmo tema, neste caso com duas velas a adejar no «*calham*» da praia, surgem-nos como silenciosos pedidos de socorro, possíveis apelos a familiares, amigos e acompanhantes que não teria sido possível expressar de uma outra forma.

A constatação, muito frequente, das mesmas duas colunas e de dois caprichosos troncos de trepadeiras nos jardins do *Reid's*, reforçam a ideia das dificuldades na vida de todos os dias e o apelo ao companheirismo.

Aparentemente incomodado com a presença do *Cruzador Schlesien* no porto do Funchal, que assinalou em 1935, afastada a ameaça hitleriana, sublimados sinais latentes daquilo que viria a ser designado PTSD, sozinho em frente do mar no «*Miradouro da Nazaré*», em 1941, Max Wilhelm Römer domina uma «*linguagem pictórica de coluna e trepadeira*» muito própria, muito íntima, do Eu e do Outro, que lembra antiquíssima Poesia do outro lado do Minho, que antecipa o Vergílio Ferreira (1916-1996) do lado de cá, de Gouveia: «*Da miña lingua vese o mar*» (1991).

3. Conclusões

Imagens simbólicas e expressividade latente recusam critérios quantitativos.

«**Vermelhos Brjullow**» convidam ao estabelecimento de correlações entre cores da paleta do Artista e evolução da sua *doença do peito*. No Funchal, **Karl Brjullow (1799-1852)** pintou «*Retrato do seu médico*» e «*Fortaleza do Pico*» como se fossem *ex-votos*.

Max Römer (1878-1960) era um não Judeu que foi sobrevivente da Guerra de 1914-18. Não tinha a formação artística muito elaborada, nem os rendimentos, de que dispôs Brjullow; foi decorador, ilustrador e publicitário, sustentou a família, acompanhou a esposa, criou os filhos.

«**Ciprestes de Römer**» originam alguns equívocos. Podem estar relacionados com o falecimento da sua filha Anita, tuberculosa, sepultada em 1934 no Cemitério das Angústias, encerrado em 1948. Algumas aguarelas surgem como cópias repetidas, convidam a aplicações do «*Teste da árvore*» de Karl Koch, 1949 e compaginam medidas de Higiene mental reactivas a perturbação psicológica crónica contraída na vida militar.

Bibliografia

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5), 2013
2. KASSAB, Edward - Max Römer. Desenhos. Grande Guerra. Funchal: 2019

- 3.KOCH, Carl - Der Baumtest. Berne: Verlag Hans Huber, 1949
- 4.LANGERHANS, Paul - Handbuch für Madeira. Berlin: Verlag von A. Hirschwald, 1885
- 5.RASTEIRO, Alfredo - Arte, ciência e saúde mental no Funchal do século XIX, *in* PEREIRA, A.L. e PITA, J. R. (Eds) – Historia Interdisciplinar da Loucura, ... X. Coimbra: 2020, pp. 33-38
- 6.TANNOCK, Michael - Portuguese 20th Century Artists A Biographical Dictionary England, Chichester: Phillimore, 1978, 450 p., pp. 35 e 138
- 7.VAZ-SERRA, Adriano - O stress na vida de todos os dias. Coimbra: 1999; 2ª ed. 2002; 3ª ed. 2007

DR. EGAS MONIZ

A NEUROLOGIA NA GUERRA



1917
LIVRARIA FERREIRA
FERREIRA L.ª, EDITORA
108-109, Rua S. Bento, 104-106
LISBOA

PERTURBAÇÕES NEUROLÓGICAS FUNCIONAIS NO CORPO EXPEDICIONÁRIO PORTUGUÊS – UMA REVISÃO NARRATIVA

Luís Afonso Fernandes*; Filipa Ferreira*; Mário J. Santos*; Nuno Borja Santos**

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

* Médico Interno, Formação Específica em Psiquiatria

** Médico Psiquiatra, Assistente Graduado Sénior

Emails: lafonsocunha@gmail.com; f.filipa75@gmail.com; mariojgsantos91@gmail.com;
n.borja.santos@gmail.com.

Resumo

A Primeira Guerra Mundial foi um teste à psiquiatria. Milhares de soldados foram afectados por um novo e incapacitante fenómeno baptizado na literatura inglesa como *Shell Shock* e na continental como neurose de guerra. A literatura científica moderna enquadrava largamente a neurose de guerra como uma antecessora da perturbação de *stress* pós-traumático. Contudo, a revisão de publicações médicas contemporâneas revela uma elevada prevalência de queixas funcionais, aproximando-a da actual conceptualização das perturbações neurológicas funcionais (PNF). Alguns autores sugerem a modulação da psicopatologia por factores culturais, com apresentações distintas nos diferentes exércitos das forças beligerantes. No presente artigo, procuramos caracterizar de forma qualitativa as manifestações da neurose de guerra no Corpo Expedicionário Português, com particular foco nas manifestações neurológicas funcionais e seu tratamento. Adicionalmente, tentamos resumir o pensamento médico português contemporâneo, com particular foco no de Egas Moniz explanado no livro *A Neurologia na Guerra*.

Palavras-chave: neurose de guerra; *Shell-shock*; perturbação neurológica funcional; perturbação conversiva; Corpo Expedicionário Português.

Introdução

As perturbações funcionais no contexto de combate não nasceram na Primeira Guerra Mundial. Contudo, o número de pessoas afectadas obrigou a comunidade médica e hierarquia militar a olhar para e dar uma resposta a este problema. Então, considerações éticas, crenças e experiências dos soldados nas trincheiras, conceptualizações organicistas e modelos psicológicos competiram como modelos explicativos do fenómeno (Loughran, 2012). O conhecimento médico desenvolveu-se nesta área de forma paralela, com a utilização de diferentes termos para descrever a mesma síndrome, como por exemplo «*Shell-shock*», «neurose de guerra», «perturbações comocionais», «perturbação neurológica funcional», ou «histeria». Variabilidade psicopatológica mediada pela cultura é, porém, uma possibilidade, pois as manifestações clínicas em diferentes amostras históricas não são inteiramente sobreponíveis (Linden en Jones, 2012), (Linden en Jones, 2014). Com o presente trabalho, pretendemos descrever o pensamento médico português coevo e caracterizar qualitativamente as manifestações da neurose de guerra no Corpo Expedicionário Português (CEP), bem como os cuidados médicos prestados a estes doentes. Realizámos uma revisão narrativa utilizando os motores de busca *Pubmed* e *Google Scholar* e revimos todos os números da publicação semanal *A Medicina Contemporânea* entre 1914 e 1918, recorrendo a palavras-chave relevantes em inglês e português. Incluímos outras fontes bibliográficas pertinentes, como o livro *A Neurologia na Guerra*, de Egas Moniz.

A «neurose de guerra» como perturbação neurológica funcional

No presente trabalho, propomo-nos a abordar a síndrome neuropsiquiátrica apresentada por milhares de militares na Primeira Guerra Mundial, então apelidada de «neurose de guerra», «*Shell shock*», «perturbação comocional», e outros termos similares, enquanto uma perturbação neurológica funcional (PNF) (Popkirov *et al.*, 2017). Compreendemos este exercício como limitado, fotografia incompleta de um fenómeno complexo, com manifestações clínicas diversas e influenciado por factores psicossociais idiossincráticos. De igual forma, não desprezamos a literatura científica que abarca a «neurose de guerra» na actual conceptualização das perturbações induzidas pelo *stress* (Crocq en Crocq, 2000); pelo contrário, ao compreendermos este grupo sindrómico à luz do constructo actual das PNF, aceitamos o papel do trauma emocional na sua etiologia, já que este era e ainda hoje é reconhecido com um factor de risco para o seu desenvolvimento (Ludwig *et al.*, 2018). Linden e colaboradores, revendo registos clínicos de hospitais militares neuropsiquiátricos britânicos e alemães, concluíram uma prevalência maioritária de queixas neurológicas funcionais como motivo de admissão, nomeadamente parestias, tremores, surdez ou crises convulsivas não-epilépticas (Linden en Jones, 2012)(Linden en Jones, 2014). Mesmo excluindo um possível viés de selecção na constituição das amostras estudadas, parece-nos adequado assumir a PNF como particularmente prevalente durante a Primeira Guerra Mundial nos exércitos britânicos e germânicos. Algumas diferenças da natureza das queixas apresentadas entre países foram, contudo, apontadas tanto em artigos científicos coevos, como em revisões mais recentes dos registos clínicos, parecendo ter existido, por exemplo, uma maior incidência convulsões não-epilépticas na Alemanha do que no Reino Unido (Linden en Jones, 2012)(Linden en Jones, 2014). A patoplastia influenciada pelo contexto cultural é um fenómeno bem compreendido (Berrios, 1996) e modelos actuais de PNF indicam a importância das crenças individuais em relação à doença no desenvolvimento de determinadas apresentações clínicas (Edwards, 2016)(Carson, Ludwig en Welch, 2016), pelo que a variação sindrómica não exclui a análise das PNF como um fenómeno unitário. Acresce o facto de os autores coevos, incluindo Egas Moniz, descreverem um quadro clínico variável consoante o tempo de observação, sugerindo o predomínio de sintomas comportamentais, perceptivos e vegetativos na frente de combate, e de alterações motoras e sensoriais (enquadráveis em PNF) nos hospitais de retaguarda (Moniz, 1917).

O estado da arte no período da Grande Guerra

No início do conflito, particularmente no Reino Unido, a *Shell shock* foi vista como uma doença «nova», provocada pelas condições particulares da guerra moderna. Esta expressão foi cunhada originalmente pelos soldados das trincheiras e apresentada por Charles Myers à comunidade científica num artigo de 1915 (Myers, 1915). O termo *shell shock* sugere como possível etiologia da síndrome a ocorrência de lesões cerebrais provocadas por explosões de projectéis. Contudo, a ideia de uma patologia orgânica *de novo* perdeu popularidade no meio científico durante os anos tardios da Guerra (Shepard, 2002). Por um lado, a evidência crescente da presença de sintomas neuropsiquiátricos não relacionados com explosões, ou mesmo surgindo em recrutas sem qualquer experiência de combate (Mott, 1918), tornou a hipótese lesional menos apelativa como modelo explicativo. Por outro, vários autores sugeriram a continuidade das «psico-neuroses da guerra» com as do tempo de paz, diferindo as primeiras das segundas apenas por serem «coloridas e determinadas por experiências de guerra e a emoção do medo (...)» (Shepard, 2002). A *shell-shock*, ao invés de uma nova e misteriosa doença, seria sinónimo de neurose ou histeria¹ – categorias nosológicas então utilizadas para descrever quadros clínicos actualmente enquadrados nos diagnósticos de

¹ É importante referir que o estatuto da histeria e neuroses enquanto perturbações psicogénicas ou orgânicas era objecto de discussão no início do séc. XX. Durante a Guerra, estas doenças estavam sob a alçada da neurologia, que utilizava o modelo biomédico, embora com uma influência crescente da psicologia.

perturbações de ansiedade generalizada, somatoforme e PNF. Simultaneamente, modelos psicológicos de compreensão foram sendo adoptados por muitos clínicos do Corpo Médico, como William Rivers, que utilizou técnicas psicoterapêuticas de cunho psicanalítico, como a análise de sonhos (Shepard, 2002). Entretanto, Frederick Mott, alienista e neuropatologista, propunha uma via intermédia, postulando que estados emocionais poderiam funcionar com um gatilho para o desenvolvimento de sintomas funcionais através de mecanismos psicofisiológicos envolvendo, por exemplo, processos atencionais e a reacção autonómica do medo mediada pela adrenalina (Mott, 1918). Por fim, uma terceira escola influenciou a perspectiva britânica: a da neurologia, através do Hospital Nacional em *Queen's Square*. Aí, o diagnóstico de PNF era amplamente utilizado, o que permitia aos neurologistas manterem-se agnósticos no que toca aos factores psicossociais envolvendo estas síndromes, focando-se na semiologia neurológica apresentada.

Entretanto, na Europa Continental – onde a barreira entre a neurologia e a psiquiatria não estava tão bem definida, e a psicologia clínica crescia a partir dos trabalhos de médicos como Janet e Freud – a discussão teórica não foi tão rica, prevalecendo desde início as concepções da doença mental do período pré-guerra. Em França, país em que a herança de Charcot se fazia sentir através dos seus discípulos, o conceito da histeria foi facilmente adoptado para explicar as queixas funcionais apresentadas pelos soldados «nervosos» (Shepard, 2002). Contudo, já então a histeria era um conceito polissémico, assumindo sentidos particulares segundo diferentes escolas de pensamento (Stone, 2016). Babinski, por exemplo, que rebaptizou a histeria de pitiatismo, definiu-a como um conjunto de sintomas sugestionáveis (pelo próprio doente ou por terceiros) e suprimíveis através da acção persuasiva de um médico, cujo carisma seria a principal ferramenta terapêutica (Babinski, 1901). Entretanto, outros autores franceses desenvolveram um esforço de síntese, englobando as diferentes manifestações neuropsiquiátricas apresentadas na «síndrome comocional» ou nas «psiconeuroses de guerra» (Crocq, 2005). Egas Moniz, como veremos adiante, reavaliaria uma grande porção dos componentes da «síndrome comocional» à luz do pitiatismo. (Moniz, 1917). Com a progressão da guerra, a medicina francesa focou os seus esforços na abordagem das PNF, em detrimento de outras manifestações neuropsiquiátricas, através da criação de centros neurológicos especializados (Crocq, 2005). A doutrina de uma intervenção terapêutica precoce e focada na recuperação funcional foi adoptada pelo Exército, o que revela uma compreensão adequada do curso das manifestações neurológicas funcionais (Crocq, 2005) (Espay *et al.*, 2018).

Na Alemanha, apesar da popularidade relativa nos primeiros anos da Guerra da «neurose traumática» de Openheim – perturbação putativamente causada por traumatismos crânio-encefálicos *minor*, análogo ao conceito actual de síndrome pós-concussional –, a comunidade médica, à semelhança do que aconteceu em França, rapidamente assumiu as queixas apresentadas como enquadráveis na histeria (ou seja, como uma PNF). Contudo, outro debate manteve-se aceso nos centros académicos alemães, como Berlim, Jena ou Heidelberg: se a neurose de guerra era provocada pelas condições inauditas da guerra ou por uma predisposição inata dos que dela sofriam, ou seja, a eterna discussão entre ambiente e heritabilidade enquanto causas das doenças psiquiátricas. No final, a última hipótese prevaleceu como a dominante e um grande número de soldados foi diagnosticado como tendo uma «constituição psicopática»¹ e, por conseguinte, representando «um risco para força militar do exército»². A psiquiatria alemã assumia a inevitabilidade da recorrência sintomática, devolvendo milhares de pacientes neuropsiquiátricos à vida civil ou ao trabalho militar na

¹ À data, «constituição psicopática» era um conceito pouco estável, que corresponderá, de forma grosseira, ao constructo actual de perturbação de personalidade (Eghigian, 2015).

² Linden reviu 100 casos admitidos no Hospital Charité, em Berlim. É interessante verificar que apenas 13% e 10% tinham antecedentes psiquiátricos e familiares psiquiátricos, respectivamente (Linden en Jones, 2012). Este achado favorece mais a hipótese ambiental do que a hereditária.

retaguarda (Linden em Jones, 2012), ao invés de os enviar de volta para as trincheiras, tal como terá acontecido em França e Reino Unido (Shepard, 2002).

Resta-nos abordar brevemente os métodos terapêuticos utilizados. Estes não foram particularmente influenciados por fronteiras, apesar de se notarem preferências locais, moldadas pela experiência dos clínicos e inspirações teóricas vigentes em determinadas instituições. De resto, é necessário considerar a significativa variabilidade da qualidade de cuidados entre diferentes instituições: se alguns centros especializados disponibilizavam autênticos programas reabilitativos integrados, outros hospitais seriam pouco mais que armazéns onde se acumulavam doentes à espera da dispensa do serviço militar ou ordem de regresso à frente. Os tratamentos usados derivaram da experiência anterior à Guerra, mas terão sido significativamente aperfeiçoados durante a mesma; no final do conflito, os melhores centros neuropsiquiátricos europeus utilizavam métodos grosseiramente enquadráveis em quatro grupos: 1. exercícios físicos estruturados e supervisionados; 2. reabilitação e ergoterapia; 3. punição e reforço positivo; e 4. técnicas de sugestão (psicoterapia) (Linden, Hess em Jones, 2012).

Um método particularmente disseminado foi a electro-terapia, isto é, a aplicação de correntes farádicas em partes do corpo afectadas. Esta técnica foi principalmente utilizada no contexto da sugestão: cargas de baixa intensidade eram dirigidas, por exemplo, a um membro parético levando à contracção muscular, evidenciando assim a manutenção da sua função – então, o clínico exortaria o doente a mexer a perna ou braço, garantindo-lhe enfaticamente a recuperação curto prazo (Linden, Hess em Jones, 2012). Contudo, não raras vezes, particularmente em casos refractários, a electro-terapia era também empregada como um método doloroso aversivo, o que motivou um debate aceso sobre o direito à recusa deste tratamento por parte dos soldados (Crocq, 2005). Outros métodos mediados pela palavra foram extensivamente aplicados, como técnicas psicoterapêuticas, incluindo de influência psicanalítica, a abreactão sob narcóticos (éter e clorofórmio), a sugestão hipnopômica, e a hipnose (Crocq, 2005).

A perspectiva portuguesa

A declaração de Guerra por Portugal à Alemanha ocorreu a 9 de Março de 1916, contudo já antes desta data desenrolaram-se combates no sul de Angola e Norte de Moçambique. Em Janeiro de 1917 foi despachado para a Flandres o Corpo Expedicionário Português (CEP), uma força que contou com um total de 55 083 efectivos. Durante uma grande parte da Guerra, o CEP não dispunha de estruturas médico-cirúrgicas, sendo os soldados portugueses assistidos nos hospitais, ambulâncias e postos de socorro britânicos. Pelo menos quarenta médicos portugueses trabalharam nestas unidades, num total de 2000 elementos pertencentes aos serviços de saúde do CEP (Silva, 2017). Apesar da interação próxima com o Corpo Médico Inglês, no que toca às «neuroses de guerra», a influência maior na literatura médico-científica consultada mantém-se gaulesa. Egas Moniz, que foi nomeado delegado da Faculdade de Medicina em França com o intuito de estudar os «progressos da Neurologia a que a guerra veio trazer tão numerosos subsídios», escreveu o manual *A Neurologia na Guerra*, onde a ascendência de autores de língua francesa como Babinski, Clovis Vicent e Roussy é evidente (Moniz, 1917). Da mesma forma, os artigos identificados na revista *Medicina Contemporânea* relativos ao tema em estudo, apesar de em reduzido número, reproduzem maioritariamente os autores franceses. Assim, à semelhança do que aconteceu em França, as várias faces da «neurose de guerra», entre as quais as PNF, foram vistas pelos autores portugueses como primordialmente neurológicas e apenas subsidiariamente psiquiátricas.

As diferentes apresentações clínicas da «neurose de guerra» foram discutidas na literatura especializada portuguesa, quer através da reprodução de artigos internacionais, quer da produção de artigos originais. Autores como, Egas Moniz e Campos Marques, defendem que os quadros neuropsiquiátricos seriam variáveis consoante o tempo de instalação e o contexto,

com alterações do comportamento, do sono, vigília e da percepção a predominarem na frente de combate (Charon, 1915), aquando da fase de instalação sintomática, e as PNF nos hospitais de retaguarda, semanas a meses depois do início do quadro (Moniz, 1917)(Campos Marques, 1918). Moniz, contrariando autores como Clovis Vicent, não considera as diferentes síndromes na linha da frente como entidades distintas, antes manifestações de perturbações que «durante a evolução tornam-se, na maior parte dos casos, absolutamente similares» (Moniz, 1917).

Assim, em *A Neurologia na Guerra*, Moniz segue a classificação de Roussy para as «perturbações comocionais», dividindo as manifestações dos «acidentes nervosos determinados pela explosão de obuses (...) sem que nenhum estilhaço tenha determinado uma lesão orgânica» em três grupos: 1. «acidentes nervosos»; 2. «acidentes intermédios»; e 3. «acidentes mentais» (Moniz, 1917).

Os «acidentes nervosos» englobariam manifestações neurológicas funcionais, incluído as paresias, astasia-abasia, tremores, camptocormia, distonias cervicais, e crises convulsivas não-epilépticas, mas também outros sintomas somáticos, como cefaleias ou a perda de controlo dos esfíncteres (Moniz, 1917). São estas as manifestações mais frequentemente descritas nos centros neuropsiquiátricos da retaguarda ingleses (70,1% dos casos avaliados) (Linden en Jones, 2014) e alemães (86% dos casos avaliados) (Linden en Jones, 2012). Desconhecemos a frequência das PNF e outras «perturbações comocionais» entre os inválidos do Exército português, contudo estes parecem ter ocorrido em grande número, sendo vítimas de estigma por parte das instituições militares e do público (Costa Ferreira, 1917).

Os «acidentes intermédios» teriam como manifestação défices sensoriais, particularmente na linguagem e audição. Moniz considera que alguns destes indivíduos («os surdos-mudos») deveriam ser incluídos no grupo dos «mentais», enquanto que outros («doentes com fisionomia expressiva, que gesticulam (...) e fazem-se compreender através da mímica») no grupo dos pitiáticos (Moniz, 1917). É interessante apontar que, hoje, a psiquiatria não aborda casos de surdez e esta queixa raras vezes é enquadrada no diagnóstico PNF, mas que o mutismo continua na órbita desta especialidade, sendo associado às perturbações afectivas e psicóticas, mas também às dissociativas.

Por fim, segundo Egas Moniz, os «acidentes mentais» corresponderiam ao «quadro clínico das diferentes psicoses», sendo particularmente identificados na frente, e menos frequentemente encontrados nos centros neurológicos da retaguarda. Moniz divide estes doentes em dois grupos adicionais: aqueles que sofreriam de «vesânicas vulgares» (ou seja, de perturbações psicóticas crónicas, como a esquizofrenia), e outros que padeceriam da «psicose de batalha» (Moniz, 1917). Esta seria sobreponível à síndrome descrita por Milian sob o nome «hipnose de batalha» (Azevedo, 1915), sendo caracterizada por um quadro com a duração de horas a semanas com alterações do comportamento, da sensopercepção e memória, a que se associariam fenómenos de re-experienciação típicos da perturbação de *stress* pós-traumático, particularmente durante o sono, durante os quais os doentes saltariam «precipitadamente da cama, julgando-se rodeados por inimigos, chegando a ser extremamente violentos no delírio alucinatório» (Bizarro, 1918).

Um último grupo de manifestações – contracturas e paresias – que surgiriam na sequência de lesões directas, ainda que potencialmente ligeiras, de uma determinada região do corpo são referidas na literatura consultada (Campos Marques, 1918) e a estas Egas Moniz dedica um capítulo do seu livro: as perturbações de «ordem reflexa» (Moniz, 1917). Este grupo nosológico, proposto por Babinski, desapareceria dos livros de medicina, o que dificulta uma comparação com categorias diagnósticas acualmente em vigor. Apesar dos autores coevos as diferenciarem claramente da histeria – por não poderem ser induzidas e curadas pela sugestão – parece-nos que pelo menos alguns dos quadros descritos se enquadram no actual conceito PNF ou como consequência directa destas (Espay *et al.*, 2018).

Sobre a discussão etiológica e o tratamento

Como vimos até agora, os autores portugueses utilizaram a histeria de Babinski como modelo de compreensão para as manifestações neuropsiquiátricas actualmente enquadráveis no construto das PNF. Assim, segundo Egas Moniz, a maioria dos «acidentes nervosos» seriam pituitários (exclui deste grupo um tipo de tremor que apelida de «comocional»), ou seja, perturbações funcionais, ou seja, condições médicas curáveis pela psicoterapia. O decano da neurologia portuguesa é um proponente acérrimo da concepção «moderna» da histeria de Babinski, negando as propostas «antiquadas» de Charcot. Contudo, Moniz não se abstém de criticar Babinski em pelo menos dois pontos: a diferenciação que este faz entre os conceitos de «sugestão» (patogénica) e «persuasão» (curativa), sugerindo a utilização única do primeiro termo no contexto da histeria; e a possibilidade de os doentes com histeria poderem ser, como Babinski alega, «semi-simuladores», advogando a clara distinção entre o pituitismo e a simulação (Morgado Pereira, 2015). Os artigos consultados adoptam também estes princípios, o que sugere a sua disseminação na Academia portuguesa, restando a dúvida sobre qual seria a sua real divulgação e aceitação entre os clínicos não-académicos. O debate hereditariedade-ambiente também é referido pelos autores portugueses. A maioria das fontes consultadas sugere a influência de ambos factores, contudo colocam em destaque as difíceis condições a que os soldados estavam sujeitos – incluindo as noites sem dormir, os bombardeamentos constantes, a imobilidade nas trincheiras, o cansaço acumulado, enfim, a «surmenage moral e física» – e o efeito deletério do abuso de álcool (Moniz, 1917)(Campos Marques, 1918). Moniz, seguindo Dupré, identifica a «constituição emotiva» como um terreno fértil, quase condição necessária, para o desenvolvimento de «perturbações comocionais» (Moniz, 1917). No entanto, outros autores como Campos Marques consideram que, no contexto da guerra, os antecedentes pessoais se tornam quase irrelevantes, reforçando, acertadamente, a possibilidade das PNF surgirem na sequência de lesões físicas, como as provocadas pelas explosões (Campos Marques, 1918). Moniz reforça, por fim, a importância do diagnóstico diferencial entre «perturbações orgânicas» decorrentes da «comoção» e as «perturbações funcionais» associadas à «emoção», bem como possibilidade de alguns pacientes sofrerem de uma comorbidade (Moniz, 1917).

Se a etiologia dos «acidentes nervosos» surge clara, a dos «acidentes mentais» é entendida como obscura. Egas Moniz sugere a presença de lesões microvasculares ou lesões finas de histopatologia como mecanismos plausíveis (Moniz, 1917), enquanto Costa Ferreira reforça o carácter constitucional destas síndromes psiquiátricas, que seriam passíveis de identificação *a priori* através da pesquisa dos «estigmas morfo-fisio-psicológicos dos desequilibrados da mente (...) e do simpático [i.e., a constituição emotiva]» (Costa Ferreira, 1917). Já as perturbações de ordem reflexa são entendidas como «orgânicas», embora de fisiopatologia não esclarecida (Moniz, 1917)(Campos Marques, 1918).

Relativamente ao tratamento, também aqui os autores portugueses são tributários da neurologia francesa. Sugerem o tratamento em centros neurológicos especializados, chegando a propor a utilização de estâncias hidroterápicas para este fim (Costa Ferreira, 1917). Moniz considera que o tratamento dos soldados com «acidentes nervosos» deveria ser tendencialmente realizado perto da frente de combate, enquanto o daqueles com «acidentes mentais» ou sintomas refractários na retaguarda. O método terapêutico preferido seria a psicoterapia associada à electroterapia (Costa Ferreira, 1917), (Moniz, 1917), referindo-se igualmente outros tratamentos como os brometos, hipnóticos, isolamento, e higiene alimentar (Bizarro, 1918). Em *A Neurologia na Guerra*, Moniz não identifica a hipnose como método terapêutico possível, mas em 1914 publica um artigo na Revista da Universidade de Coimbra onde aborda aspectos forenses relacionados com este método, o que revela pelo menos um interesse teórico no tema (Morgado Pereira, 2015).

No que toca ao prognóstico, não existe concordância entre as fontes consultadas. Egas Moniz, embora referindo a ausência de dados estatísticos que lhe permitam estabelecer uma

resposta definitiva, inclina-se para a hipótese de uma rápida recuperação e retorno à linha de combate da maioria dos «acidentes nervosos», particularmente daqueles que recebessem um tratamento precoce e apresentassem um curso sintomático breve (Moniz, 1917). Contrariamente, Costa Ferreira sugere a mobilização dos soldados com síndromes neuropsiquiátricas para serviços longe da frente de combate, impedindo que estes prejudicassem «pelo seu exemplo, contagiando ou impressionado os outros [militares]» (Costa Ferreira, 1917).

Infelizmente, o nosso trabalho não esclarece a prevalência de PNF e outras perturbações neuropsiquiátricas no CEP, o nível de cuidados médicos a que estes doentes eram sujeitos, nem o seu prognóstico. Conhecemos a existência de «inválidos psíquicos» entre os combatentes portugueses através de um artigo assinado por Costa Ferreira, que referia a existência de «preconceito e o desfavor do público» (Costa Ferreira, 1917). Sabemos também que, a partir de 1917, os militares com doença mental passaram a ser admitidos na Casa de Saúde do Telhal (Pereira, 2015). No entanto, não nos é possível estabelecer o nível de prestação de cuidados de saúde mental nos hospitais da frente, nem os métodos terapêuticos efectivamente oferecidos aos militares com manifestações neuropsiquiátricas. Considerando as dificuldades organizativas dos serviços de saúde do CEP e o foco dos clínicos noutros problemas médico-cirúrgicos, como o tratamento de feridas, fracturas e doenças infecto-contagiosas (Araújo, 2014), colocamos a hipótese da ausência de cuidados especializados no tratamento das PNF e outras manifestações neuropsiquiátricas.

Conclusão

A comunidade médica portuguesa manteve-se atenta aos desenvolvimentos que a Guerra trouxe à neurologia e psiquiatria. À semelhança do que se passava em França, o entendimento das síndromes neuropsiquiátricas apresentadas pelos militares, incluindo as PNF, foi liderado pela neurologia. Egas Moniz no seu livro *A Neurologia na Guerra* faz um resumo compreensivo das «perturbações comocionais», seguindo a concepção de histeria de Babinski como modelo explicativo para as PNF. As propostas terapêuticas elencadas pelos clínicos portugueses são igualmente tributárias dos autores franceses, enfatizando o papel da intervenção precoce através da psicoterapia e electroterapia.

Referências

- ARAÚJO, Francisco M. - Método, Autoridade e Sangue-Frio: o Pragmatismo Médico no Corpo Expedicionário Português. *Nação e Defesa*. 139 (2014) 84–99.
- AZEVEDO, António - A Hipnose das Batalhas. *A Medicina Contemporânea*. 3 (1915) 21–24.
- BABINSKI, Joseph - Définition de l'hystérie. *Revue Neurologique*. IX (1901) 1074–1080.
- BERRIOS, German E. - *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. 1st. ed. [S.l.] : Cambridge University Press, 1996
- BIZARRO, A. H. - Medicina e Cirurgia da Guerra (Quatorze meses de practica). *A Medicina Contemporânea*. 45 (1918) 361–365.
- CAMPOS MARQUES, Mário Godinho - Pithiatismo na guerra. *A Medicina Contemporânea*. 25-8–1918, nº 34 (1918) 267–271.
- CARSON, A.; LUDWIG, L.; WELCH, K. - Psychologic theories in functional neurologic disorders. *Handbook of clinical neurology*. Netherlands. . ISSN 0072-9752 (Print). 139:2016) 105–120. doi: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00010-2.
- CHARON, René - Analyses – Psychopathologia de Guerra. *A Medicina Contemporânea*. 20-06–1915, nº 25 (1915) 199.
- COSTA FERREIRA, Aurélio - Inválidos da Guerra VII: Inválidos da Psychose. *A Medicina Contemporânea*. 18-03–1917, nº 11 (1917) 86.
- CROCQ, L. - La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. .

ISSN 0003-4487. 163:3 (2005) 269–289. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.03.007>.

CROCQ, M. A.; CROCQ, L. - From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*. France. . ISSN 1294-8322 (Print). 2:1 (2000) 47–55.

EDWARDS, M. J. - *Neurobiologic theories of functional neurologic disorders* [Em linha]. 1. ed. [S.l.] : Elsevier B.V., 2016 Disponível em WWW:<URL:<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00012-6>>. ISBN 9780128017722.

EGHIGIAN, Greg - *A Drifting Concept for an Unruly Menace : A History of Psychopathy in Germany*. 106:2 (2015) 283–309.

ESPAY, Alberto J. *et al.* - Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA neurology*. United States. . ISSN 2168-6157 (Electronic). 75:9 (2018) 1132–1141. doi: 10.1001/jamaneurol.2018.1264.

LINDEN, Stefanie C.; HESS, Volker; JONES, Edgar - The neurological manifestations of trauma : lessons from World War I. 2012) 253–264. doi: 10.1007/s00406-011-0272-9.

LINDEN, Stefanie Caroline; JONES, Edgar - German Battle Casualties: The Treatment of Functional Somatic Disorders during World War I. 2012) 627–658.

LINDEN, Stefanie Caroline; JONES, Edgar - ‘ Shell shock ’ Revisited : An Examination of the Case Records of the National Hospital in London. 58:2014) 519–545. doi: 10.1017/mdh.2014.51.

LOUGHRAN, Tracey - Shell Shock, Trauma, and the First World War: The Making of a Diagnosis and Its Histories. *Journal of the History of Medicine And Allied Sciences*. 67:1 (2012) 94–119.

LUDWIG, Lea *et al.* - Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *The Lancet Psychiatry*. . ISSN 22150374. 5:4 (2018) 307–320. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30051-8.

MONIZ, Egas - Os Comocionados. In *A Neurologia na Guerra*. Lisboa : Livraria Ferreira, 1917. p. 221–251.

MONIZ, Egas - As Perturbações Chamadas de Ordem Reflexa. In *A Neurologia na Guerra*. [S.l.] : Livraria Ferreira, 1917. p. 253–281.

MORGADO PEREIRA, José Manuel - *A Psiquiatria em Portugal Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. [S.l.] : Universidade de Coimbra, 2015

MOTT, Frederick Walker - Two Addresses On War Psycho-Neurosis.1: (II.) The Psychology Of Soldiers’ Dreams. *The Lancet*. . ISSN 0140-6736. 191:4927 (1918) 169–173. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)23232-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)23232-2).

MYERS, Charles - A Contribution To The Study Of Shell Shock. *The Lancet*. 1915) 316–320.

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*. [S.l.] : Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, 2015

POPKIROV, Stoyan *et al.* - Different shell, same shock. *BMJ (Clinical research ed.)*. England. . ISSN 1756-1833 (Electronic). 359:2017) j5621. doi: 10.1136/bmj.j5621.

SHEPARD, Ben - *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*. Londres : Random House, 2002

SILVA, Helena Da - A Medicina Portuguesa nos Hospitais Britânicos durante a Grande Guerra. *Portuguese Studies Review*. 25:2 (2017) 155–170.

STONE, J. - Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. *Handbook of clinical neurology*. Netherlands. . ISSN 0072-9752 (Print). 139:2016) 25–36. doi: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00003-5.

A ARTE DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Berta Ramos¹; Filipa Andrade¹; Eva Osório²

Centro Hospitalar e Universitário de São João

¹Interna Formação Específica em Psiquiatria

²Assistente Hospitalar em Psiquiatria

E-mail: bertamramos@gmail.com

Resumo

A demência de Alzheimer é caracterizada por declínio cognitivo e funcional. A característica dominante e inicialmente mais reconhecida é o défice de memória, ao qual se juntam as alterações de linguagem e a deterioração das capacidades visuoespaciais. Esta deve-se à incapacidade de processamento e integração dos dados sensoriais e traduz-se habitualmente em dificuldade em reconhecer objetos e pessoas e de os reproduzir. Embora progressivamente incapacitante, alguns artistas mantiveram a sua atividade de pintura durante a evolução da doença, como é o caso de William Utermohlen e Carolus Horn, e cujo trabalho espelha mudanças artísticas, técnicas, funcionais e sentimentais. Com este trabalho pretende-se explorar a obra dos dois artistas no decorrer da doença, tendo em conta as dificuldades que esta desencadeia.

Palavras-chave: arte; Alzheimer; pintura; alterações visuoespaciais; deterioração

Abstract

Alzheimer's dementia is characterized by a cognitive and functional decline. The dominant and most recognized initial aspect is the memory deficit, in addition to language changes and the deterioration of visuospatial skills. This is due to the inability to process and integrate sensory data and usually translates into difficulty in recognizing objects and people, and also in reproducing them. Although progressively disabling, some artists maintained their painting activity during the course of the disease, as did William Utermohlen and Carolus Horn, whose work mirrors artistic, technical, functional and sentimental changes. This work intends to explore the work of the two artists in the course of the illness taking in account the triggered hardships.

Introdução

A demência de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa progressiva e a forma mais prevalente das demências. Tem um início insidioso e habitualmente a característica dominante e mais precoce é o défice de memória. Outras alterações ocorrem a par ou posteriormente, como é o caso das alterações da linguagem, a deterioração da memória semântica e mais tarde a deterioração das capacidades visuoespaciais, assim como das funções executivas e apraxia. Em casos particulares, como é o caso de pintores, o défice visuoespacial pode traduzir-se como mais relevante, mais notório e aparentemente inicial. William Utermohlen e Carolus Horn tinham percurso artístico prévio à instalação da doença, todavia crescentes notoriedade e produção artística emergiram desde o surgimento desta. Com este trabalho pretende-se compreender o papel da condição neurodegenerativa na construção da obra destes artistas.

A pintura e outros atos de criatividade artística constituem comportamentos suscetíveis a mudanças após qualquer alteração neurológica, uma vez que dependem de uma miríade complexa de processos cognitivos e emocionais.

No entanto, é difícil estabelecer uma relação clara entre uma disfunção neuronal específica e alterações apresentadas na forma de arte. Contrariamente a tarefas menos complexas, como é o caso da leitura de palavras, passível de divisão em subcomponentes (como o processamento visual de palavras, a compreensão do significado e a produção do nome da palavra) e, portanto, podendo ser calculados de forma independente, o mesmo não ocorre no ato múltiplo de pintar.

Ainda assim, os artistas contam com uma série de ferramentas cognitivas, que podem ser submetidas a uma avaliação quantitativa, por exemplo, a apreciação da cor, da forma, da textura e do espaço, assim como o uso coerente dessas habilidades para completar um retrato, cena ou esboço. Na certeza, porém, de que a criatividade e originalidade são fenômenos cognitivos mais elusivos e difíceis de estimar.

Além disso, naqueles artistas que exibem alguma alteração nas suas pinturas, coloca-se a incerteza de que essa mudança é diretamente atribuível a alterações no estado neurológico ou se representa uma mudança estilística deliberadamente realizada. De certa forma, tentar distinguir entre mudanças estilísticas intencionais em obras de arte e aquelas impostas por doenças podem levar-nos a uma falsa distinção.

Na demência de Alzheimer, existem fenótipos clínicos que diferem entre si ocorrendo casos em que a apresentação inicial poderá corresponder a défices no processamento visual ou linguístico, em vez da mais comumente descrita como variante mnésica.

Os défices que ocorrem na DA no que se refere ao sistema visual e espacial, traduzem-se na atenção visual, na deteção de movimento, na percepção de profundidade, na discriminação de ângulos e no reconhecimento de cores. As capacidades motoras podem estar também prejudicadas, afetando a habilidade de desenhar.

Em desenhos realizados por doentes com lesão cerebral focal ou generalizada e com DA provável oferecem uma oportunidade única de estudar as consequências dos danos cerebrais nas habilidades artísticas. O efeito de doenças neurodegenerativas na criatividade artística foi relatado por Henderson et al. (1989), que demonstrou que estes doentes tinham fraco desempenho em tarefas de desenho, relacionado com as disfunções perceptivas e executivas no domínio visuoespacial.

As características formais que se têm observado em estudos de caso de pintores que desenvolveram DA são:

- Regressão: consiste na recaída em desenhos primitivos ou infantis, adquirindo o desenho uma certa puerilidade e bidimensionalidade;
- Condensação: observa-se um excesso de elementos na tela, com um preenchimento excessivo;
- Transformação (neomorfismo): correspondem a alterações anatómicas inapropriadas e características faciais fora do habitual;
- Esteriotipagem: é a repetição de certos ornamentos e motivos em particular;
- ‘*woodness*’: trata-se da presença de desenhos geométricos e rigorosos, que se encontram inseridas em molduras pintadas e que se revelam como falta de profundidade (menor sombreamento), rigidez aumentada (falta de movimento) e formas geométricas mais rígidas;
- Distorção: qualidade grotesca ou cómica e imagens cartunescas mais prevalentes;
- desintegração: relaciona-se com a negligência das relações entre os objetos e afrouxamento da fisionomia de seres humanos e animais.

William Utermohlen

William foi um pintor contemporâneo norte-americano, nascido na Filadélfia, Pensilvânia, em 1933. O seu estilo artístico predominante foi marcado pelo expressionismo, com inclusão de elementos da *Pop Art* e cores vibrantes, tornando-se um dos pioneiros da *British Pop Art*. Viveu em Inglaterra grande parte da sua vida, tendo falecido com 73 anos em 2007. Aos 61 anos, foi diagnosticado com demência de Alzheimer.

Desenvolveu uma vasta obra antes do diagnóstico, e à parte de algumas exceções, o seu trabalho agrupa-se em seis ciclos temáticos: *Mythological paintings* (1962-63); *Cantos paintings* (1965-66), inspirados na *Divina Comédia* de Dante; *Mummers cycle* (1969-70), baseado no dia de cortejo de ano novo em Filadélfia; *War series* (1972), que aludiu à Guerra do Vietname; *Nudes* (1973-74); e finalmente *Conversation Pieces* (1989-91).

Este último ciclo foi pintado após a sua mudança para “Little Venice” em Londres e tornou-se dos maiores ciclos de pintura da sua carreira, representando os espaços visuais e psicológicos que habitava, adquirindo a sua esposa, o seu grupo de amigos e a sua casa papéis centrais na sua pintura.

Nesta fase, surgem os primeiros sinais da doença na sua obra. As alterações na percepção espacial tornam-se claras, especialmente em ‘*Snow*’ (1990-1991), uma pintura que retrata a sala de jantar do seu apartamento com vista aérea. Neste quadro observam-se a simplificação e saturação graduais das cores - amarelos, pretos, verdes e o predomínio dos vermelhos; a fragmentação dos espaços; a presença do artista separada do círculo de figuras falantes ao redor da mesa e a sua colocação à direita na companhia dos animais mudos.

A centralidade de Patricia Utermohlen (esposa) em todas as pinturas é uma das características deste ciclo, verbalizando a proximidade da relação e o papel da esposa como a sua figura de procura e como forma de comunicação com o mundo, durante o *continuum* de perda de capacidade de comunicação verbal. Outro motivo repetido nas obras que se insere nesta noção de incapacidade progressiva de se corresponder com os outros é a exclusão de si próprio dos grupos que retrata, colocando-se num mundo separado: dormindo e sonhando na cama ou comungando com animais mudos na neve.

O diagnóstico de DA foi realizado em 1995, e o pintor realizou *Blue Skies*, sua última grande pintura, onde transparece a sua reação a esse conhecimento: uma figura devastada segurando-se numa mesa como se fosse uma jangada na escuridão azul de um estúdio vazio, perdido em tristeza, angústia e na solidão de quem compreende a sua circunstância.

Posteriormente, William foi internado no *National Hospital for Neurology and Neurosurgery* em Queen Square, onde foi encorajado a continuar a sua obra.

Neste contexto surgem os últimos autorretratos, pintados entre 1995 e 2001. O artista adaptou o seu estilo e técnica às crescentes limitações da sua percepção visuoespacial, habilidade construtiva e habilidades motoras para produzir o seu trabalho. O que sobressai nos retratos a par da crescente dificuldade técnica são as emoções de um homem que por vezes compreendia a sua doença e as suas implicações. Estas obras retratam um homem condenado, porém, a lutar para preservar a sua identidade e o seu lugar no mundo contra uma doença implacável que invade a sua mente e sentidos. Nos autorretratos realizados nos primeiros anos de doença mantém-se os elementos anatómicos e a noção de perspetiva. Com a evolução do processo observam-se alteração da noção de proporção dos elementos e assimetria das características faciais, paralelamente à inegável presença de um fâcies que transmite tristeza, ansiedade, resignação e sensação de fraqueza. Depois de 1998, William demonstrou uma dificuldade crescente no manuseio de tintas a óleo, com a crescente apraxia, produzindo retratos pouco claros e desconjuntados. No autorretrato *Erased Self-Portrait* (1999) existe sobreposição e desarticulação dos traços desenhados pelo artista, num possível ato de frustração. Trabalhou nesta pintura quase dois anos, aplicando a tinta, apagando e começando de novo, por diversas vezes. No seu último autorretrato *Head* (2000) é um esforço de comunicação com um mundo já desconhecido.

O artista continuou os seus últimos desenhos até 2002. Foi cuidado pela sua esposa, amigos e cuidadores em casa até ao estado de deterioração que levou à sua admissão no *Princess Louise Nursing Home* em 2004. Faleceu no *Hammersmith Hospital* em Londres, em março de 2007.

Carolus Horn

Carolus Horn foi um artista alemão, nascido em Wiesbaden em 1921. Desde muito cedo exibiu um notável talento para a pintura e o desenho. Durante a II Guerra Mundial esteve preso na Rússia e desenhava cenas do campo de prisioneiros, da guerra e realizava cópias de fotografias. Quando voltou à Alemanha iniciou a sua carreira como artista gráfico com uma agência de publicidade onde produziu anúncios para vários clientes notáveis. Para além dos anúncios publicitários, Carolus dedicava-se a pintar cenas do quotidiano, paisagens e partes da cidade.

Segundo relatos da sua esposa, os primeiros sintomas da doença surgiram quando tinha cerca de 60 anos, predominantemente na forma de ansiedade, inquietação e alteração de características de personalidade, tornando-se mais rígido, irritável e desconfiado.

Concomitantemente manifestou comprometimento na retenção de nova informação e desorientação temporal e espacial. Além disso, os défices na nomeação tornaram-se aparentes e as capacidades de pensamento abstrato e realização de cálculo diminuíram.

Carolus reproduziu mais do que uma vez algumas das suas obras, sendo possível acompanhar as mudanças que ocorreram na sua arte, ao longo da instalação da doença. As duas pinturas da ponte “*Eiserner Steg*” (1981; 1986), situada em Frankfurt ilustram diferenças relativamente às relações espaciais entre os elementos da pintura: a distância entre o ponto de fuga e o horizonte é significativamente maior na segunda, o que provocou a uma perspetiva amplamente inconsistente.

Uma das modificações mais impressionantes nas pinturas de Carolus diz respeito à sua mudança no padrão de cores. Antes do aparecimento da doença, os seus retratos e paisagens não mostravam preferência por um grupo ou uma cor específicos. Mais tarde, surgiu uma tendência para a utilização de cores brilhantes, preferencialmente entre o amarelo-vermelho. Outra característica observável foi a progressiva perda da discriminação das caras, idades e género dos elementos, com maior inexpressividade facial e surgimento de animais com faces humanóides. Igualmente, as representações humanas tornaram-se inteiriçadas e rígidas, sem movimento. Identificou-se uma maior inclusão de pequenos elementos ornamentais, que pode ser considerada, do ponto de vista neuropsicológico, uma forma de comportamento perseverativo. É ainda possível encontrar retratos onde se observam faces duplas, que podem corresponder a estados alucinatórios.

Também a “*A Ponte de Rialto*” foi uma obra repetidamente reproduzida. Anteriormente ao diagnóstico (1978) a complexidade espacial e da perspetiva encontravam-se preservadas, denotando detalhe e sombreamento muito precisos e traduzindo movimento e fluidez necessários à obra. Nas pinturas subsequentes (1980 e 1986), as formas mais geométricas e simétricas gradualmente substituem as representações detalhadas. Na última pintura d’ “*A Ponte de Rialto*” (1988) percebe-se uma mudança da perceção do real para o imaginário. As mudanças do padrão das cores, com ênfase no amarelo e vermelho, a despersonificação dos personagens, que se tornaram simples e infantis, as nuvens apresentadas apenas como simples desenhos ovais tornaram-se centrais.

Os últimos desenhos (feitos vários meses antes de sua morte) são caracterizados por ‘rabiscos’. Os primeiros parecem seguir algum tipo de organização espacial enquanto os desenhos mais recentes demonstram uma total desintegração da capacidade de criar imagens realísticas e regressão dos desenhos a formas básicas, a denotar apraxia construtiva. Objetos esteriótipados e iterativos encontram-se comumente nos estágios finais da DA. Estes desenhos traduzem uma deterioração visual e perceptiva, mas também executiva. Nesta fase o vermelho tornou-se a cor predominante.

A análise das pinturas feitas por William Utermohlen e Carolus Horn revelou alterações significativas ao longo tempo. A perda progressiva da noção de perspetiva nas relações espaciais adivinhou-se como uma das mudanças mais importantes e precoces. Igualmente se verificou uma alteração da paleta de cores, o que se enquadra no facto da capacidade de

discriminação nos doentes com DA ser significativamente melhor na faixa das cores amarelo-vermelho e para variações de luminosidade. Por outro lado, estes doentes têm dificuldades em discriminar cores na faixa do azul-esverdeado e em nomear cores mistas, o que se confirmou nas obras dos dois pintores.

Os doentes com DA apresentam diminuição da sensibilidade ao contraste visual, ou seja, a quantidade mínima de contraste visual necessário para que a pessoa perceba os limites entre o claro e o escuro está alterada e condiciona particularmente a capacidade de discriminação facial. Isto pode explicar as dificuldades dos pintores no desenho de faces e retratos.

Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência são comuns e surgem na forma de delírios, alucinações, humor deprimido, desorganização e inquietação, passíveis de serem encontrados nas obras relatadas.

Os desenhos mais recentes dos autores traduzem formas abstratas e simples, possivelmente decorrentes da apraxia construtiva e agnosia visual.

Esta análise das obras no decorrer de instalação da demência revela uma ligação estreita entre défices neuropsicológicos típicos da DA e as alterações da expressão artística.

A principal diferença acaba por ser, pelo que se sabe, o facto do primeiro pintor reconhecer os seus défices e utilizar a produção artística como forma de comunicação e expressão de emoções, adquirindo a arte a função de comunicação acerca do seu próprio conhecimento da mesma. É facilmente visível a comunicação não verbal através de um semblante de testa enrugada, olhos esbugalhados e perplexos, lábios semiabertos nos autorretratos de Utermohlen, que escorrem preocupação, dúvida, dor e tristeza. Observando as mudanças artísticas nascidas na progressão da doença podemos melhor tentar compreender o mundo interno dos doentes com doença de Alzheimer, particularmente quando a comunicação verbal se esmiúça.

Conclusão

Estes dois exemplos de artistas que sofreram de DA provam-nos que, independentemente dos obstáculos colocados, a determinação e vontade de criar recusa-se a desaparecer.

Igualmente, permitem-nos perceber que é possível seguir a evolução artística na doença e que a análise dos componentes de uma pintura pode ser informativa sobre a influência das alterações cognitivas na arte visual. Contudo, uma melhor compreensão dos processos neuronais envolvidos no processo artístico não é a única motivação para o estudo das obras de indivíduos com condições neurodegenerativas. Pelo contrário, o ato de pintar pode fornecer uma forma de expressão dos marcos internos do criador face às circunstâncias e pode providenciar um *insight* poderoso sobre a doença aos demais.

Fontes e Bibliografia Final

MAURER, K. — Paintings of an artist with alzheimer's disease: visuoconstructural deficits during dementia. *Journal of Neural Transmission*. Austria: springer-verlag. (2004) 111: 235–245. [acedido a 23 jan 2021]. Disponível na internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16730513/>

MUSELLA, Orsola — visual art in alzheimer's disease: a tool for therapy, research or both? *Pharmacologyonline*. (2006) 2: 6-14. [acedido a 23 jan 2021]. Disponível na internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771816300755>

Vaz, M. A. — O impacto da doença de alzheimer nos autorretratos de william utermohlen. *Revista Kairós Gerontologia*. São paulo (sp), brasil. Vol. 19(2), pp. 121-132.v. [acedido a 23 jan 2021]. Disponível na internet: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30353>

SEBASTIAN, J. . — artistic changes in alzheimer's disease. *International review of neurobiology*. Elsevier inc. Vol.74, pp 147-161. [acedido a 23 jan 2021]. Disponível na internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16730513/>

BOGOUSLAVSKY, J. — Neurological disorders in famous artists. In *frontiers of neurology and neuroscience*. Basel: Karger, 2005, vol 19, pp 101-111.

MADNESS IN THE MIRROR: O EXERCÍCIO DO AUTORRETRATO

João Rema¹; Tânia Cavaco¹; Luís Madeira²

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

¹Médicos internos de Psiquiatria

²Médico Psiquiatra

E-mails:joaopaulorema@gmail.com; taniacavaco@gmail.com; unknownplace@gmail.com

Resumo

O autorretrato é um exercício recursivo que oferece ao sujeito que o pinta um papel orientador e de mapa das suas relações consigo e com o mundo. Nessas obras encontramos um cruzamento de reflexos objetivos, subjetivos e intersubjetivos do artista sobre ele mesmo. Estas conseguem integrar e expor a forma dialógica de relação consigo próprio e até a aura que nos pertence e que, subitamente, nos é exposta. Nesta apresentação pretendemos uma revisão seletiva da literatura sobre a produção autorretrato como um marcador dos estados internos do artista, por vezes perturbados, e como marca de um processo auto-reflexivo que determinará em potencial a (re)construção do seu self. Serão ainda exploradas representações de Van Gogh, Frida Khalo, Egon Schiele e Helena Almeida, integrando contribuições das ciências humanas e sociais sobre a Loucura-Sanidade, Eu-Outro, Artista-Obra.

Palavras-chave: autorretrato; loucura; espelho; Eu; arte

Abstract

The self-portrait is a recursive exercise that offers the subject who paints it a guiding role and that of map for his relations with himself and the world. In these works of art we find an intersection of objective, subjective and intersubjective reflexes of the artist on himself. They manage to integrate and expose the dialogical form of relationship the artists have with themselves and even the aura that is ours and that, suddenly, is exposed to us. In this presentation, we intend to selectively review the literature on self-portrait production as a marker of the artist's internal states, sometimes disturbed, and as a mark of a self-reflective process that will potentially determine the (re)construction of the self. Representations of Van Gogh, Frida Khalo, Egon Schiele and Helena Almeida will also be explored, integrating contributions from human and social sciences on Madness-Sanity, Me-Other, Artist-Work.

Introdução

Sob diversas formas e substratos e desde longa-data, vários artistas recorrem ao exercício do autorretrato. Seja pela facilidade de encontro com o modelo, enriquecimento, medição e demonstração de progresso na técnica, por reconhecimento ou por influência da época, existe sempre um componente de exposição do Eu. Esta exposição delega muitas vezes, à partida, para conceitos como o de narcisismo, o que não é errado, desde que tenhamos em mente a abrangência do conceito. Neste texto abordaremos a expressão artística na saúde, noção de narcisismo e falha narcísica e doença mental, com as suas traduções em obras de alguns artistas importantes da nossa história.

Discussão

A palavra narcisismo está envolta numa conotação negativa, atribuída muitas vezes à perturbação de personalidade narcísica, mas na verdade são conceitos diferentes e é necessária uma dose de narcisismo numa personalidade saudável. Assim, esta apetência dos artistas para se representar e mostrar, não é sinónimo de ter uma perturbação narcísica da personalidade, podendo ser na verdade, uma forma de auto-monitorização, conhecimento e

organização. No entanto, de facto, estes estados internos do artista, podem apresentar-se por vezes perturbados, não apenas por uma perturbação de personalidade, mas qualquer um outro distúrbio, parecendo esperar-se do autorretrato uma qualidade de potencial de (re)construção do Eu. Falamos então da possibilidade de abordar e superar as dificuldades de um Eu vulnerável com recurso a este meio, ressaltando que tais dificuldades podem não configurar uma verdadeira doença mental.

Neste tópico, Kohut descreveu a necessidade de objetos do Eu numa fase precoce capazes de promover fenómenos de espelhamento, idealização e gemelaridade para a integração de um Eu coeso, que quando falhavam promoviam perturbações do comportamento narcísico, com desvitalização ou até dissolução e fragmentação do Eu. Daqui compreendemos, que de acordo com esta visão, o eu integrado surge da intersubjetividade, da relação do Eu com o Outro.

Um narcisismo saudável é essencial para um investir-se de representações integradas de si próprio que permitem a sustentação de auto-estima, identificação de necessidades e desejos e auto-afirmação.

É interessante notar, como este meio recursivo, pode funcionar como um espelho para o artista, promovendo o inteirar-se, aceitar-se e reparar-se, quando houve falhas deste processo numa altura anterior. Na abordagem do autorretrato como um espelho, um reflexo do artista, observamos o binómio da objetividade e subjetividade plasmado nas telas. Sob a técnica objetiva da pintura e do desenho é aditado o colorido da experiência subjetiva do artista. Esta exploração da experiência que utiliza o retrato como um meio reveste-se de interesse para a exploração fenomenológica do Eu.

O mito de narciso, da mitologia grega, aborda esta falta de espelhamento e suas consequências - Narciso nunca reconheceu a imagem do lago como sendo sua. No livro *A Grande História dos Mitos Gregos* de Stephen Fry, lê-se

“o rosto fragmentou-se e dissolveu-se no momento em que Narciso se aproximou (...) Talvez o narcisismo seja mais bem definido como uma necessidade de olhar para as outras pessoas como superfícies espelhadas que refletem uma imagem adoradora ou admiradora de nós mesmos. Por outras palavras, quando olhamos para os olhos dos outros, não estamos à espera de ver quem são, mas como nos refletimos neles” - sic.

Há falha e busca por um verdadeiro e autêntico sentido de Eu, que afeta a autenticidade da nossa relação com os outros.

Portanto, a necessidade de recorrer ao autorretrato pode ter um ponto de partida numa ferida narcísica. Nessa falha de integração do autêntico, pode haver lugar ao esconderijo de partes do Eu e a um mostrar-se sem defeitos. Este fenómeno é comum nos autorretratos mais popularizados de hoje em dia, *as selfies*. No entanto, o que move o artista é a busca pelo verdadeiro - o aceitar-se que permite o evoluir. Nesse sentido, falamos do autorretrato como uma forma de terapia, de um processo de espelhamento, como estrutura e estruturação da psique, mapa e exercício, autoconhecimento e auto-equilíbrio. A conceptualização do autorretrato como expressão do Eu permite contemplar o seu papel como organizador e mapeador das experiências e das relações – quer na sua forma salutar, quer na psicopatologia que daí possa emergir. Uma outra coisa que se infere daqui, é que é também uma forma de comunicação entre artista e espectador, onde o autor nos envolve numa aura que também nos pode pertencer e que, subitamente, nos é exposta. Talvez por isso algumas obras tenham um impacto tão grande, um toque profundo que nos apresenta de uma outra forma, coisas que ainda não temos palavras para articular. Neste “espelho” reflete-se a visão do observador que devolve a dimensão intersubjetiva da obra – o modo como nos identificamos e

relacionamos com estes retratos e, inevitavelmente, com a ideia do outro. A iniciativa The Self-Portrait experience oferece uma descrição rica destes conceitos:

“A self-portrait is our inner image, our private image. It is generally produced in a longer lapse of time, in a situation centered on the creative process. It springs from the inner life of the author, who is also subject and spectator. He does not control the image, on the contrary, it's the creative process which allows the unconscious to speak with the language of art. The self-portrait is a profound dialog with oneself, guided by the author's vulnerability.”

Num autorretrato o autor é também sujeito e espectador, em vez de se olhar no espelho olha realmente para dentro de si e transparece o que o inconsciente tem vontade de comunicar.

Vamos agora abordar como alguns artistas usaram este meio como diálogo aprofundado consigo próprio, guiado pelas suas vulnerabilidades. Escolhemos maioritariamente pintores, pois um retrato pintado contém tempo, espessura, de camadas de um Eu, que se integra.

Rembrandt

Um artista prolífico com cerca de 100 autorretratos que compõem apenas 10% da sua obra. A sua obra oferece, deste modo, um diário visual que se inicia por volta dos 22 anos e predomina até perto dos 63 anos. Neste estudo sucessivo é-nos permitido observar a coadunação entre a técnica e a expressão do artista ao longo da sua vida. Enquanto se assiste a um aperfeiçoar da técnica artística, os retratos tornam-se progressivamente mais penetrantes na sua observação, porventura carregando consigo o passar imperioso dos anos. A transparência dos estados mentais é também apurável à medida que os autorretratos se detalham e se demoram na congruência entre os períodos ardilosos da vida do artista e as expressões de apreensão, tristeza e indelével sofrimento que pinta. Os retratos sucedâneos de Rembrandt, pela sua magistralidade, são objeto de interesse de várias especialidades médicas que perscrutam, ao longo dos anos, evidências de várias enfermidades físicas nas autorrepresentações do artista. A cronologia materializada pelos sucessivos autorretratos permite acompanhar a evolução do Eu ao longo da vida do artista. Uma comparação direta entre a Figura 1 pintada na sua terceira década de vida e a Figura 2 aos 63 anos traduz este conceito de diário visual. Através do autorretrato é construído um diálogo entre o passado e o presente que representa os estados internos e externos e que se ligam às situações e experiências vivenciadas pelo artista.



Figura 1 - Autorretrato, Rembrandt (1632)



Figura 2 - Autorretrato, Rembrandt (1659)

Van Gogh

Van Gogh constitui uma figura emblemática na ligação entre a saúde mental e a arte. Este elo de ligação dual perpetua-se na obra e vivência do artista, mas também na visão que detinha sobre si: Van Gogh terá constatado, em entrevista, que se identificava com uma obra particular do pintor Hugo Van der Goes intitulada “*The Madness*”. Em contraponto, descreve numa outra entrevista que “*I feel alive only before my easel*” revelando a elevada importância que a obra artística exerceu na sua vivência.

A evidência de doença mental no artista, em especial a referência a períodos de sintomatologia da linha psicótica e, inclusive, alguma desorganização do comportamento com a infame automutilação, é hoje possível pela recuperação dos registos referentes ao internamento de Van Gogh e estudo biográfico de transcritos que lhe pertenceriam. No âmbito da dissertação atual, a obra do artista introduz assim a exploração do Eu em períodos de expressão sintomática. Na literatura são possíveis de encontrar as referências e interpretações relativas a um padrão de obsessividade com o próprio, em especial durante o internamento psiquiátrico, alicerçadas na produção artística aumentada de autorretratos durante este período que amontam a um total de 40-44 obras em autorretrato, num período de 5 anos. Embora os autores admitam essa possibilidade, é de igual relevância a constatação das contingências impostas por um internamento e o quase inevitável regresso ao autorretrato como um exercício de prática – o self como modelo sempre disponível para ser pintado. Contudo, face aos escritos de “tortura interna” de Van Gogh, estes autorretratos – obsessivos ou não – permitem o acesso ao sofrimento intrapsíquico do artista. A expressão de angústia interna é ignificada na pintura do artista. A presença de sintomatologia psicótica carrega consigo, não de forma infrequente, o sentimento de presença diminuída do Eu e um padrão de instabilidade associado. Nesta sequência, a pintura do autorretrato poderá surgir como um elemento de tentativa reparadora do Eu. O exercício recursivo permitirá a expressão, exploração e reparação do Eu. A expressão de períodos de sofrimento é diretamente objetivável em obras como a Figura 3, em que o observador retém instintivamente a atmosfera deste sofrimento. A dimensão exploratória do Eu permite a confirmação da identidade: o artista recorda-se que é quem pinta, o olhar que o observa de volta. A prática da sucessiva confirmação da identidade do artista, ameaçada pela sintomatologia, encontra no autorretrato uma forma de solidificação e estabilização do Eu. Poderá ainda ser teorizado que esta reparação do self permite, por conseguinte, a regulação dos afetos. O artista consegue edificar uma identidade/Eu capaz de se relacionar de novo com a realidade através do autorretrato.

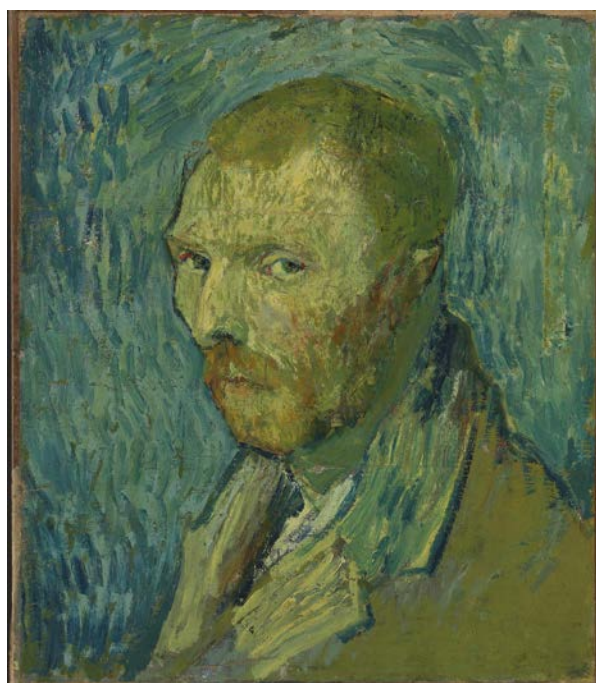


Figura 3 - Autorretrato, Van Gogh (1889)

Na reflexão dos próximos dois autores pretende exemplificar-se o autorretrato (e a arte) como um processo de espelhamento e como um meio com potencial adaptativo. Ambos os

artistas utilizaram o autorretrato não só como uma ilustração do sofrimento, mas também como um meio para transcender a perda. O exercício do autorretrato cumpre simultaneamente um processo de promoção de autoconhecimento mas também de reconstrução. Este processo permitiu a (re)criação de um novo Eu, autodeterminado, a que reagem e com que interagem ao longo da sua obra.

Frida Kahlo

Na obra de Frida Kahlo propõe-se a exploração do Eu para lá da sua materialização física e da incapacidade trazida pelos acometimentos da doença física. Aos 18 anos Frida Kahlo sofre um grave acidente que em sinergia com as várias doenças e subseqüentes cirurgias ao longo da infância reduz as capacidades funcionais da artista. Nas descrições biográficas de Frida contam-se inúmeras referências à esfera sensorial corporal, relatos de dor e incapacidade, um Eu que se sente aprisionado numa jaula corpórea dolorosa. Assim, na sua obra e nos seus autorretratos vívidos, preenchidos e exóticos, ganha acesso a um Eu que ultrapassa e se distingue do seu corpo. Em obras como a da Figura 4 observamos a serenidade e contenção da face da artista, descrita frequentemente como uma máscara estóica, e um Eu expansivo que habita cenários que estariam impossibilitados à artista. As referências à dor física e o seu contraponto com o sofrimento psicológico são exploradas na sua produção artística – observe-se a Figura 5 e a sua relação com este binómio de sofrimento e possibilidade. O Eu de Frida transmuta-se nas experiências da artista, que vive nos seus quadros os cenários da sua psique numa auto-atualização documentada em imagem enquanto a figura de corpo se torna um repositório para a dor.



Figura 4 - Veado Magoado, Frida Kahlo, 1946

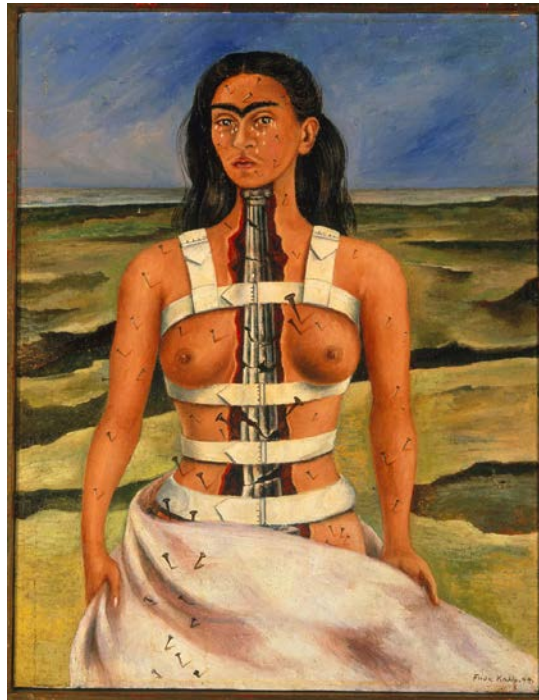


Figura 5 - A Coluna Partida, Frida Kahlo, 1944

A relação do Eu com o seu autorretrato é de tal forma fulcral para a artista que refere que se pinta para que possa oferecer os quadros aos que estima, como um substituto ou um *token* da sua presença, para que nunca se esqueçam dela. Os autorretratos de Frida são uma ode à sua permanência na relação com o outro, apesar de qualquer contingência física.

A dimensão relacional da sua obra espelha o seu próprio relacionamento afetivo com Diego Rivera. Em obras de tempos apoteóticos da relação Frida identifica-se com uma figura predominantemente feminina, pintando-se de acordo. As descrições da artista remetem elementos da pintura aos gostos de Diego “*eu pinto o que agrada a Diego*”. Frida vive nos seus autorretratos a extensão da sua relação, a imagem vívida do desejo que tem em ser observada como a figura totalizada das pinturas, sem as amarras da doença física. Nos processos mais tumultuosos desta relação, em especial após a separação, Frida identifica-se com a figura masculina e observamos uma alteração drástica nos seus autorretratos (Figuras 6 e 7). Como epilogoado, a artista criou deste modo um Eu que sobressai e emerge da sua componente física e se ancora nas suas experiências internas e na relação com os outros.



Figura 6 - Autorretrato dedicado ao Dr Eloesser, Frida Kahlo (1940)



Figura 7 - Autorretrato com cabelo cortado, Frida Kahlo (1940)

Egon Schiele

Em Egon Schiele os autores pretendem realçar a expressão do sofrimento intrapsíquico que altera a estrutura do Eu, que o deforma e mutila. Egon possui um vasto leque de autorretratos impactantes. A sua figura aparece frequentemente castrada e mutilada, acutilada por posturas

distônicas e que despertam o observador para uma angústia interna que dilacera (Figura 8). No espelhamento que constrói de si nestes autorretratos, o artista expressa a sua dificuldade em concretizar o estado emocional interno e portanto cria uma figura que o incorpora e encerra – reitera este achado quando refere que “*My outward bearing does not agree with my inner needs*”. O self precário e instável que vai desenhando, muitas vezes inacabado em si, demonstra ainda uma autovisão díspar do seu reflexo concreto.

Aquando da pintura do autorretrato, Egon utilizaria um espelho de mão que pertencia à sua mãe, figura de destaque também na obra do artista. Contudo, a imagem obtida no espelho da mãe e a imagem criada por Egon diferem de forma severa. Duas obras particulares de Egon – Figura 10 e 11 – permitem-nos perscrutar estes domínios da relação com a mãe: em ambas Egon representa-se de uma forma inóspita, em particular na segunda figura, em que se atribui particular vivacidade em contraste com a mãe que pinta, marmórea e desprovida de vida.

Egon Schiele apresenta como pontos focais da sua obra em autorretrato os esforços restitutivos que visam objetivar e dominar os seus problemas de identidade. O seu trabalho do autorretrato e do nu expõe uma nova noção de sexualidade vulnerável, exposta, por vezes fragmentada.. O artista cria deste modo um Eu para si, capaz de suportar emoções, estados e relações de ambivalência que, de outra forma, consumiriam o artista. A interação entre identidade, relação e imagem é explorada ao longo da sua obra, considerada inovadora.

Os autorretratos de Frida e Schiele são permeados por imagens de dor, incompletude e doença. O encontro repetitivo com o autorretrato funciona como uma lembrança concreta da existência do artista. Ambos procuram um Eu perdido na arte que produzem. O seu uso contínuo de autorretratos foi um meio adaptativo de transcender as perdas. Ao criar um Eu e ao reagir a este, os artistas recriaram a experiência do seu nascimento. E dar à luz a si mesmo - desta vez em seus próprios termos - é o ato criativo final no autorretrato.



Figura 8 - Autoretrato, Egon Schiele (1910)



Figura 9 - Autoretrato nu, Egon Schiele (1910)



Figura 10 - Mãe Morta I, Egon Schiele (1904)

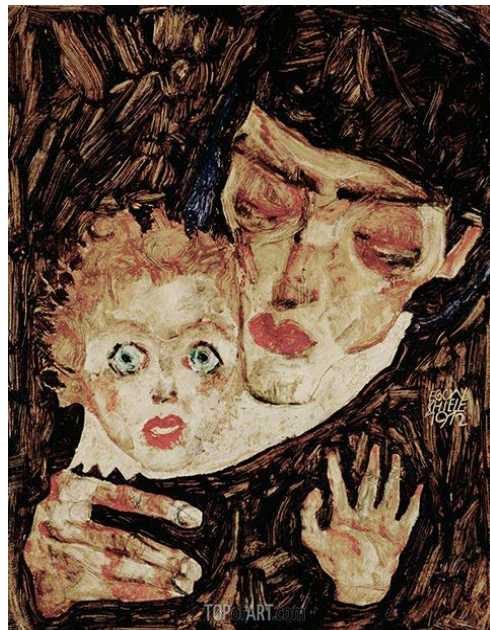


Figura 11 - Mãe e criança, Egon Schiele (1912)

Helena Almeida

Terminamos com Helena Almeida, por ser uma artista portuguesa e por elevar tudo o que anteriormente foi exposto, pondo também a sua corporalidade ela própria, em comunicação. Como refere no seu lema - *“a minha obra é o meu corpo, o meu corpo é a minha obra”*.

Ao longo desta explanação foram abordadas 3 relações. A relação loucura-sanidade, em que ressaltamos que a necessidade do artista neste exercício pode surgir de défices que podem surgir no espectro entre a saúde e a doença mental, com vista à busca de um equilíbrio. Abordamos estas questões sobre a denominação de loucura, que decorre desde a noção de manifestações artísticas divinamente inspiradas até ao seu papel na vitalização do Eu imbuído em criatividade. A relação artista e obra, que vai além da manutenção de um diário visual, de enriquecimento de técnica, mas também de enriquecimento do Eu. Por último, a relação Eu-Outro, em que damos ênfase à necessidade e ao papel precoce do Outro na vitalização e coesão do Eu, através de processos como o de espelhamento. Nesse contexto, sublinhamos o papel da arte e em particular do autorretrato como “um Outro”, que promove a auto-integração e manutenção para eu Eu perturbado/ em construção ou cindido. O artista torna-se sujeito e espectador. O produto artístico é também visto como uma forma de comunicação com o Outro, onde aspectos de menor acessibilidade do Eu, são tocados de forma não necessariamente articulada mas profunda.

Conclusões

Ao longo dos anos uma multiplicidade de propósitos foi atribuída à arte do autorretrato. Permite demonstrar a capacidade técnica do desenho e da pintura, treinar o traço, explorar novos métodos a título pessoal, permite provar uma autoria e encerra no seu cerne a tradição histórica do autorretrato. O Eu é um modelo sempre presente, consultável a qualquer altura. Ao longo desta exposição abordamos o autorretrato também como meio de espelhamento, de auto-conhecimento e auto-equilíbrio, servindo de estrutura e estruturador da psique, mapa e exercício, bem como de comunicação com o Outro.

Bibliografia

- BHATTACHARYYA, Kalyan B; RAI, Saurabh - The neuropsychiatric ailment of Vincent Van Gogh. *Annals of Indian Academy of Neurology*. Vol. 18, n.o 1 (2015) 6-9.
- BLUMER Dietrich - The illness of Vincent van Gogh. *Am J Psychiatry*. Vol. 159, n.o 4 (2002), p. 519-26.
- CAMERON, IA, CAMERON, BJ - Egon Schiele's portrait of Karl Zakovsek: Medical and artistic observations. *Can Fam Physician*. Vol. 37 (1991) 2249-52.
- DARBYSHIRE, P - Understanding the life of illness: learning through the art of Frida Kahlo. *ANS Adv Nurs Sci*. Vol. 17, n.o 1 (1994) 51-59
- FRIEDMAN, Tal; et al. - Rembrandt - aging and sickness: a combined look by plastic surgeons, an art researcher and an internal medicine specialist. *Isr Med Assoc*. Vol 9, n.o 2 (2007) 67-71.
- FRIEDMAN, Tal; LURIE, Doron; SHALOM, Avshalom. Authentication of Rembrandt's self-portraits through the use of facial aging analysis. *Isr Med Assoc J*. Vol.14, n.o 10 (2012) 591-4.
- FRY, Stephen - A Grande História dos Mitos Gregos: Como a sabedoria clássica explica os mistérios da humanidade. Ana Glória Lucas. Lisboa: Clube do Autor, 2017.
- GUNDERMAN, Richar; HAWKINS, Matthew - The self-portraits of Frida Kahlo. *Radiology*. Vol. 247, n.o 2 (2008) 303-306.
- HERSHBERG, Sandra - Narcissus Revisited: A Link Between Mirroring and Twinship Selfobject Experiences—A Discussion of Nancy VanDerHeide's, "A Dynamic Systems View of the Transformational Process of Mirroring". *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*. ISSN:1555-1024. Vol. 6, n.o.1 (2010) 58-66.
- KALPAXI, Elisavet - Self-portraiture and Narcissism: Truth or Myth?. Abstract de uma conferência apresentada em Truth and Lies, Bangor University, Reino Unido, 2009.
- KNAFO, D - Egon Schiele and Frida Kahlo: the self-portrait as mirror. *J Am Acad Psychoanal*. Vol. 19, n.o 4 (1991) 630-47.
- LOMAS, D; HOWELL, R - Medical imagery in the art of Frida Kahlo. *BMJ (Clinical research ed.)*, Vol. 299, n.o 6715 (1989) 1584—1587.
- MARCUS, Esther-Lee, CLARFIELD, Mark - Rembrandt's late self-portraits: psychological and medical aspects. *Int J Aging Hum Dev*. Vol. 55, n.o 1 (2002)m25-49.
- MARTIN, Colin - Scrutinised bodies: Egon Schiele and psychiatry. *Lancet Psychiatry*. Vol. 1, n.o 7 (2014) 508.
- McNEAL, Shirley - Healthy Narcissism and Ego State Therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. ISSN: 0020-7144. Vol. 56, n.o 1 (2008) 19-36.
- MINNS, Frank - Art: Egon Schiele: the Radical Nude: A Radical Reimagining. *The British Journal of General Practice*. Vol. 65, n.o 630 (2015)m 33.
- MIRA, Rita - Helena Almeida : a minha obra é o meu corpo, o meu corpo é a minha obra. *Faces de Eva – Leituras*. Porto: Fundação de Serralves, 2015.
- O'NEILL, Francis; CORNER, Sofia - Rembrandt's self-portraits. *Journal of Optics*. Vol. 18 (2016), 10pp
- PERICOLO, Lorenzo - The Golden Chain: Rembrandt's Cologne Self-Portrait, or The Tragicomic Excellence of Painting. *Cahiers d'études italiennes*. Vol. 18 (2014) 131-147.
- SILVERSTEIN, Marshall - Disorders of the Self: A Personality-Guided Approach (Personality-Guided Psychology). Series American Psychological Association. Washington, DC: Editor Theodore Millon, 2007. 315.
- VOSKUIL Piet - Van Gogh's disease in the light of his correspondence. *Front Neurol Neurosci*. Vol. 31 (2013)m 116-25.
- WOLF, Paul - Creativity and chronic disease. Vincent van Gogh (1853-1890). *The Western Journal of Medicine*, Vol. 175, n.o 5 (2001) 348.

Origem das figuras

Figura 1 – Rembrandt, “self-portrait, wearing a ruff and black hat”, 1632, consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://images.barrons.com/image/195656?width=1260&size=1.5>>.

Figura 2 – Rembrandt, “self portrait at the age of 63”, 1659, consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://www.nationalgallery.org.uk/media/32453/n-0221-00-000138-hd.jpg?mode=max&width=1920&height=1080&rnd=132385380753300000>>

Figura 3 – Van Gogh, Self portrait 1889, consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://www.theguardian.com/artanddesign/2020/jan/20/van-gogh-self-portrait-authentic-psychosis>

Figura 4 – Frida Kahlo, 1946, “Vendo ferido”, consultado a 15/Janeiro/2021 em https://upload.wikimedia.org/wikipedia/pt/c/c2/O_vendo_ferido_-_Frida_Kahlo.jpg>

Figura 5 – Frida Kahlo, 1944, “A Coluna partida” consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://artsandculture.google.com/asset/the-broken-column-frida-kahlo/EgGMbMFBQrAe3Q>>

Figura 6 – Frida Kahlo, 1940, “Autorretrato dedicado ao Dr Eloesser” consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://uploads2.wikiart.org/images/magdalena-carmen-frieda-kahlo-y-calder%C3%B3n-de-rivera/self-portrait-dedicated-to-dr-elioesser-1940.jpg> >

Figura 7 – Frida Kahlo, 1940, “Autorretrato com cabelo cortado” consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://www.moma.org/media/W1siZiIsIjQ5NDA4NSJdLFsicCIIsImNvbnZlcnQiLCItcXVhbGl0eSA5MCAtdmVzaXplIDIwMDB4MjAwMFE1MDAzZSJdXQ.jpg?sha=8e5f2e8b5844fd7b>

Figura 8 – Egon Schiele, 1910, “Autorretrato” consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://collectionapi.metmuseum.org/api/collection/v1/iiif/483438/1016551/main-image>

Figura 9 – Egon Schiele, 1910, “Autorretrato nu” consultado a 15/Janeiro/2021 em https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/92/Egon_Schiele_-_Nude_Self-Portrait%2C_Grimacing_-_Google_Art_Project.jpg

Figura 10 – Egon Schiele, 1904, “Mãe Morta I” consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://www.moma.org/media/W1siZiIsIjQ5NDA4NSJdLFsicCIIsImNvbnZlcnQiLCItcXVhbGl0eSA5MCAtdmVzaXplIDIwMDB4MjAwMFE1MDAzZSJdXQ.jpg?sha=8e5f2e8b5844fd7b>

Figura 11 – Egon Schiele, 1912, “Mãe Morta II” consultado a 15/Janeiro/2021 em <https://www.leopoldmuseum.org/media/image/800/3840.jpg>

RECONSTRUINDO BABEL - A HISTÓRIA DAS CLASSIFICAÇÕES DAS DOENÇAS MENTAIS

Ana Maria Delgado¹; Aurora Cortiñas²

Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto

¹Médica – Interna Formação Específica em Psiquiatria

²Médica – Assistente Hospitalar de Psiquiatria

e-mail: anamariadelg@gmail.com; aurora.cortinas@gamil.com

Resumo

As classificações são essenciais em qualquer ciência. No caso concreto da Medicina, as classificações têm os objetivos de comunicação e de previsão. Relativamente a Psiquiatria, a classificação torna-se um desafio, pois as entidades clínicas psiquiátricas não possuem marcadores biológicos que permitam a sua identificação e a sua distinção. As classificações em Psiquiatria têm, portanto, um trabalho acrescido pelo facto de representarem uma segurança para o clínico na gestão dos problemas relacionados com o comportamento humano, área esta tão propícia a subjetividade. As autoras propõem-se a descrever a evolução dos sistemas de classificação em Psiquiatria, a sua relação com o saber médico e com a História, o seu lugar na atual prática clínica, assim como os desafios futuros.

Palavras-chave: História; Classificação; Doenças Mentais; Psiquiatria; Saúde Mental.

Abstract

Classifications are essential in any science. In the specific case of Medicine, classifications are for communication and prognostic purposes. Regarding Psychiatry, classification becomes a challenge, as psychiatric clinical entities do not have biological markers that allow their clear identification and distinction. The classifications in Psychiatry have, therefore, an added job because they represent security for the clinician in the management of problems related to human behavior, an area bound to subjectivity. The authors propose to describe the evolution of classification systems in Psychiatry, their relationship with medical knowledge and history, their place in current clinical practice, as well as future challenges.

Introdução

O mito bíblico da Torre de Babel conta-nos a história do povo da Babilónia que teria como objetivo construir uma torre até aos céus. Na sua ira contra o seu povo, Deus alterou a linguagem dos trabalhadores de modo a que os mesmos não se compreendessem uns aos outros. Assim, a cidade nunca foi terminada e o povo partiu em diáspora. Este mito contém a explicação das várias línguas que existem no mundo. As autoras usam esta história como ponto de partida para falar sobre as classificações em Psiquiatria – a forma de comunicação entre os vários clínicos e técnicos. As autoras propõem-se a descrever a evolução dos sistemas de classificação em Psiquiatria, a sua relação com o saber médico e com a História, o seu lugar na atual prática clínica, assim como os desafios futuros.

Desde a Antiguidade que a humanidade tem tentado descrever, explicar e classificar os sintomas mentais, com naturais avanços e recuos. No entanto estas classificações tiveram sempre um carácter provisório, estando adaptadas ao conhecimento alcançado até então, muitas vezes alicerçadas à evolução social contemporânea. Contrariamente a outras patologias, os sintomas e a doença mental não dependem só da sua existência, mas também como são interpretados à luz do ambiente social e histórico, algo que impacta o pensar sobre

estes sintomas. As autoras descrevem, de seguida, a evolução das conceptualizações sobre doença mental ao longo dos séculos.

Da pré-história ao Renascimento

A forma como a doença mental foi conceptualizada ao longo da história foi variando, de acordo com a sociedade e pensamento vigente predominante.

No período da pré-história, os sintomas mentais, eram interpretados como comportamentos fora da normalidade, excêntricos, explicados à luz do sobrenatural: possessão demoníaca ou castigo divino por comportamentos desviantes das normas vigentes. Esta explicação encerra a Teoria Sobrenatural.

No período histórico que se segue, Antiguidade Clássica, surgiram novas conceptualizações da doença física, sendo que a explicação do adoecer psíquico se integrava neste conhecimento, não existindo de forma independente. A Teoria dos Humores, por Hipócrates, defendia que as doenças mentais são como as doenças físicas, que têm causas naturais e localiza a lesão no cérebro. Hipócrates descreve então 3 categorias de doença mental: mania, melancolia e “febre cerebral”. Areteu da Capadócia descreveu também a dicotomia mania e melancolia.

Durante a Idade Média, período histórico marcado pelo obscurantismo religioso e místico, houve um desinteresse pela nosologia dos sintomas mentais, com o regresso da Teoria Sobrenatural como teoria explicativa. Em concordância com esta conceptualização, os tratamentos administrados voltaram a ser e índole punitiva, com marcado estigma associado. Após o final da Idade Média, surgiu o período histórico que contraria as ideias pré-estabelecidas – o Renascimento. Nesta época o Humanismo surgiu como a principal corrente filosófica, havendo um natural declínio da Teoria Sobrenatural. Ressurgiu o interesse no desenvolvimento da nosologia, com a retoma das teorias da Antiguidade Clássica, como a Teoria dos Humores. Neste período houve vários autores que se dedicaram à explicação e identificação de categorias nosológicas.

O Século das Luzes e a escola francesa

Foi, no entanto, no séc. XVIII e XIX que se deu o grande desenvolvimento da nosologia psiquiátrica, com grande contribuição da escola francesa. Este desenvolvimento surgiu nos hospitais psiquiátricos – Bicêtre e Salpêtrière – onde inicialmente foram encaminhados todos os cidadãos de Paris que apresentavam perturbação do comportamento social, independente da sua natureza. Foram de grande importância os desenvolvimentos levados a cabo pelo médico responsável por Bicêtre, Phillipe Pinel, e mais tarde o seu discípulo, Esquirol. Estes contribuíram para a diferenciação dos doentes mentais da restante população considerada “desviante”, assim como para o conhecimento dos sintomas mentais – defendiam que a psiquiatria deveria ser descritiva e nosológica, devendo-se enquadrar numa disciplina da Medicina. Defendiam igualmente que estes indivíduos deveriam ser tratados, desenvolvendo o primeiro tratamento deste doentes, que deviam ser individualizados de acordo com as necessidades dos mesmos. Tratamento Moral. Centrando-se na observação clínica, estes alienistas relegaram as teorias patogénicas para segundo plano. É apenas em 1822 que foi defendida pela primeira vez uma teoria etiopatogénica para o desenvolvimento de sintomas mentais - é desenvolvida uma nova entidade clínica – a paralisia geral. Esta teoria vai dominar durante algum tempo, levando a tentativas de validar esta teoria.

A Escola Alemã

No início do séc XIX a hegemonia da escola francesa no desenvolvimento da nosologia psiquiátrica vai-se desvanecendo, dando lugar à escola alemã. Durante o séc XIX e início do séc XX vão surgindo vários movimentos na Alemanha que tentam contrabalançar as teorias psicológicas predominantes e o pensamento vigente de aproximação ao modelo médico. Karl

Kahlbaum e Emil Kraepelin fundamentam-se na clínica para criar categorias diagnósticas. Os movimentos que defendiam a base anatomopatológica para explicar os sintomas voltaram por Wilhem Griesinger (que defendia que “as doenças mentais são doenças do cérebro”), Carl Westphal, Theodor Meynert e Carl Wernicke – no entanto, dado os avanços tecnológicos à época, não foi possível evoluir neste sentido. Assim, a clínica voltaria a ser o principal orientador do pensar nosológico. A aqui surgem Karl Jaspers e Kurt Schneider

O advento das Teorias Psicológicas

O início do séc XX viu surgir a crescente importância das teorias psicológicas, sendo a sua personagem mais conhecida o neurologista Sigmund Freud que desenvolveu várias teorias sobre os sintomas mentais: segundo as mesmas os sintomas psiquiátricos são devido a conflitos intrapsíquicos que podem ou não ser acedidos pelo indivíduo de forma consciente. Assim, desenvolveu-se a Teoria Psicanalítica que durante várias décadas influenciou a Psiquiatria e os sistemas de classificação. Desde o DSM-III que a sua relevância nos sistemas de classificação tem apresentado um declínio à medida que existe maior suporte de outras teorias explicativas. No entanto, profundas são as marcas que deixou no pensar do adoeecer psíquico, nomeadamente na psiquiatria da infância.

Psiquiatria do séc. XX

O séc XX trouxe uma importante descoberta - o tratamento da sífilis - e os sintomas psiquiátricos resultantes do atingimento cerebral desta infeção, possibilitando o tratamento de muitos doentes, com remissão sintomática. A segunda metade do séc XX trouxe outros dos pontos de viragem no entendimento das doenças mentais - a descoberta do primeiro psicofármaco, clorpromazina, que se mostrou eficaz no controlo de sintomas, assim como na história natural das doenças psicóticas – com base nesta descoberta, foram-se desenvolvendo teorias baseadas no funcionamento cerebral. Estas descobertas abriram a porta para o desenvolvimento de novas teorias biológicas, que começaram naturalmente a ganhar terreno nas classificações – assim, a última década do séc XX foi denominada “*decade of the brain*”.

Os sistemas de classificação atuais

Os dois sistemas de classificação internacionais atuais são o Diagnostical and Statistical Manual (DSM) responsabilidade da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatry Association - APA) e o International Classification of Diseases (ICD), que é responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Desde o seu primeiro aparecimento em 1893, que os sistemas de classificação passaram por vários anos de pensar e de desenvolvimento científico e tecnológico, assim como mudanças económicas e sociais que tiveram impacto sobre os mesmos. Atualmente, as classificações assentam em 3 grandes fatores: a apresentação clínica, a etiologia e o impacto que as mesmas têm nos doentes. Estas classificações sempre foram categoriais, embora, face a conceptualizações mais recentes, comecem a adotar a perspectiva dimensional das entidades nosológicas. Das várias classificações que se desenvolveram no séc XX, o DSM e o ICD mantiveram-se e evoluíram, regendo a maioria dos profissionais na área da Psiquiatria e da Saúde Mental.

Em Portugal, o sistema de classificação oficial é o CID, embora alguns centros de investigação utilizem o DSM. O ICD, da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), é o sistema de classificação mais usado no mundo.

Da Estatística das Causas de Morte até ao ICD-11

O ICD descende do “Bertillon Classification of Causes of Death” – introduzido pelo médico francês Jacques Bertillon em 1893 no congresso do International Statistical Institute. Muitos

países adotaram esta nomenclatura – incluindo os Estados Unidos da América. Em 1900 uma conferência internacional fez a revisão da International Classification of Causes of Death – previsão de revisões a cada 10 anos. Em 1948 a recentemente criada Organização Mundial de Saúde (OMS) tomou conta do ICD. A sexta revisão em 1949 incluía alterações significativas – passou a incluir morbidade além da mortalidade – passou a chamar-se International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – foi a primeira a ter uma secção dedicada à patologia mental. Ao longo dos anos foram feitas várias revisões e o número de categorias nosológicas foi aumentando. Em 1983 a APA fez um estudo em que percebeu que numa amostra significativa de psiquiatras, a grande maioria utilizava o DSM – assim a sua 10ª edição fez-se convergir com as categorias nosológicas do DSM-IV. A 10ª revisão é a que está atualmente em vigor, tendo feito um esforço para convergir com a última revisão do DSM-IV. A 11ª revisão está já finalizada e entra em efeito em 2022.

Da psicologia ao modelo médico – o caminho do DSM

O DSM é um manual estatístico que teve origem nos censos de 1840 nos Estados Unidos da América, que pela primeira vez mencionou doenças mentais. Com origem nestes dados, foi desenvolvido o Standart Classified Nomenclature of Disease ou Standart, que descrevia as várias doenças. Paralelamente, houve a participação de psiquiatras americanos na 2ª guerra mundial, tendo sido desenvolvido pelos mesmos o Medical 203 por iniciativa do Office of the Surgeon General, que foi adotado por diferentes ramos das Forças Armadas e pela Veterans Administration. Versões diferentes da Medical 203 (Forças Armadas e Veterans Association) e do Standart foram usados simultaneamente até 1952. Nenhuma delas estava de acordo com a International Statistical Association. Havia entidades que usavam classificações diferentes para fins diferentes (uso clínico, avaliação de incapacidade, trabalho estatístico). Assim, em 1952 foram comissionadas 7 pessoas pela APA para desenvolvimento de um manual, que continha 108 patologias num total de 32 páginas de texto: um significativo destas patologias são doenças neurológicas outras que eventualmente migraram para outras especialidades. A primeira revisão em 1968, privilegia os conceitos explicativos psicanalíticos, que dominavam a psiquiatria à data. Foi o desenvolvimento dos fármacos psiquiátricos que levaram a uma alteração de paradigma – vários autores procuraram critérios diagnósticos rigorosos para levar a cabo ensaios clínicos rigorosos, privilegiando as entidades psiquiátricas que tinham descrições clínicas mais claras, boa consistência ao longo do tempo e maior agregação familiar. Assim, em 1980, é publicado o DSM-III, com base em evidência colhida por vários estudos de campo, havendo uma melhoria da validade e da fiabilidade dos critérios diagnósticos. Começava a haver um distanciamento das teorias explicativas, nomeadamente de corrente psicodinâmica, com o objetivo de evitar que estas fossem um obstáculo à utilização por vários profissionais de várias orientações teóricas. As entidades clínicas passaram de menos de 108 para cerca de 400 no atual DSM 5.

Os Limites e o Futuro das Classificações

Os sistemas de classificação sempre representaram um movimento natural da humanidade, no esforço de distinguir várias entidades e de organizar o pensamento. No caso da Medicina, não só é necessário na prática clínica, como tem o acréscimo da investigação e da estatística. Idealmente os sistemas de classificação deveriam ser baseados em informação etiológica e patogénica demonstrável, embora isto não seja frequentemente possível na área da saúde mental – na atualidade as classificações usam elementos diversos em vários graus: critérios descritivos, evolutivos, etiopatogénicos, psicopatogénicos, etc.

Os sistemas de classificação, na sua demanda por um sistema único, reduziram-se a categorias nosológicas caracterizadas por pouco sintomas, de descrição parca e pouco fiel à psicopatologia clássica, sobresimplificadas, que facilmente podem ser mal interpretadas por

profissionais com pouco conhecimento da psicopatologia. Ao longo dos anos muitas têm sido as críticas feitas aos sistemas de classificação: o abandono de algumas teorias explicativas, a arbitrariedade de algumas categorias, a seleção das definições e dos critérios, o facto de ser privilegiado a noção de categoria em relação à noção de dimensão. Por outro lado, as críticas podem ser feitas ao seu lugar na prática clínica: exercício académico redutor sem benefício para os doentes; colocar uma etiqueta aos doentes; sistema que desumaniza os indivíduos, reduzindo-os a critérios de classificação. Não pode deixar de ser colocado em evidência o impacto que o pensamento e as normas sociais tiveram sobre estes sistemas – a integração de diagnósticos que tinham como base comportamentos considerados desviantes e por isso “patologizados”, como o caso da homossexualidade. A sua integração nestes sistemas de classificação legitimou e perpetuou esta conceptualização, contribuindo para acrescido estigma.

Não obstante, o papel dos sistemas de classificação como unificador não pode nem deve ser negligenciado: os sistemas de classificação são uma ferramenta gratuita e acessível mundialmente, podendo ser usados com relativa facilidade por vários técnicos, dentro e fora da área da saúde mental, inclusive em países em vias de desenvolvimento, com menos recursos a informação. Este facto leva a que potencialmente possa haver um maior reconhecimento dos sintomas que possa levar a um aumento da orientação para tratamento desta população.

Assim, existe uma exigência muito grande, pelo que nenhuma classificação cumprirá de forma plena tudo a que se propõe.

Conclusões

Assim como Deus alterou a linguagem do povo da Babilónia, parece que a linguagem comum na Psiquiatria ainda se encontra no caminho para ser compreendida, validada e partilhada por todos. Apesar de haver cada vez mais investigação nesta área, muitos são os entraves a esta linguagem comum. Assim como em Babel, esta diferença de linguagem pode ser fraturante e contribuir para atrasar o objetivo comum – no entanto, as autoras urgem o leitor para não partir em diáspora perante tão hercúlea tarefa. Usemos a linguagem que temos e aprendamos a tirar o melhor partido dela, usando-a como uma ponte entre os vários profissionais, para o melhor e mais completo conhecimento e tratamento dos indivíduos portadores de doença mental.

Fontes e bibliografia final

JABLENSKY, A - Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry*. (2016) Vol. 15, Nº 1. p 26–31. [Acedido a 25 de jan. 2021] Disponível na Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

JUTRAS, M – Historical perspectives on the theories, diagnosis, and treatment of mental illness. *BCMj* [Em linha], Vol. 59, Nº 2 (2017), p. 86-88. [Acedido a 31 de dez. 2020] Disponível na Internet: <http://bcmj.org/>

KENDLER, K - An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med*. (2009) Vol. 39, Nº 12. . [Acedido a 25 de jan. 2021] Disponível na Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

MAJ, Mario; GAEBEL, Wolfgang; LOPEZ-IBOR, Juan Jose; SARTORIUS, Norman - *Psychiatric Diagnosis and Classification*. 1º Ed; United Kingdom; John Wiley & Sons, Ltd. 2002. 279

MOLLER, HJ - Problems associated with the classification and diagnosis of psychiatric disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry* [Em linha]. Vol. 6, Nº 1 (2005); p. 45-56 [Acedido a 31 de dez. 2020] Disponível na Internet: <http://tandfonline.com/>.

STEIN, D *et al* - Classification Systems in Psychiatry: Diagnosis and Global Mental Health in the Era of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry*. (2013) Vol 26, N°5 p. 493–497. [Acedido a 31 de dez. 2020] Disponível na Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

TELLES CORREIA, Diogo – *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*. 1º Ed; Lisboa. Lidel, Edições Técnicas, Lda, 2015. 271.

AS ORIGENS DA TERCEIRA ESCOLA DE PSICOTERAPIA DE VIENA

**Sara Freitas Ramos¹; João Martins Correia¹; Isabel Fonseca Vaz¹;
João Campos Mendes²**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

¹Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria

²Médico Especialista em Psiquiatria, Assistente Hospitalar de Psiquiatria

E-mails: sara.i.ramos@ulsguarda.min-saude.pt; joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt;
mafalda.soares@ulsguarda.min-saude.pt; joao.camposmendes@ulsguarda.min-saude.pt

Resumo

A Logoterapia, também conhecida como “terceira escola de psicoterapia de Viena” foi fundada na década de 1930 pelo psiquiatra e neurologista Viktor E. Frankl (1905-1997). Frankl acreditava que a combinação da filosofia com a psicologia permitia um melhor acesso às motivações e expressões do sofrimento humano, particularmente o derivado de um destino imutável. Frankl pretendia acrescentar às metodologias psicoterapêuticas já existentes uma vertente mais humanista, que elevasse a compreensão da natureza humana e permitisse ver, para lá do sofrimento psíquico, o sofrimento espiritual e conduzisse a uma vida com sentido. Daí adviria o logos, que significa “sentido” ou “significado”. Nos anos de 1930, Frankl escreveu o seu primeiro livro sobre Logoterapia. Contudo, sendo judeu austríaco em plena II Guerra Mundial, Frankl foi enviado para Auschwitz antes de o poder publicar.

Palavras-chave: Logoterapia, Viktor Frankl, Viena, Auschwitz, Sentido

Abstract

Logotherapy, also known as the third Viennese school of psychotherapy, was founded in 1930s by the psychiatrist and neurologist Viktor E. Frankl (1905-1997). Frankl believed the combination of philosophy and psychology allowed for a better understanding of the motivations and expression of human suffering, particularly in those faced with an immutable destiny. Frankl desired to add a more humanistic perspective to the current methods of psychotherapy that would enhance the comprehension of human nature and enable the clinician to go past the psychic suffering and reach the spiritual suffering. He believed this method would lead to a more meaningful life. He named it Logotherapy, as logos means “meaning”. In the 1930s, Frankl wrote his first manuscript on Logotherapy. However, as a Jewish man in Vienna during the II World War, he was sent to Auschwitz before publishing it.

Introdução

A história da Logoterapia é inextricável da história do homem que a fundou, Viktor Frankl. As suas experiências vivenciais e explorações intelectuais, desde cedo que o embalaram na procura de uma verdade que motivasse a vida, na procura de um sentido para a vida. Tais conceptualizações e construtos viriam a produzir a Logoterapia, a terapia focada no sentido. Perante as adversidades decorrentes de ser judeu durante a invasão nazi, o próprio Viktor Frankl viria a experimentar, em primeira mão, as teorias do sentido que havia elaborado. Neste capítulo iremos visitar a história do homem e dos princípios que originaram a terceira escola de psicoterapia de Viena.

Discussão

A história da Logoterapia começa em Viena, em 1905. Era uma época de prosperidade e a cidade pulsava com uma riquíssima vida cultural, académica e tecnológica.

Os primórdios da Logoterapia dão-se na rua *Czerwingasse* 6. Frankl sempre achou curioso que a terceira escola de Psicoterapia de Viena tivesse surgido fisicamente tão próxima da segunda escola, uma vez que Alfred Adler havia, em tempos, residido praticamente ao fundo da rua.

Desde muito jovem que Viktor Frankl manifestava interesse pelo conhecimento, embrenhando-se em descobertas e explorando o pensamento de filósofos. Conta-se que os passeios que dava com o pai, médico, nos quais partilhavam histórias da vida, ajudariam a combinar em Frankl a sua dimensão de filósofo e médico.

Ainda jovem, frequentou, para além da escola regular, aulas para adultos lecionadas ao final do dia, onde se tratavam temas de Psicologia Aplicada, algo inovador à época. Os interesses de Frankl corriam pelos campos da psiquiatria, psicologia, psicanálise e filosofia. Teria cerca de 15 anos, quando deu a sua primeira palestra sobre o sentido da vida. Já nessa altura, o jovem Frankl desafiava os palestrantes não a questionar o sentido da vida, mas sim o sentido desta vida. O ónus da resposta residia no indivíduo, que a deveria prestar no seu quotidiano. Esta resposta poderia cursar dois rumos. O primeiro, na experiência atenta de cada momento e, o segundo, na escolha responsável da ação. Frankl considerava que uma das principais tarefas de uma vida era encontrar o seu significado.

Ainda muito novo, ousou escrever a Sigmund Freud. Qual não foi a sua surpresa quando Freud lhe escreveu de volta, não só a essa primeira carta, mas também às que se seguiriam. Numa destas cartas, o jovem Frank anexou um artigo, por si escrito, relativo à origem dos movimentos de afirmação e negação. Frank viria a revelar que ficou particularmente orgulhoso quando Freud lhe respondeu que havia remetido o artigo para consideração da revista *International Journal of Psychoanalysis*.

Os anos passaram e Frankl escolheu a área da medicina para prosseguir a sua formação. Dedicou-se ao estudo da psicanálise e procurou treinar como psicoterapeuta ainda enquanto aluno. Chegou mesmo a candidatar-se à Sociedade Vienense de Psicanálise de Sigmund Freud, mas o contacto com o método psicanalista desconfortou-o pela ausência de humanismo e considerou-o reducionista. Os estudos de Frankl levaram-no à Psicologia Individual de Adler e foi nesta que se formou como psicoterapeuta. Contudo, também esta psicoterapia se lhe afigurou como insuficiente e, numa palestra internacional, contestou publicamente a posição de Adler. Frankl defendia que o Homem não procura compreender apenas a sua existência, mas eleva-se na procura de um significado para esta. A discussão que se seguiu levou a que, alguns meses mais tarde, Frankl fosse expulso da Sociedade Adleriana. Eventualmente, Frankl ingressou na área de especialização em Psiquiatria e Neurologia. Já como profissional especializado, Frankl dedica-se a trabalhar com mulheres com perturbações depressivas graves e ideias suicidas. No Hospital Psiquiátrico de *Steinhof*, em Viena, é nomeado médico chefe do Pavilhão de Suicídios Feminino, onde trabalha durante 3 anos, atendendo mais de 3 000 doentes anualmente.

Pouco tempo depois de se especializar, em 1937, a influência Nazi, que paulatinamente havia impregnado a sociedade vienense, começou a manifestar-se. Vários dos ilustres elementos judeus da cidade procuravam segurança noutros países. Frankl viu as suas credenciais para praticar medicina em clínica própria serem revogadas, devido à sua religião. Encontrou trabalho como chefe de um serviço de neurologia num dos únicos hospitais que ainda atedia judeus, o hospital de Rothschild. A partir da sua posição, e apesar dos riscos, Frankl enfrentou as leis eugénicas da época, as quais ditavam que todas as pessoas com perturbação psicótica ou do desenvolvimento deveriam ser eutanasiadas. Sempre que possível, Frankl atribuía diagnósticos factícios e salvaguardava os doentes num lar judeu de terceira idade, iludindo, assim, as autoridades nazis.

O seu cargo protegia-o, e à sua família, da deportação. Na altura, os únicos membros da sua família que permaneciam na cidade eram os seus pais, de idade avançada, e a sua esposa, Tilly. Quando, finalmente, obteve um visto de emigração, Frankl dilacerava-se com a decisão. Abandonar o país significava deixar os pais idosos à sua sorte. Ficar, significava estagnação intelectual e científica e risco de morte. A indecisão desesperava-o.

Os acontecimentos que levaram à tomada da sua decisão ficaram para sempre na sua memória. Segundo o próprio contava, terá chegado um dia a casa, que partilhava com os pais, e encontrou um pedaço de mármore pousado sobre a mobília. O pai havia-o encontrado e trazido dos escombros de uma sinagoga bombardeada. Pertenceria a uma placa com os dez mandamentos e podia perceber-se a qual deles se referia. “Honrar pai e mãe”. Nesse momento, Frankl soube a decisão que iria tomar. Deixou o visto expirar e, 9 meses depois, o hospital onde trabalhava fechou. As deportações intensificaram-se e a família de Frankl foi, eventualmente, convocada para deportação. Por esta altura, Frankl havia já completado o primeiro manuscrito sobre Logoterapia. No dia da deportação, Frankl levava-o escondido no sobretudo, procurando proteger o produto das suas vivências, sabedoria e intelecto.

Foram inicialmente levados para *Theresienstadt*, um campo de concentração e gueto judeu. Tratar-se-ia de um local miserável, e a família Frankl foi dividida conforme o regulamento daquele espaço, segundo o qual homens, mulheres e idosos residiam separadamente. O saber médico de Frankl foi posto ao serviço das pessoas do gueto, tendo-lhe sido atribuído o cuidado a idosos. Por ser médico, e através do seu labor, Frankl teve a oportunidade de continuar a manter o contacto com a sua família.

Em *Theresienstadt*, Frankl usou a sua experiência de trabalho com pessoas com ideação suicida para montar equipas de intervenção precoce e prevenção de suicídios no campo, a quem deu formação. Os elementos destas equipas mantinham-se vigilantes para sinais de alerta e reportavam-lhe casos de risco. Esta estratégia permitia-lhe chegar a pessoas que, de outra forma, não receberiam ajuda. Frankl foi considerado responsável pela diminuição drástica do número de suicídios durante o período em que lá residiu.

Passados dois anos, Frankl viu o seu nome na lista de transporte. Não se sabia para onde iria. A sua esposa, Tilly, quando recebeu a notícia, voluntariou-se para seguir com ele no transporte, contra a vontade de Frankl, prescindindo de um trabalho no gueto que lhe dava alguma segurança. Durante o transporte, Frankl descobriu que se dirigiam para a Polónia, o que, com grande certeza significava Auschwitz. Auschwitz era o maior campo de concentração Nazi. Mais concretamente, uma rede de vários campos de concentração. A sua infâmia era já bem conhecida. Frankl e Tilly foram deixados no campo de Birkenau. Depositados na neve, enregelados, seguiam em filas que traçariam os seus destinos. Essa seria a última vez que ele a veria. À entrada do campo, foram despojados de todos os seus pertences. Consta que, até àquele momento, Frankl ainda teria consigo o seu manuscrito. Indiferente às suas súplicas, tudo o que era seu foi-lhe retirado. O manuscrito perdido.

Sem saber, Frankl iria vivenciar, na primeira pessoa, aquilo sobre o que havia teorizado. As condições do campo de concentração eram desumanas e as pessoas que lá entravam rapidamente viam a sua humanidade reduzida às mais básicas prioridades. Havia fome, frio, doença e morte. A morte era omnipresente.

No campo de concentração, Frankl assistiu às contradições inerentes à humanidade crua e frágil, numa luta pela sobrevivência. Observou pessoas que previamente conhecia como civilizadas a desintegrarem-se em ações que, fora daquele ambiente, seriam consideradas ignóbeis. Frankl constatou que, frequentemente, os elementos mais cruéis do campo não eram os Nazi, mas sim os *Capos*. Os *Capos* não eram mais do que prisioneiros, tal como ele próprio, que haviam sido selecionados para manterem a ordem no campo, em troca de singelas regalias. Frankl suspeitava que os Nazis eram capazes de compreender quais os prisioneiros com maior capacidade para a crueldade e seria assim que selecionariam os seus *Capos*. Era surpreendente aquilo que os seres humanos podiam fazer uns aos outros.

Apenas um em cada 40 prisioneiros sobreviveram aos campos. Na maioria do tempo, Frankl lutava, simplesmente, para se manter vivo. Aprendia pequenos truques com os prisioneiros mais antigos, mas que faziam a diferença quando se tratava de tentar viver mais um dia. Evitava os castigos corporais, a fome e o frio. Descansava quando podia. O próprio Frankl contemplou o suicídio algum tempo depois de ingressar no campo. Um dos métodos mais populares era o suicídio por eletrocussão nas grades de alarme farpado. Apercebendo-se da perigosidade desses pensamentos, Frankl prometeu a si próprio que não cederia à tentação. Frankl recordava o entorpecimento dos sentidos, da raiva e da indignação, naquele estupor de desumanidade. A apatia era um mecanismo necessário de autodefesa. Em raras ocasiões, quando se sentia mais forte, Frankl encontrava conforto em pequenas vitórias. Nesses momentos, Frankl via significado, o que o encorajava a aguentar um pouco mais. Estas vivências reforçaram as suas crenças sobre a importância do sentido na vida.

Com o passar do tempo, Frankl reparou que não eram os prisioneiros fisicamente mais frágeis que mais rapidamente sucumbiam ao campo. Viu muitas pessoas saudáveis e jovens a morrer, enquanto outros, mais debilitados, persistiam. Frankl verificou que a presença de um objetivo, de um sentido para a sua presença ali, era melhor preditor da sua sobrevivência. Alguns trabalhos extra no campo permitiam aos prisioneiros conseguir um bônus, na forma de seis cigarros. Esses cigarros podiam ser trocados com outros prisioneiros por doze sopas. Frankl verificou que aqueles que optavam por manter os cigarros raramente lhes sobreviviam por muito tempo. Fumavam como se fosse o último prazer de alguém que se sabia condenado à morte.

Frankl considerava a sua sobrevivência fruto da sorte, mas também da sua vincada motivação. A sua atitude psíquica, filosofia de vida e fé sustentavam a sua motivação. A vontade de reproduzir o conteúdo do seu manuscrito amparava-o e providenciava um sustento vital para a sua sobrevivência, um significado para a sua existência. Durante os períodos mais duros, em que cair sem vida no gelo seria um alívio, Frankl agarrava-se à memória da sua esposa e ao desejo de a tornar a ver. O mundo do sonho acordado, no qual tinha longas conversas com a sua esposa, foi um refúgio que Frankl encontrou em si mesmo, quase que se dissociando do horror que o rodeava. Contrastando com o mundo exterior, cru e violento, Frankl experienciava momentos de paz e amor que, mais tarde, lhe permitiriam definir a importância do amor na Logoterapia, enquanto meio para atingir significado.

Durante o seu tempo no campo, Frankl apercebeu-se que a decisão ativa de cumprir com os seus deveres e responsabilidades era um elixir potente contra a apatia. Frankl descrevia, pela sua própria experiência, uma ocasião em que lhe havia sido solicitado que cuidasse de prisioneiros que sofriam de febre tifoide. O seu sentido de responsabilidade enquanto médico sobrepôs-se ao alerta do instinto de sobrevivência. Ele voluntariou-se, mesmo sabendo que havia uma grande probabilidade de sucumbir à própria doença que ia tentar aliviar. Frankl sentia que, se a morte tivesse de ocorrer, preferia que fosse por uma causa que traria sentido à sua vida. Não foi uma experiência fácil, mas a sua vontade de viver revigorava-se com consciencialização de que estava a cumprir com o seu dever. Frankl compreendeu também o poder que residia na liberdade de escolher ativamente como queria vivenciar as situações que tinha perante si.

A experiência do campo de concentração desafiou todas as preconcepções que Frankl possuía. Frankl testou, até ao limite da humanidade, o papel do significado na resiliência. Compreendeu que a definição de objetivos, independentemente de quão precários possam ser, é essencial para que a pessoa possa assumir-se agente ativo na busca desses objetivos. Ele defendia que as pessoas carregavam em si a responsabilidade de escolher uma atitude e ações fiéis aos seus valores e propósitos, ativamente experienciando a sua própria vida. A experiência do campo de concentração confrontou-o com o que sucede quando a pessoa abdica dessa responsabilidade e liberdade de escolha; uma introspeção negacionista, depressão e a renúncia à vida. Para Frankl, o significado da vida não é uma aquisição passiva,

é um fenómeno simultaneamente descoberto e optado. Para Frankl, o significado possuía valor efetivo para a sobrevivência. A máxima de Nietzsche era frequentemente evocada por Frankl: “Aquele que tem um porquê para viver pode suportar quase qualquer coisa”.

A 27 de Abril de 1945, o campo onde Frankl se encontrava é libertado. Frankl necessitou dos meses seguintes para se recuperar até ter condições para viajar. Nada sabendo do destino da sua esposa e familiares, Frankl retornou a Viena assim que as fronteiras entre a Áustria e a Alemanha abriram. A cidade estava em ruínas e a comunidade judia havia praticamente desaparecido. Através de rumores, Frankl teve conhecimento das mortes de Tilly, dos seus pais e de um dos seus irmãos. A cidade onde fora feliz era agora um eco de memórias, de vazio e de desalento. Cheio de nada, Frankl entregou-se a tarefas com significado, embrenhando-se em trabalho e na reprodução do seu manuscrito, o qual viria a ser conhecido como *The Doctor and the Soul*. Foi um dos primeiros livros publicados na Viena do pós-guerra. Alguns meses mais tarde, Frankl dedicou-se ao livro “O homem em busca de sentido”. Consta que este livro foi escrito em apenas 9 dias, com vários estenógrafos a trabalhar por turnos enquanto Frankl punha em palavras, e lágrimas, os seus pensamentos e recordações.

Conclusões

Não é possível separar a origem da terceira escola de psicoterapia de Viena, a Logoterapia, da história do homem que lhe deu origem. O produto de uma mente curiosa, irreverente e atenta, profundamente humana, passou de mera intelectualização para uma experiência de vida, feita realidade no sofrimento dos campos de concentração. Viktor Frankl originou a Logoterapia e viveu pelos seus princípios, sobrevivendo para a aperfeiçoar e partilhar com o mundo. Nas suas próprias palavras, Frankl transmite uma das suas principais aprendizagens “pode-se tirar tudo ao homem exceto uma coisa, a última das liberdades humanas – escolher a própria atitude em qualquer circunstância, escolher o próprio caminho”.

Referências

- KELLAND, Mark D. - Viktor Frankl and Logotherapy. In KELLAND, Mark D. - Personality Theory in a Cultural Context. Lansing: Kendall Hunt Publishing (2020)
- PEREIRA, Ivo Studart - A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*. Brasil. Online. ISSN 0103-6564. Volume 18 (2007) 125-136.
- SOGGIE, Neil A – Logotherapy. 1ª Edição. Londres: Rowman & Littlefield, 2016.
- FRANKL, Viktor – The Doctor and the Soul. 2ª Edição. Londres: Souvenir Press, 2004.
- FRANKL, Viktor – O Homem em Busca de um Sentido. 9ª Edição. Lisboa: Lua de Papel, 2019.

EMILIO EDUARDO GUERRA SALGUEIRO

A PSICOSE EXPERIMENTAL PELA PSILOCIBINA

ESTUDO CLÍNICO-LABORATORIAL
EM VOLUNTÁRIOS HUMANOS



DISSERTAÇÃO DE LICENCIATURA, REALIZADA NA CLÍNICA UNIVER-
SITÁRIA DE PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA
SOB A ORIENTAÇÃO DOS EX.^{as} SRs.
PROF. DR. BARAHONA FERNANDES E DOUTOR FRAGOSO MENDES

INQUÉRITO
LISBOA/1964

“A PSICOSE EXPERIMENTAL PELA PSILOCIBINA” – MEIO SÉCULO DEPOIS

Pedro Mota¹

¹Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.
Email:93.pedromota@gmail.com

Resumo

Em 1964 foi publicada a dissertação de licenciatura de Emílio Guerra Salgueiro, intitulada de “A Psicose Experimental pela Psilocibina - Estudo clínico-laboratorial em voluntários humanos” sob a orientação de Barahona Fernandes. Com base nas mais de 200 páginas da publicação original, procura-se, com este trabalho, apresentar os métodos, resultados e principais conclusões deste inovador ensaio com psilocibina realizado em voluntários saudáveis e doentes psicóticos internados à época no Hospital Júlio de Matos, além de um importante enquadramento contemporâneo da renovação do interesse científico das drogas psicadélicas, ilegalizadas (e estigmatizadas) nos anos 60 do século passado. Estes compostos concentram hoje a atenção de universidades e centros de investigação por todo o mundo como terapia para algumas patologias psiquiátricas com resultados tão promissores como surpreendentes, entre os quais se têm destacado os ensaios relativos ao uso da psilocibina no tratamento da depressão resistente.

Palavras-chave: Psicadélicos; Psicose; Psilocibina; História da Psiquiatria.

Abstract

In 1964, Emílio Guerra Salgueiro's dissertation entitled “A Psicose Experimental pela Psilocibina - Estudo clínico-laboratorial em voluntários humanos” was published, under the orientation of Barahona Fernandes. Based on more than 200 pages of the original publication, this work seeks to present the methods, results and main conclusions of this innovative trial with psilocybin performed in healthy individuals and psychotic patients hospitalized at the time at the Júlio de Matos Hospital, as well as an important contemporary contextualization for the renewal of scientific interest in psychedelic drugs, which were illegal (and stigmatized) in the 1960s. These compounds focus today's attention of several universities and research centers around the world as a therapy for some psychiatry pathologies with results that are as promising as surprising, including trials using psilocybin as the treatment of resistant depression.

Introdução

As substâncias psicadélicas são usadas por humanos há mais de 5000 anos, sendo o seu consumo no passado associado principalmente a contextos religiosos e rituais divinos. O interesse da comunidade científica nestas substâncias surgiu apenas no final do século XIX, aquando do isolamento da mescalina e posterior descrição dos seus efeitos por Arthur Heffter. Após a descoberta acidental dos efeitos psicoativos do LSD (dietilamida do ácido lisérgico) por Albert Hofmann em 1943, e o isolamento e síntese da psilocibina em 1958, assistiu-se desde a década de 50 até ao início dos anos 70 a um aumento exponencial do interesse na investigação científica destas substâncias.

Em 1964 foi publicada a dissertação de licenciatura de Emílio Guerra Salgueiro, intitulada de “A Psicose Experimental pela Psilocibina - Estudo clínico-laboratorial em voluntários

humanos” sob a orientação de Barahona Fernandes. Procura-se, em seguida, apresentar os métodos, resultados e principais conclusões deste inovador ensaio com psilocibina.

As substâncias psicadélicas na ciência do século XX

A comunidade científica dos anos 1950 até ao início dos anos 70 respondeu entusiasticamente à descoberta de Hofmann, produzindo mais de 1000 artigos e descrevendo o tratamento de cerca de 40.000 pacientes com recurso a substâncias psicadélicas.¹

As perturbações de adição e de uso de substâncias, principalmente a perturbação do uso do álcool, foram as mais estudadas em comparação com outras perturbações psiquiátricas. Alguns ensaios em populações com cancro terminal também decorreram nesta altura.²

Guiados pela observação que, após o primeiro episódio de *delirium tremens*, por definição de carácter altamente aversivo, os pacientes alcoólicos alcançavam uma relativa sobriedade, a hipótese proposta seria que as substâncias alucinogénias teriam capacidade de criar um *delirium* “seguro”. Recorrendo aos alucinogénios seria possível mimetizar o estado de *delirium tremens*, originado uma espécie de psicose, mas num estado fisiologicamente controlado e reversível, sem os riscos adjacentes ao *delirium tremens* consequente da abstinência alcoólica. Apesar da referência às substâncias psicadélicas como psicoticomiméticos ter uma conotação essencialmente negativa, o estudo das “psicoses modelo” foi uma descoberta muito relevante, constituindo um verdadeiro ponto de viragem importante na Psiquiatria, sendo estudada a associação entre estados de alterados de consciência e os seus processos químicos.³ Foi também nesta época e contexto, especificamente em 1964 e na Clínica Universitária de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa, que Emílio Salgueiro apresentou a sua Tese de Licenciatura intitulada “A Psicose Experimental pela Psilocibina - Estudo clínico-laboratorial em voluntários humanos”. Este estudo, orientado pelo Prof. Dr. Barahona Fernandes e pelo Dr. Fragoso Mendes, é um marco histórico na investigação de substâncias psicoativas em Portugal, sendo o único trabalho português de investigação clínico-laboratorial utilizando a psilocibina.

Concomitantemente, nos Estados Unidos da América, assistia-se à disseminação do uso dos alucinogénios, em particular do LSD, dos laboratórios para as ruas do país. Os efeitos psicológicos adversos (i.e., ansiedade, pânico, psicose) desencadeados pelo seu consumo não controlado, tornaram-se aparentes à medida que os psicadélicos começaram a ser uma substância recreativa vulgarizada, com consumo abusivo em cenários de festa. Os psicadélicos acabaram por ser associados a movimentos políticos nos Estados Unidos, nomeadamente com o movimento rebelde de contracultura que marcou os anos 60. Esta associação com o espírito de contestação e rebelião juvenil em plena Guerra do Vietname, assim como os relatos dos efeitos psicológicos adversos graves ampliados pela comunicação social, foram as principais forças motrizes que levaram ao agendamento de Convenções que iriam limitar o seu uso recreativo, com consequências também ao nível da regulamentação da investigação científica, resultando na proibição de estudos e ensaios clínicos destas substâncias durante as décadas seguintes.

A substância: psilocibina

A psilocibina é um composto que ocorre naturalmente em mais de 200 espécies de cogumelos. Este composto, tal como os restantes psicadélicos clássicos, é um agonista dos recetores 5-HT_{2A}, mas também tem afinidade para outros tipos de recetores 5-HT. A própria estrutura da psilocibina é muito semelhante à da serotonina, pelo que não é de surpreender que esta se ligue com elevada afinidade aos recetores 5-HT e que se tenha verificado que a sua ação neurofarmacológica seja dependente da distribuição dos recetores 5-HT em diferentes tipos de células. Pertence à classe das indoleaminas, onde também se inserem outras substâncias como a dimetiltriptamina (DMT, encontrada na *ayahuasca*), ergolinas semissintéticas ou lisergamidas (i.e., LSD) e os alcaloides de iboga (ibogaína).

O estudo de Emílio Guerra Salgueiro

Objectivo e metodologia

Os autores do estudo pretendiam estudar as principais modificações dos processos fisiológicos e psíquicos do homem, motivadas pela ingestão de um psicodisléptico, especificamente a psilocibina, procurando descrevê-los com o máximo rigor fenomenológico. Nesse sentido, procederam a diferentes provas, enumeradas em seguida: utilização de escalas de intensidade de sintomas que permitissem a quantificação dos dados obtidos; análise das modificações, que a génese e dinâmica da pintura pudessem sofrer (“prova da pintura”); a aplicação da “prova da isquemia”, da autoria de Barahona Fernandes, como medida das perturbações verificadas no nível da ansiedade; a recolha dos potenciais cerebrais evocados com estímulos visuais, acústicos e eléctricos sub-nocioceptivos, procurando descobrir-lhes modificações atribuíveis à droga. Deste modo, procurariam realizar uma aproximação verdadeiramente multidimensional das “psicoses modelo”.

Para o estudo foram seleccionadas duas populações distintas: a primeira, designada no estudo como “voluntários normais”, era estudantes de medicina, logo indivíduos com hábitos de observação e descrição, em princípio, desenvolvidos. Pertenceriam ao sexo masculino e a um mesmo grupo sociocultural, de forma a obter, *à priori*, uma razoável homogeneidade de amostragem. Além disso, como critério de seleção teria de se verificar a não existência de perturbações psíquicas manifestas no próprio ou de psicose nos familiares mais próximos, procurando também evidenciá-la através de uma entrevista psicológica e de uma prova do M.M.P.I. (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). Todos os voluntários foram logo de início submetidos a uma entrevista psicológica, de cerca de 1 hora de duração. No final, foram seleccionados 10 voluntários, cujas idades se situavam entre os 24 e os 26 anos, tendo dois deles submetidos a dois ensaios cada, num total de 12 ensaios (Tabela 1). Excetuando os voluntários nº1 e o nº2, o conhecimento que possuíam da droga era de que se tratava de um fármaco novo, capaz de provocar alucinações visuais. Ignoravam quer o tipo e a sucessão dos sintomas que as pudessem acompanhar, quer o período de duração dos seus efeitos. Os dois primeiros voluntários possuíam razoáveis conhecimentos das modalidades de ação da droga, por necessidade inerente ao trabalho. A segunda população, por sua vez designada como “voluntários psicóticos”, foi só posteriormente estudada, e era constituída por doentes internados no Hospital Júlio de Matos com patologia psicótica. Pretendiam-se averiguar sobretudo dois pontos: se a droga motivava um ressurgimento das alucinações ocorridas no passado da doença ou construiria outras, completamente diversas; e se a droga levaria a uma exacerbação do quadro psicótico “natural” ou à justaposição de nova psicose, desta vez de tipo exógeno, à doença endógena pré-existente. Devido ao escasso tempo de que os autores dispuseram, só conseguiram reunir 4 voluntários psicóticos com as características referidas, com idades compreendidas entre os 24 e os 38 anos, com os quais realizaram 4 ensaios. Tratavam-se, no entanto, de indivíduos de nível intelectual, sociocultural e económico muito inferior ao dos “voluntários normais”.

Em cada dia de ensaio com a psilocibina, o voluntário comparecia na oficina de pintura, às oito horas da manhã, em jejum e sem ter tomado qualquer droga na véspera. Os voluntários psicóticos tinham tido a sua medicação suspensa, pelo menos, 7 dias antes. Primeiro, antes da ingestão da droga, e depois, pela 2ª hora da sua ação, os voluntários eram submetidos a uma série de provas neuropsiquiátricas. A psilocibina era sempre administrada por via oral, e os voluntários tomavam seguidamente o pequeno almoço, que não incluía café ou álcool. Para não suggestionar os voluntários, estes eram deixados, tanto quanto possível, exprimir-se espontaneamente. Só lhes eram feitas perguntas quando absolutamente indispensável, tendo

cuidado tanto com o momento como com o tom, a inflexão e a ênfase da sua formulação. Os investigadores tiravam notas, com referências do tempo decorrido, de tudo quanto os voluntários fizessem ou dissessem, depois da ingestão da droga, sendo isso igualmente registado por um gravador de fita magnética. Os voluntários eram livres de se sentar ou deitar, sendo a sala escurecida se assim eles preferissem. Quando, por qualquer motivo, os investigadores achassem prudente interromper o curso de ação da droga, era administrada cloropromazina, quer 25 mg por via intramuscular, quer 50 mg por via oral. Tal sucedeu nos ensaios nº 9, 10, 14 e 16. Finda a experiência que durava cerca de 4 horas, os voluntários eram esclarecidos sobre aspetos e pormenores do que sucedera (sessão integrativa da experiência), também se sugerindo que escrevessem as suas impressões sobre o que sentiram. Nos casos em que surgiram alucinações visuais, era-lhes ainda pedido que tentassem reproduzir, na oficina de pintura, as visões produzidas.

Voluntário nº	Ensaio nº	Prova Pintura	Escala de intensidade dos sintomas	Prova Isquemia	Estudos Neurofisiológicos
1	1	+	-	+	-
2	2	+	-	+	-
3	3	+	+	+	-
4	4	+	+	+	-
5	5	+	+	+	-
6	6	+	+	+	-
7	7	+	+	+	+
8	8	+	+	+	+
9	9	+	+	+	+
6	10	-	-	-	+
2	11	-	+	-	+
10	12	-	-	-	+
11*	13	+	-	+	+
12*	14	+	-	+	+
13*	15	+	-	+	+
14*	16	-	-	+	-

* voluntários psicóticos. + prova realizada; - prova não realizada.

Tabela 1 – Distribuição das populações em estudo pelas diferentes provas.

As doses de psilocibina administradas variaram entre 6 e 16 mg, aproximadamente proporcionadas ao peso do voluntário. A dose média dos “voluntários normais” foi de 9,8 mg e a dos doentes psicóticos foi de 9,5 mg.

Ensaio nº	Dose	Ensaio nº	Dose
1	6 mg	9	12 mg
2	8 mg	10	10 mg
3	10 mg	11	16 mg
4	8 mg	12	6 mg
5	12 mg	13	10 mg
6	10 mg	14	10 mg
7	10 mg	15	12 mg
8	12 mg	16	6 mg

Tabela 2 – Distribuição das doses de psilocibina por ensaio.

O estudo decorria maioritariamente numa sala de Consulta de Neurose do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, local onde também a psilocibina era ingerida, só saindo os voluntários da sala para breves deslocações ao jardim e ao laboratório de neurofisiologia.

Resultados

Escalas de intensidade de sintomas

Para a quantificação da experiência subjetiva do indivíduo que ingeria a droga, assim como dos dados da observação fenomenológica do médico que a testemunhava, procedeu-se à utilização de escalas de intensidade sintomática P.R.P. (*Psychopharmacology Research Project Rating Scales*) propostas, em 1963, por Di Mascio e colaboradores, do Massachusetts Mental Health Research Center.⁴ Estas escalas analisam 23 aspetos da experiência individual, cada um admitindo uma escolha entre 7 respostas possíveis, traduzindo graus ou intensidades desse parâmetro, havendo a possibilidade de marcação de pontos intermédios. Foram utilizadas as escalas e a lista de sintomas imediatamente antes e duas horas após a ingestão da psilocibina. Globalmente, a ação da droga traduziu-se numa variação, em média, de 2 graus, dos valores prévios de cada uma das 23 alíneas. Ocorreu uma concordância global entre a escala subjetiva (do voluntário) e a objetiva (do médico investigador), com as seguintes reservas: os voluntários admitiram, com dificuldade, perturbações do autodomínio ou efeitos desagradáveis da droga, como seja a ansiedade; os observadores encontraram dificuldade em avaliar com objetividade os sentimentos dos voluntários em relação a eles, tendendo a considerá-los mais agressivos do que eles se reconhecem. Os investigadores encontraram concordância na sua escala entre a aparência e o estado real do indivíduo (sinceridade). Só houve dissimulação nítida nos casos em que surgiu uma reação ansiosa intensa.

Em seguida, particularizam-se os resultados ao nível de diferentes estruturas:

FUNÇÕES BÁSICAS	
Vigília	Sob a ação da droga, todos os indivíduos se sentiram mais sonolentos e entorpecidos.
Corporalidade	Os movimentos tenderam a tornar-se mais desajeitados e inadequados, embora os voluntários sentissem como mais fácil a possibilidade de executar ações. A experiência tanto trouxe fadiga (4 casos) como plenitude energética (4 casos). Durante a ação da droga todos referiram aparecimento ou acentuação de cefaleia, fraqueza generalizada, tonturas, peso nas extremidades e dificuldade na marcha. 5 registaram hiperacusia; 3 alterações da visão e 2 congestão de face e necessidade imperiosa de movimento.
Fundo endotímico-vital	De um modo geral a experiência acarretou uma sensação de felicidade que pôde chegar ao êxtase, transformando a apreensão inicial em confiança, aumentando os sentimentos de fraternidade e favorecendo a gama de expressão afetiva.
ESTRUTURAÇÃO GLOBALIZANTE	
Relações Eu- mundo	A droga ocasionou, com constância, um desinteresse pelas coisas que rodeavam o voluntário, lisando uma hiperreatividade inicial.
SUPERESTRUTURAS	
Ideação	Os processos do pensamento e a leitura tornaram-se, progressivamente, mais lentos e difíceis. Embora alguns voluntários tenham sentido um rápido fluir de ideias, o observador notou, em todos os casos, uma diminuição na compreensão do que lhes disse.
Autodomínio	Tanto os observadores como os voluntários acharam que a capacidade de autodomínio estaria diminuída, pensando os observadores que seriam mais extrema do que os últimos admitiam.
Atitude perante a experiência	A maioria dos voluntários concordou que a droga ocasionara efeitos marcados e, manifestando considerável interesse pelo que se passaria dentro de si, consideravam a experiência como tendo sido, globalmente, agradável, e mesmo deleitável. Os voluntários nº5 e 9 responderam em sentido inverso. Acharam a experiência desagradável e, quanto à ação da droga e ao interesse pelo que se passou dentro deles, registaram graus inferiores aos dos outros voluntários.

Tabela 3 – Principais resultados da aplicação das escalas de intensidade de sintomas.

A prova da isquemia

Inicialmente aplicada por Barahona Fernandes, em 1953, na procura do grau de ansiedade, latente e patente dos neuróticos, a Prova da Isquemia é de uma técnica muito simples: coloca-se a braçadeira do esfigmomanómetro de mercúrio no braço do paciente e depois de determinada a tensão sistólica mantém-se a pressão na braçadeira a um nível superior em 3 cm de Hg ao valor encontrado. Analisa-se então o comportamento do indivíduo perante esta situação, registando-se os relatos referentes ao que se está a passar no braço. Investiga-se a tonalidade afetiva do que ele sente não só a jusante da braçadeira como também no resto do corpo. Ao fim de três minutos deixa-se escapar o ar com rapidez, e toma-se nota das sensações descritas e do tempo levado pelo braço a recuperar completamente. Classificam-se depois as respostas obtidas, numa escala de ansiedade com oito graus, toma-se nota do tempo decorrido até ao aparecimento da resposta mais ansiosa e classificam-se também de 0 a 8 as respostas concordantes e discordantes.

Neste estudo, a aplicação de uma análise de correlação estatística não paramétrica (*Wilcoxon's sign rank test*) confirmou que tanto para os “voluntários normais” como para os psicóticos não existiram alterações significativas. O carácter aleatório deste resultado levou-os a concluir que, nas condições em que foi aplicada e interpretada, a prova da isquemia não revelou alterações na evolução da ansiedade.

A pintura sob ação da psilocibina

Muitas das vivências motivadas pelos psicadélicos são intransmissíveis ao observador. Por vezes, existirá uma oposição ou desinteresse do voluntário em comunicar com ele, mas fundamental trata-se de uma real incapacidade para encontrar vocábulos expressivos e adequados àquilo que encontra de revolucionariamente diferente – é, verdadeiramente, uma experiência inefável. Mayer-Gross terá sido o primeiro psiquiatra a lembrar-se, em 1926, de obter desenhos retrospectivos da experiência mescalínica. *Berlin et. al* (1955) estudaram também os efeitos da mescalina e do LSD em quatro pintores profissionais ingleses, concluindo que, embora produzissem uma perturbação nas funções integrativas mais elevadas, facilitariam a criação de obras de arte de maior valor estético.⁵

Tendo em conta isto, os autores acharam que a expressão pictórica poderia ajudá-los a compreender as experiências dos voluntários, embora fosse praticamente impossível transmitir, pictoricamente, as alucinações no momento em que os indivíduos as experienciavam, embora muitas vezes também dificultadas pelas próprias perturbações motoras.

Os voluntários começavam a pintar imediatamente após a ingestão da psilocibina. Até aos 20-30 minutos, o modo de pintar e o comportamento dos indivíduos pouco divergiam do observado em sessões previamente realizadas. Por essa altura, momento em que eram notadas as primeiras perturbações, ocorria uma fase típica de perplexidade, com hesitação diante da obra iniciada, verificando-se uma maior lentidão na execução, resultando no desinteresse pela tarefa. Assim, começaria a esboçar-se uma modificação do estilo, que derivava de uma impossibilidade de utilizar a sua técnica habitual. Os movimentos tornavam-se desajeitados (dismetria, assinergia), o esquema corporal alterado e ocorriam perturbações na perceção do mundo exterior. O que lhes surgia no papel não correspondia ao que conceberiam, o que mais lhes aumentava a perplexidade. Por fim, acabavam submergidos pela rápida progressão do quadro somato-psíquico. Tudo o que havia ficado para trás deixaria de lhes interessar, aderindo inteiramente a um novo estilo e nova técnica. Surgiam então pormenores despropositados, efeitos de transparência, sobreposições e utilização de perspectivas múltiplas e traços ondulados de cor pura., tornando-se a execução da obra muitíssimo mais rápida.



Figura 2 – Exemplos de pinturas – “voluntários normais”



Figura 3 – Exemplos de pinturas – psicóticos

Os autores confirmaram a existência de numerosos pontos de contacto com a pintura de doentes com esquizofrenia. Observava-se idêntico paralelismo caracterial: fragmentação, discordância, simplificação, rarefação e sinais de realismo intelectual (rebatimento, transparência, omissão, destacamento, adjunção de elementos, desordenação). Este último fator aproxima-as também das artes primitiva e infantil. Divergiam da arte esquizofrénica, fundamentalmente, na ausência de simbolismo e estereotipia, e na complexidade do parâmetro movimento. Este último ponto levou-nos a compará-las com a pintura dos maníacos, onde se observa igual complexidade do arabesco, uso de cores puras e vivas, adjunção de pormenores inusitados, pouca limpeza, pintura fora do papel e desinteresse pelo acabamento. Isto não os surpreendera dada a existência, em ambos os casos, de expansão das tendências lúdicas, de fuga de ideias e de incapacidade em fixar a atenção. Poder-se-ia dizer que do quadro da psicose psicocibínica faz parte uma síndrome maniforme.

Estudos eletro-neurofisiológicos

Os autores procuraram realizar um estudo dos potenciais corticais evocados com estímulos sensoriais sob a ação da psilocibina, utilizando estímulos sensoriais visuais, acústicos e tácteis sub-nocioceptivos, que eram aplicados quer separadamente, quer em combinação. No primeiro caso, sucediam-se de modo intermitente, com uma duração, intensidade e latência pré-determinadas no estimulador universal. Quando combinados, um dos estímulos era tornado contínuo, e o outro intermitente. Só se combinaram estímulos visuais e acústicos.

Na aplicação dos estímulos, seguia-se um protocolo relativamente constante. Começava-se pelos estímulos visuais não significativos, isto é, luz pura intermitente; passava-se aos visuais significativos, neste caso a projeção intermitente de uma paisagem, numa chapa de vidro fosco, colocada entre o indivíduo em estudo e a fonte luminosa. Repetiam então, em sucessão, os dois tipos de estimulação visual, mas desta vez acompanhando-os por um estímulo acústico - ruído contínuo. Mudavam depois para os estímulos acústicos separados - ruído puro intermitente. Prosseguiam juntando-lhe os estímulos luminosos não-significativo e significativo, mas estes agora de um modo contínuo. Em alguns casos terminávamos a série com estímulos tácteis sub-nocioceptivos, aplicados ou no polegar ou no punho direito, sobre o nervo mediano.

Nos voluntários nº10 e nº14, a estimulação visual, depois da ingestão da droga, induziu o aparecimento das alucinações típicas da psilocibina, que surgem habitualmente de um modo espontâneo. Dois voluntários (nº10 e nº11) apresentaram alucinações visuais complexas e dois outros (nº7 e nº9) referiram visões coloridas com os olhos fechados. Nalguns ensaios conseguiu-se obter potenciais corticais evocados por estímulos tácteis sub-nocioceptivos. Não se pôde, no entanto, afirmar com segurança que a psilocibina provocasse alterações neste tipo de potenciais. Não pareceu, também, ser possível estabelecer uma relação entre a dose de psilocibina ministrada e as perturbações observadas nos traçados, tendo também ficado por estudar o papel desempenhado na génese das alucinações pelas perturbações da consciência, estado emocional e pensamento, que fazem parte integrante da ação da droga. Os autores concluíram que a psilocibina ocasionava uma modificação complexa, com reorganização e modificação das características dos potenciais evocados. Tal seria de prever se de facto existisse no córtex cerebral uma organização antagonista facilitadora-inibidora, como os fenómenos do “arousal”, do sono e dos reflexos condicionados deixariam conceber.

Principais conclusões do estudo

Se é real a possibilidade de comparação, em alguns dos sistemas psíquicos afetados, entre a psicose experimental pela psilocibina e a psicose esquizofrénica, essa semelhança é, no entanto, fragmentária e de importância secundária, pois que nunca se observaram os sintomas de esquizofrenia de primeira ordem de Kurt Schneider. Nunca ocorreu a sonorização do pensar, fenómenos de transmissão e influenciamento, fenómenos de eco ou comentário alucinatório dos atos. As alucinações foram predominantemente visuais e possuíam riqueza, plasticidade, carácter fantástico e irreal, que não aparecem na esquizofrenia. Nesta, são muito mais frequentes as alucinações auditivas e cenestésicas; quando visuais, são pobres de imagética e adquirem um carácter auto-referencial que nunca se observa na psicose psilocibínica. Também, enquanto as pseudo-percepções do psilocibinado contribuem fundamentalmente para a sua despersonalização, na esquizofrenia desempenham papel secundário. O psilocibinado vive esse mundo fantástico como algo de externo e, embora se possa sentir ameaçado pela sua invasão, sabe que ele é irreal e devido a uma droga que tomou. Mantém, ainda, dentro de certos limites, os seus afetos, a sua vontade, a sua capacidade de juízo crítico e a própria consciência moral, o que muitas vezes não sucede na esquizofrenia.

Tendo em conta os objetivos a que se propuseram, os autores acabaram por destacar as seguintes conclusões do seu estudo:

- A psilocibina atuou em **todos os níveis e estruturas da Personalidade**.
- A modificação foi mais profunda e intensa nas **funções centrais da Personalidade**, emergindo **novas relações Eu-mundo** e **diferente organização da Pessoa**. Ocuparam, também, lugar primacial as alterações do fundo endotímico-vital.
- A **personalidade prévia** do voluntário apresentava grande importância no tipo de reação à droga. Assim, enquanto os indivíduos esquizotímicos tendiam a revelar-se autistas, os ciclotímicos surgiam hipomaniacos.

-Existiram diferenças, no modo como reagem à psilocibina, entre os “voluntários normais” e os psicóticos. Enquanto **ao nível da corporalidade as perturbações foram semelhantes e de igual intensidade, nos outros níveis foram muito menores as alterações encontradas nos psicóticos.**

-Embora os psicóticos apresentassem acentuação de alguns rasgos da sua doença, **a psilocibina não pareceu ocasionar uma verdadeira exacerbação global da psicose.** Motivou, sim, a sobreposição de um quadro psicótico, de novo tipo, à doença pré-existente.

-A psicose motivada pela psilocibina **não pareceu que pudesse constituir um “modelo” para a psicose esquizofrénica**, ao inverso do que vários autores pretendiam. Poderia servir, outrossim, para as psicoses tóxicas de tipo exógeno.

“The war on drugs” e o final da investigação científica

Anos após este ensaio clínico – ímpar em Portugal –, a disseminação do uso de psicadélicos para os agentes da contracultura dos anos 60, tonaria a utilização destas substâncias amplamente reprimida. Em 1968, a posse de LSD foi considerada ilegal nos Estados Unidos da América e, em 1971, Nixon declarou publicamente que o uso de drogas era o inimigo público número um do país.

Timothy Leary, neurocientista da Universidade de Harvard e uma figura central na ampliação do uso destas substâncias do contexto restrito dos ensaios clínicos e investigações laboratoriais para a população geral, foi, entretanto, transformado no bode expiatório do governo de Richard Nixon, tendo sido preso em 1972. Esta *war on drugs* teve efeitos não só no uso popular de substâncias psicadélicas, como também na investigação médica. Paralelamente à estigmatização pública do uso de substâncias psicadélicas, as substâncias psicadélicas foram classificadas como ‘schedule I’, no qual são incluídas substâncias com alto potencial de abuso e que não possuem qualquer uso médico aceite.

Assim permaneceram até ao virar do século.

Conclusão

“A Psicose Experimental pela Psilocibina - Estudo clínico-laboratorial em voluntários humanos” representa um marco histórico na investigação psiquiátrica portuguesa, tendo este estudo decorrido no contexto sociopolítico particularmente sensível do Estado Novo.

Mais de meio século depois, os psicadélicos voltam a despertar uma atenção científica a nível mundial, essencialmente centrado no seu uso concomitante a uma experiência psicoterapêutica devidamente regulamentada, apresentando resultados verdadeiramente promissores no tratamento de patologias como a perturbação de stress pós-traumático (MDMA) e depressão resistente ao tratamento (psilocibina).⁶ Devidamente acauteladas as variáveis culturais, legais e políticas que possam interferir com estes estudos, tem-se assistido a uma ponderada – mas não menos entusiasmante – “renascença psicadélica”.

Bibliografia

1. NUTT, D. J.; KING, L. A.; NICHOLS, D. E. — Effects of schedule i drug laws on neuroscience research and treatment innovation. *Nature reviews. Neuroscience*. 2013. 14(8) 577–585.
2. NICHOLS, D. E.; JOHNSON, M. W.; NICHOLS, C. D. — Psychedelics as medicines: an emerging new paradigm. *Clinical pharmacology and therapeutics*. 2017. 101(2) 209–219.
3. MAJIC, T.; SCHMIDT, T. T.; GALLINAT, J. — Peak experiences and the afterglow phenomenon: when and how do therapeutic effects of hallucinogens depend on psychedelic experiences? *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England). 2015. 29(3), 241–253.
4. DI MASCIO, A.; RINKEL, M.; LIEBERMAN, J. — Personality and psychotomimetic drugs. Third world congress of psychiatry, Montreal, Canada, 1961.

- 5.-BERLIN, L.; GUTHRIE, A.; WEIDER, A.; GOODEL, H.; WOLFF, H. G. — Studies in human cerebral function: the effects of mescaline and lisergic acid on cerebral processes pertinent to creative activity. *J. Nerv. Ment. Dis.* 122 :487 (1955).
- 6.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) 94-98.

ANOREXIA *MIRABILIS*: O CULTO DA FOME

Ana Isabel Samouco^{1*}; Afonso Homem de Matos^{1*}; Margarida Araújo^{1**};
Filipa Caetano^{1**}

^{*}Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

^{**}Hospital de Magalhães Lemos, EPE

¹Médica/o Interna/o de Formação Específica em Psiquiatria

Email: anaismouco@gmail.com

Resumo

A Anorexia *Mirabilis* corresponde à manutenção de uma dieta restrita (quase limitada à hóstia eucarística), aparentemente sem impacto vital, tendo por base motivações de ordem religiosa. Foi realizada uma revisão narrativa sobre o tema. Entre os exemplos mais mediáticos a que se associa este conceito, reporta-se o caso da beata Alexandrina de Balasar (1904-1955), em que o sofrimento físico resultante do jejum prolongado (equiparado ao de Jesus Cristo), a impressionante sobrevivência em contexto de inanição, assim como os votos de castidade (à imagem da Virgem Maria), constituíam evidências da conquista do mundano e aproximação ao divino. Com base nessa perspetiva foram, em muitos casos, elevadas a ícones religiosos, alvo de culto e revê- rência, superando assim a hierarquia patriarcal que dominava a Igreja católica. Esta conceptualização apresenta paralelismos com a anorexia nervosa, que pode entender-se também como forma de alcançar distinção e estatuto social.

Palavras-chave: anorexia nervosa; anorexia *Mirabilis*; santidade, Igreja, Alexandrina de Balasar

Abstract

Anorexia *Mirabilis* corresponds to the maintenance of a restrictive diet (limited to the Eucharist), apparently without physical consequences, based on religious motivations. A narrative review was performed on this topic. Among the most mediatic examples of Anorexia *Mirabilis*, it is reported the case of blessed Alexandrina de Balasar (1904-1955), whose physical suffering resulting from the prolonged fasting (compared to Jesus Christ), her impressive survival in the face of starvation, as well as her chastity votes (compared to the Virgin Mary), constituted evidence of her conquering of the mundane world and approximation to the divine qualities. In line with this, many medieval women with similar biographies were elevated to religious icons, to be revered and admired, thus overcoming the patriarchal hierarchy of the Catholic Church. Anorexia *Mirabilis* can be paralleled with Anorexia Nervosa, as both behaviours can be viewed as an attempt to achieve social status and distinction.

Introdução

A prática do Catolicismo e as orientações da Igreja Católica revestem-se de contradições, entre as quais se incluem conceitos como o corpo e o espírito, o pecado e a bênção, a morte e a ressurreição, o jejum e a eucaristia: tão válidas hoje como há 2.000 anos. A vida de acordo com as normas cristãs obedece a rituais e práticas ascetas, particularmente rígidas durante a época medieval. Durante esse período, várias mulheres e homens foram elevados ao estatuto de santos (talvez mais do que em qualquer outro momento histórico), pelas obras que realizaram à luz do ascetismo e abnegação. Nas mulheres, o caminho para a santidade passava frequentemente por promessas de castidade eterna, comportamentos de autoflagelação e prática de jejum extremo, numa vida de sofrimento equiparada à de Cristo. Em muitos destes

casos, a morte precoce por inanição foi o preço a pagar pela conquista de um lugar na imortalidade.

O jejum na religião católica

O papel da alimentação como forma de comunhão espiritual com Deus pode ser notado em escrituras bíblicas de há 2.000 anos, particularmente no Novo Testamento¹, nomeadamente pelo seu destaque em episódios significativos da vida de Jesus (exemplos: os milagres das bodas de Canaã e da multiplicação dos pães, a Última Ceia, etc.). Adicionalmente, a Eucaristia (na figura da hóstia, “o pão da vida”, representação literal e concreta do “corpo de Cristo”) configura-se como ritual de central importância na vida espiritual do cristão².

Contudo, apesar do realce dado na Bíblia à partilha de alimentos, a Gula é definida pelo Papa Gregório Magno (*Moralia In Job*, século VI) como um dos sete pecados capitais³: tentações e prazeres do corpo que prejudicam moralmente o cristão, e a que este deve renunciar. Nesta ótica, o jejum é contraposto à gula, e imposto pela Igreja como forma de penitência, alimento espiritual e aproximação do divino.

Efetivamente, a abstinência alimentar encontra-se perfeitamente enraizada na tradição religiosa, particularmente associada ao período da Quaresma e às sextas-feiras. Em Portugal, esta prática está regulada pelas normas emitidas na Conferência Episcopal em Julho de 1984⁴.

Anorexia Mirabilis: do jejum à santidade

A Anorexia *Mirabilis* (AM), também designada de Anorexia Sagrada ou Inédia Prodigiosa, teve maior expressão nos séculos XII a XVII, em plena Idade Média, com base em fundamentos e motivações de ordem religiosa e mística (Baxter, 2001; Bell, 1985; Brumberg, 2000). Esta corresponde à manutenção de uma restrição alimentar e líquida quase absolutas (com exceção da hóstia eucarística), mantida pelos indivíduos durante longos períodos (meses a décadas; tanto mais prolongado e extremo quanto maior a devoção e força de espírito), sem aparente impacto vital (Baxter, 2001; Bell, 1985; Brumberg, 2000). A esta prática, eram frequentemente associados outros comportamentos ascetas, nomeadamente a autoflagelação com cílios, compromisso perpétuo de castidade, restrição de sono, enclausuramento e silêncio prolongado, entre outros (Baxter, 2001; Bell, 1985; Brumberg, 2000). Estas práticas visavam a equiparação da vida destes indivíduos ao sofrimento e calvário de Cristo (*imitatio Christi*), já que uma vida verdadeiramente cristã implicava abnegação e renúncia absoluta a quaisquer prazeres e confortos físicos/materiais, objetivando a supremacia do espírito (divino) sobre as necessidades da carne/corpo (bestial). (Espi Forcen, 2015)

¹ Exemplos: “¹Então, foi conduzido Jesus pelo Espírito ao deserto, para ser tentado pelo diabo. ²E, tendo jejuado quarenta dias e quarenta noites, depois teve fome.” (Mateus 4:1-2); “⁶E, quando jejuardes, não vos mostreis contristados como os hipócritas, porque desfiguram o rosto, para que aos homens pareça que jejuam. Em verdade vos digo que já receberam o seu galardão. ¹⁷Porém tu, quando jejuares, unge a cabeça e lava o rosto, ¹⁸para não pareceres aos homens que jejuas, mas sim a teu Pai, que está oculto; e teu Pai, que vê o que está oculto, te recompensará.” (Mateus 6:16-18); “²¹Bem-aventurados vós, que agora tendes fome, porque sereis saciados.” (Lucas 6:21); “⁵⁴Todo aquele que come a minha carne e bebe o meu sangue tem a vida eterna, e eu o ressuscitarei no último dia. ⁵⁵Pois a minha carne é verdadeira comida e o meu sangue é verdadeira bebida. ⁵⁶Todo aquele que come a minha carne e bebe o meu sangue permanece em mim e eu nele. ⁵⁷Da mesma forma como o Pai que vive me enviou e eu vivo por causa do Pai, assim aquele que se alimenta de mim viverá por minha causa.” (João 6:54-57).

² “saboreai e vede como o Senhor é bom” (Salmos 34:8)

³ Para o Papa Gregório Magno (séc. VI), estes incluíam: soberba, avareza, ira, vaidade, preguiça, gula e luxúria.

⁴ Estas normas incentivam à prática de jejum e abstinência, afirmando que esta “penitência é uma expressão muito significativa da união dos cristãos ao mistério da Cruz de Cristo”. Algumas das normas estabelecidas então (e ainda válidas na atualidade) impõem aos fiéis que “o jejum e a abstinência são obrigatórios em Quarta-Feira de Cinzas e em Sexta-Feira Santa”, e que “a abstinência é obrigatória, no decurso do ano, em todas as sextas-feiras”.

Talvez o caso mais paradigmático de AM seja o de Santa Catarina de Siena (Itália, 1347-1380), reconhecida pela sua sobrevivência milagrosa apesar do jejum extremo que praticava¹. Santa Catarina alegava padecer de uma intolerância física inexplicável a todos os alimentos, exceto a hóstia eucarística, e considerava que esta lhe tinha sido imposta por Deus para expiação dos seus pecados através do sofrimento. Ao longo da sua vida, Santa Catarina recebeu visões de Cristo, com o qual comunicava regularmente e com quem veio a celebrar um “casamento místico” à idade de 21 anos². Além disso, recebeu os estigmas da crucificação de Jesus e terá ingerido o sangue das suas feridas, equiparando-se assim ao divino. Apesar de pobre e analfabeta, o seu estatuto místico aumentou também o seu estatuto social, e elevou-a a conselheira de papas e reis, tornando-se um ícone espiritual dos cristãos. Faleceu aos 33 anos de idade, por inanição, após 7 anos ininterruptos de jejum absoluto. (Bell, 1985; Espi Forcen, 2013; Harris, 2014; Sukkar, 2017)

À semelhança de Santa Catarina, muitas outras mulheres³ (e alguns homens) da Idade Média reportaram receber um chamamento divino para praticar o jejum e, por essa via, alcançar a santidade. Com efeito, as santas da Idade Média utilizavam-se do jejum e inanição como meio de alcançar a purificação e elevação do espírito, o encontro com Deus e a salvação de outras almas, num contínuo assemelhar-se ao Cristo sofredor (Bell, 1985; Bynum, 1987). Este dado é suportado pela análise do percurso biográfico de 172 santas italianas do século XVIII, das quais 42% mantinham práticas de jejum, constituindo este um modelo de santidade no feminino (Bell, 1985).

Pensa-se que a assimetria entre homens e mulheres na prática do jejum (altamente incomum em homens e bastante prevalente nas mulheres santas) poderá estar relacionada com o papel de género na sociedade de então, em que o patriarcado era vigente em todas as interações sociais (nomeadamente na Igreja). Nesta ótica, a restrição alimentar e o sofrimento “doméstico” constituiriam as únicas ferramentas acessíveis às mulheres medievais (cujo domínio se encerrava na cozinha⁴) como forma de expressão individual, autonomia, agência, controlo do próprio corpo e das suas circunstâncias, bem como de obter aceitação social, sucesso, notoriedade e respeito, doutro modo inalcançáveis. (Bell, 1985; Brumberg, 2000; Bynum, 1987; Espi Forcen, 2015)

Por outro lado, além das práticas ascetas, a generalidade destas mulheres mantinha uma relação de grande proximidade com Cristo, com relatos de visões e diálogos (muitos dos quais de teor erotizado) em que Jesus lhes fazia promessas de amor e salvação eterna. Este contacto direto com Deus, e o seu consequente papel como mensageiras da Sua palavra, levava-as a ultrapassar a necessidade imposta de recurso à estrutura clerical como intermediária do divino, e a poderem exercer uma influência na Igreja que doutra forma não lhes seria permitida. De facto, no seu percurso de santidade, estas mulheres adquiriam um enorme poder e estatuto social, tal que Papas e reis recorriam com frequência ao conselho das pobres “servas de Deus”. (Baxter, 2001; Espi Forcen, 2015)

Com a entrada do Renascimento na Europa, verificou-se um desaparecimento progressivo das práticas de restrição alimentar entre aspirantes à santidade, e da consideração da AM

¹ Aos 15 anos praticou pela primeira vez o jejum, como protesto contra o casamento e fuga à atenção masculina (em linha com o voto de virgindade e castidade perpétua feito com 7 anos de idade). Manteve, depois disso, uma dieta limitada a água e vegetais crus. Progressivamente, foi reduzindo o conteúdo ingerido, alegando problema de saúde como causa do seu jejum: sofria de gastralgias e vômitos após qualquer ingestão alimentar, à exceção da hóstia eucarística. (Bell, 1985)

² Segundo reportou então, o anel de noivado terá sido o prepúcio de Jesus Cristo, colocado no dedo da Santa pela própria Virgem Maria. (Bell, 1985)

³ Exemplos: Sta. Clara de Assis (Itália, 1194-1253); Sta. Catarina de Génova (Itália, 1447-1510); Beata Maria de Oignies (Bélgica, 1177-1213); Sta. Vilgeforte/Santa Liberata (Lusitânia, 119-139); Beata Columba de Rieti (Itália, 1467-1501); Teresa Neumann (Alemanha, 1898-1962); Sta. Gemma Galgani (Itália, 1878-1903); Sta. Maria Madalena de Pazzi (Itália, 1566-1607); Sta. Margarida de Cortona (Itália, 1247-1297); Angela de Foligno (Itália, 1248-1309); Sta. Veronica Giuliani (Itália, 1660-1727)

⁴ “Human beings can renounce, or deny themselves, only that which they control.” (Bynum, 1987)

como critério para a sua beatificação religiosa. (Baxter, 2001) Com efeito, o jejum extremo passou a ser visto pela Igreja como uma forma de heresia, com carácter socialmente perigoso (forma de obter atenção e estatuto) e de potencial inspiração Satânica. Ao invés, passaram a ser preferencialmente valorizadas pela Igreja a prática de ações caridosas, como o ensino e o cuidado de doentes. (Baxter, 2001) Esta mudança de paradigma é também refletida na análise biográfica das mulheres italianas santificadas nos séculos mais recentes: segundo Bell (1985), apenas 9% e 6% das santas dos séculos XIX e XX (respetivamente) apresentavam comportamentos de jejum extremo.

Neste âmbito, as mulheres entretanto identificadas com padrões de comportamento alimentar sobreponível com AM, passaram a ser encaradas como bizarras, e tornaram-se alvo de escrutínio atento da Igreja e classe médica, com o objetivo de desmistificar a causa da sua capacidade aparentemente sobrenatural de sobreviver sem qualquer alimento. Neste contexto, foram nos últimos séculos desmascaradas várias fraudes, casos de mulheres com alegada Inédia Prodígiosa, que se veio a descobrir consumirem pequenas quantidades de alimento em segredo (por exemplo, que lhes era passado por um beijo, ou embrulhado num guardanapo). Contudo, nem todas as prodígiosas jejuadoras foram desmotivadas do seu santo percurso: vários séculos passados desde a idade média e o famoso caso de Catarina de Siena, eis que surge numa remota aldeia rural Portuguesa o caso controverso da Beata Alexandrina Maria da Costa, a “santinha de Balasar”. (Baxter, 2001; Bhugra, 2013; Pearce, 2004)

O caso de Alexandrina de Balasar

Alexandrina Maria da Costa, nascida em 1905 no lugar do calvário, na freguesia de Balasar (Póvoa do Varzim), foi a segunda de duas filhas ilegítimas. Viveu sempre na mesma casa, com a mãe e a irmã mais velha (o pai terá emigrado e nunca esteve presente na sua vida), em situação de grande instabilidade socioeconómica (por vezes, sem recursos alimentares suficientes), facto que a forçou a abandonar precocemente os estudos (com a segunda classe) e a empregar-se. (Cabral, 1989; Pasquale, 1983)

Aos 14 anos de idade, numa tentativa de fugir a alegados agressores sexuais, que terão invadido a sua residência, alexandrina viu-se forçada a saltar da janela do segundo andar (onde se encontrava) de modo a preservar a sua castidade e pureza. Este gesto resultou em importantes consequências para a saúde da jovem: depois disso, foi assolada durante anos por dores intensas e dificuldades marcadas na mobilização, que levaram a incapacidade funcional progressiva e, finalmente, a total paralisia dos seus membros inferiores e restrição ao leito com 19 anos de idade. (Cabral, 1989; Pasquale, 1983)

Desde então, passou a contar com o auxílio permanente da sua irmã mais velha, que procurava mitigar todos os seus suplícios. Além disso, incapaz de se deslocar à igreja, foram feitas cedências pelo pároco local para que “a doentinha” recebesse a comunhão (e ocasionalmente a missa) no seu quarto. (Pasquale, 1983)

Foi também nesta altura que se estreitou a relação de Alexandrina com Jesus Cristo, que lhe aparecia em visões e com quem mantinha longas e íntimas conversas. Nestes diálogos, Jesus dizia a Alexandrina que a tinha escolhido pela sua humildade, para se tornar a mensageira de Deus no mundo, e conseguir a salvação das almas através do sofrimento e dores que corajosamente suportava. Emulando o próprio Cristo, alexandrina abraçou uma vida de sofrimento como forma de expiar os pecados da humanidade e alcançar a santidade¹. Entre as suas práticas mais comuns, “a doentinha” recorria à auto-flagelação, usando um lenço com pequenas bolas de cera na extremidade para se ferir, ou puxando o cabelo entrançado à cabeceira da cama. (Pasquale, 1983)

¹ “Que as bênçãos do Céu desçam sobre mim e nada terei que temer. Serei santa: são esses os meus mais ardentes desejos. (...) Jesus, imolai-me convosco a cada momento no altar do sacrifício, ofereci-me convosco ao Eterno Pai pelas mesmas intenções que Vós mesmo Vos ofereceis.”, 1930 (Pasquale, 1983)

Com o passar dos anos, mesmo paralisada e restrita ao leito, Alexandrina mantinha uma vida interior muito ativa, permanecendo em constante oração, ou em complexos diálogos com Cristo, durante os quais ele a enaltecia e lhe fazia promessas de salvação eterna. Mais ainda, segundo o relato da beata, pode perceber-se existir da parte desta uma erotização do discurso e imagem de Cristo¹, com o qual se terá inclusive unido em casamento místico no decurso de uma das suas visões. (pasquale, 1983)

Aos 33 anos de idade² (1938), a ligação de Alexandrina a Jesus tornou-se ainda mais íntima, e o seu sofrimento aproximou-se ainda mais daquele vivido por ele. Entre 1938 e 1955 (ano da sua morte) a beata submeteu-se servilmente ao fenómeno da paixão de Jesus, que vivenciou em corpo e alma (Cabral, 1989; Pasquale, 1983). Durante os 17 anos em que durou este calvário, alexandrina “revivia, umas atrás das outras, as várias fases da paixão, desde a agonia no horto até à morte na cruz, em estado de êxtase. Os seus sentimentos e as suas reações às dores exteriorizavam-se através de atitudes, gestos, expressões do rosto e do corpo todo, facilmente interpretáveis por quem podia assistir ao fenómeno.” (Pasquale, 1983). Curiosamente, embora há vários anos paralisada, nestas ocasiões alexandrina era possuída por uma força divina que lhe permitia levantar-se, ajoelhar-se, contorcer-se e arrastar-se pelo chão, como se não sofresse de qualquer limitação motora. A este propósito, foi visitada pelo dr. Elísio de Moura, ilustre psiquiatra de então, que após analisar a doente e observar os seus êxtases, afirmou categoricamente tratar-se de um caso de “fraude e auto-sugestão”³. Este diagnóstico foi rejeitado pelo confessor da doente: “é de notar que o dr. Elísio de Moura, católico, o melhor psiquiatra português, mas não sabe nada de fenómenos místicos, como múltiplas vezes mo confessou, nem está disposto a admiti-los” (pasquale, 1983).

A 27 de março de 1942 (com 36 anos) a beata foi atormentada por uma misteriosa doença que a impedia de ingerir “alimentos mundanos” (sob pena de ficar com náuseas, vômitos ou gastralgias), pelo que passou a sustentar-se exclusivamente com a toma diária da hóstia eucarística^{4,5}. Nos anos que se seguiram, o caso de alexandrina tornou-se mediático e a beata foi elevada à celebridade. A sua resistência e boa-disposição, mantidas apesar do jejum extremo, foram alvo de curiosidade pelo povo, pela igreja e pela comunidade médica, que procuraram esclarecer se este mistério tinha explicação divina. Para isso, entre 10 de junho e 20 de julho de 1943, Alexandrina foi colocada sob a vigilância apertada de uma equipa de médicos e enfermeiros, da qual se concluiu que “a ciência não pode explicar naturalmente o

¹ Exemplo: “Nela crescia, nela sofria, mas sempre com sorriso e bondade, com os Seus olhares encantadores e atraentes. Assim O vi e senti dentro em mim, a sofrer em mim e comigo.” (Pasquale, 1983)

² A idade com que Jesus Cristo terá sido levado ao Calvário e crucificado.

³ “No dia 26 de Dezembro de 1938, fui visitada e examinada pelo Sr. Dr. Elísio de Moura, que me tratou cruelmente, tentando sentar-me numa cadeira com toda a violência. Como nada conseguisse, atirou-me para cima da cama, fazendo experiências que me fizeram sofrer horivelmente. Tapou-me a boca, atirou-me contra a parede, fazendo-me dar uma forte pancada. Vendo-me quase desmaiada, disse-me: — Ó minha Joanhinha, não percas os sentidos.

Sem querer, chorei, mas as minhas lágrimas ofereci-as a Jesus com os meus sofrimentos que foram muitos.” (Pasquale, 1983)

⁴ “É o anjo de sempre a seguir firmemente a missão que Deus lhe marcou para nosso bem. A sua alimentação desde Março de 1942 Sexta-feira das Dores de Nossa Senhora — até fins de Maio do mesmo ano, consistiu em beber a meia manhã e a meia tarde, umas colherinhas de água com sal, sendo essa água fervida com um fiozinho de azeite, havendo porém nesse espaço de tempo um ou outro dia em que nada bebia. De Junho de 1942 até hoje (isto é, nove meses) nada pôde engolir (sem que esteja aflita até vomitar o que engoliu), a não ser a própria saliva, a sagrada Hóstia e algumas gotinhas de água simples. A isto — se quisermos ser lógicos e conscientes, temos de chamar, embora respeitando a decisão da Igreja, milagre de Deus.” (Dr. Manuel Augusto de Azevedo, médico assistente, a 02-02-1943) (Pasquale, 1983)

⁵ “A 7 de Dezembro de 1946, ouviu de Nosso Senhor: «Não te alimentarás jamais na Terra. O teu alimento é a minha Carne; o teu sangue é o meu Sangue divino; a tua vida é a minha Vida, de Mim a recebes, quando te bafejo e acalento, quando uno ao teu o Meu Coração.»” (Pasquale, 1983)

que nesse exame se registou” (relatório médico, 26-07-1943)¹. Assim, tornou-se claro para a igreja tratar-se de um extraordinário caso de *am*, e a devoção à doente ganhou força adicional. Alexandrina manteve estas práticas até à inanição e morte, a 13 de outubro de 1955 (dia de aniversário das aparições de nossa senhora em fátima). (Pasquale, 1983)

Em pleno século XX, passados 6 séculos do enigmático caso de Santa Catarina de Siena e num contexto diametralmente oposto, alexandrina seguiu as pisadas e o exemplo da santa, conseguindo através da fé ascender além dos limites que o seu contexto e circunstâncias ditariam: alcançou estatuto social pela sua autoridade espiritual (Bhugra, 2013). A sua voz chegou também ao vaticano e ao papa joão paulo ii, que a 25 de abril de 2004 beatificou alexandrina, imortalizando-a aos olhos da Igreja. (Pasquale, 1983)

Da Anorexia Mirabilis à Anorexia Nervosa

As semelhanças na apresentação da AM e Anorexia Nervosa (AN) (Tabela 1) têm levado alguns autores a colocar a hipótese de estas constituírem a expressão da mesma entidade clínica em diferentes períodos temporais. Esta ideia é reforçada pelo facto de haver uma aparente janela histórica da expressão da AM (praticamente limitada ao período medieval) e pelo desenvolvimento relativamente recente do conceito de AN, sugerindo que esta possa ser uma nova designação para a mesma problemática². Nesta ótica, o elemento de distinção entre os quadros seria apenas o contexto sociocultural e histórico em que a mulher procura obter controlo sobre a sua vida e as suas circunstâncias: no século XX, é socialmente valorizada a perfeição corporal, alcançada pela magreza e auto-controlo; em contrapartida, na sociedade Cristã medieval era valorizada a superioridade espiritual, pelo ascetismo e abnegação material (Bell, 1985). (Lacey, 1982; Pearce, 2004; Rampling, 1985; Russell, 1989; Sukkar, 2017)

Tabela 1. Aspetos comparativos entre a Anorexia *Mirabilis* e a Anorexia Nervosa

Anorexia <i>Mirabilis</i>	Anorexia Nervosa
Restrição alimentar “voluntária”, em busca de um ideal culturalmente aceitável: perfeição espiritual/moral ou física	
Personalidade com traços de perfeccionismo, introversão e tendência ao isolamento	
Forma de conseguir autonomia e controlo sobre as próprias circunstâncias (no caso, o corpo)	
Associação elevada com comportamentos auto-lesivos	
Hiperatividade física e investimento na alimentação dos outros	
Início geralmente na puberdade, com maior prevalência em adolescentes e jovens adultos	
Muito mais comum no sexo feminino vs. masculino	
Forma culturalmente aceite de ascetismo Cristão	Quadro patológico, a carecer de tratamento

No entanto, apesar destes paralelismos, as duas entidades diferem significativamente nas motivações e crenças que lhes estão subjacentes. De facto, não parecem estar presentes nas mulheres com AM uma visão distorcida da sua imagem corporal ou o receio intenso de aumentar de peso, aspetos atualmente considerados como critérios para diagnóstico de AN.

¹ “É absolutamente certo que durante 40 dias em que a Alexandrina esteve internada no “Refúgio» não comeu nem bebeu, nem urinou, nem defecou”. (...) pela sua importância fundamental de ordem biológica, tais a duração da abstinência de líquidos e anúria, nos tornam suspensos, aguardando que uma explicação faça a necessária luz” (Dr. H. Gomes de Araújo, médico neurologista, diretor do Refúgio da Paralisia Infantil no Porto) (Pasquale, 1983)

² “What we now see as a disease produced by a complex inter-play of emotional, social, family and existential dynamics was viewed in premedieval Europe as a miracle” (Lacey, 1982)

Em contraste, na AM a cognição centrava-se aparentemente na crença da gula como pecado, e da obrigatoriedade religiosa do cumprimento de práticas ascetas e de penitência. Assim, ao invés de uma forma não diagnosticada de AN, os comportamentos de inédia nas mulheres medievais podiam simplesmente constituir uma forma legítima de auto-expressão. (Lacey, 1982; Rampling, 1985; Russell, 1989; Sukkar, 2017)

Apesar disso, alguns autores sugerem que os casos de AM poderiam eventualmente partilhar alguma vulnerabilidade genética com a AN, e que mediasse a expressão do quadro (Sukkar, 2017). A ressalvar, contudo, que a avaliação retrospectiva do percurso das Santas medievais, baseada em registos pessoais e romantizados, não permite a definição de diagnósticos definitivos, ou mesmo a caracterização objetiva das cognições e comportamentos das mesmas. Assim, o mais provável é que a AM continue a ser no futuro o mistério que a definiu no passado.

Conclusões

A alimentação é central para a vida (nutrição) e para experiência humanas (preparação, ingestão, partilha, recusa, etc.), revestindo-se de profundo valor simbólico, enraizado na história e tradições.

Em retrospectiva, não é possível estabelecer diagnósticos definitivos de anorexia nervosa nas religiosas medievais com regimes alimentares restritivos. Apesar disso, são aparentes elementos comuns na apresentação de ambos os quadros: jejum como forma de alcançar independência, afirmação pessoal, autocontrolo e superação/transcendência/espiritualidade. A principal diferença deriva das motivações subjacentes a cada entidade: “alcançar a santidade” vs. “medo de engordar”.

Apesar da distância histórica e das imensas mudanças sociais no percurso da humanidade nos últimos séculos, é possível encontrar pontos de grande proximidade com a vida moderna (ex. descritos casos recentes de motivações religiosas e ascéticas na base de comportamentos alimentares disfuncionais), pelo que é importante considerar o contexto sociocultural e histórico na narrativa pessoal de cada caso.

Fontes e bibliografia final

Os dias de penitência. <http://www.conferenciaepiscopal.pt/v1/os-dias-de-penitencia/>. Accessed in January, 2021

Site dos Amigos da Beata Alexandrina. <http://alexandrina.balasar.free.fr>. Accessed in January, 2021

BAXTER, Helen - Religion and eating disorder. *European Eating Disorders Review*. Vol. 9. n.º 2 (2001) 137-139.

BELL, Rudolph M. - *Holy anorexia*. Chicago : University of Chicago Press, 1985., 1985.

BHUGRA, Dinesh - *Psychiatry and Religion: Context, Consensus and Controversies*. 1st Ed. Routledge, 2013.

BRUMBERG, Joan Jacobs - *Fasting girls : the history of anorexia nervosa*. New York: Vintage Books, 2000.

BYNUM, Caroline Walker - *Holy Feast and Holy Fast The Religious Significance of Food to Medieval Women*. University of California Press, 1987.

CABRAL, João de Pina - *Filhos de Adão, filhas de Eva*. 1989.

ESPI FORCEN, F. - Anorexia mirabilis: the practice of fasting by Saint Catherine of Siena in the late Middle

Ages. *Am J Psychiatry*. Vol. 170. n.º 4 (2013) 370-371.

ESPI FORCEN, F.; ESPI FORCEN, C. - The Practice of Holy Fasting in the Late Middle Ages: A Psychiatric

Approach. *J Nerv Ment Dis*. Vol. 203. n.º 8 (2015) 650-653.

HARRIS, J. C. - Anorexia nervosa and anorexia mirabilis: Miss K. R--and St Catherine Of Siena. *JAMA Psychiatry*. Vol. 71. n.º 11 (2014) 1212-3.

LACEY, J. H. - Anorexia nervosa and a bearded female saint. *Br Med J (Clin Res Ed)*. Vol. 285. n.º 6357 (1982). p. 1816-7.

PASQUALE, Pe. Humberto M. - *Sob o Céu de Balasar*. Edições Salesianas, 1983.

PEARCE, J. M. - Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *Eur Neurol*. Vol. 52. n.º 4 (2004) 191-192.

RAMPLING, David - Ascetic ideals and anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 19. n.º 2-3 (1985) 89-94.

RUSSELL, G. F.; TREASURE, J. - The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed. *Ann N Y Acad Sci*. Vol. 575. (1989) 13-27; discussion 27-30.

SUKKAR, Isabella; GAGAN, Madeleine; KEALY-BATEMAN, Warren - The 14th century religious women Margery Kempe and Catherine of Siena can still teach us lessons about eating disorders today. *Journal of Eating Disorders*. Vol. 5. n.º 1 (2017).

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ANOREXIA NERVOSA: DA DEVOÇÃO RELIGIOSA À DOENÇA MENTAL

Rita Leite*; Paulo Macedo*; Tiago Santos**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Baixo Vouga

*Médico, Interno de Formação Específica em Psiquiatria

**Médico, Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria

Medical doctor, specialist in Psychiatry

Emails: rita.almeidaleite3@gmail.com; pauloapvm@gmail.com; tiagoazevsantos@gmail.com

Resumo

A história da anorexia nervosa remonta à Idade Média. Atualmente, constitui uma doença de curso potencialmente crónico, de enorme gravidade, com elevadas taxas de mortalidade e consequências a nível físico, psíquico e social.

Os autores deste trabalho pretendem apresentar a evolução histórica e do conceito desta patologia, através de uma revisão da literatura sobre os discursos dominantes sobre a anorexia nervosa da Idade Média à atualidade.

Durante séculos, predominaram narrativas individuais de abstenção voluntária da ingestão alimentar, mais vulgarmente conhecida por jejum, como prática religiosa de forma a alcançar a santidade. Posteriormente, na era do pensamento médico, as anoréticas passaram de heroínas devotas a vítimas de uma doença mental. Mais tarde, com os movimentos da antipsiquiatria, emergiram novas narrativas com perspectivas culpabilizantes dos familiares e suas influências nocivas. Atualmente, surgem narrativas de anoréticas e famílias competentes, capazes de superar o problema com orientação. Este trabalho reflete a multiplicidade de leituras e suas implicações na anorexia nervosa.

Palavras-chave: anorexia, história, mirabilis, doença mental

Abstract

The history of anorexia nervosa goes back to the Middle Ages. Currently, it constitutes a potentially chronic disease, of great severity, with high mortality rates and consequences at the physical, psychological and social levels.

The authors of this paper intend to present the historical evolution and the concept of this pathology, through a review of the literature on the dominant discourses on anorexia nervosa from the Middle Ages to the present.

For centuries, individual narratives of voluntary abstinence from food intake, more commonly known as fasting, predominated as a religious practice in order to achieve holiness. Later, in the age of medical thought, anorectics went from devout heroines to victims of mental illness. Later, with the movements of antipsychiatry, new narratives emerged with blaming theories of family members and their harmful influences. Currently, there are narratives of anorectics and their competent families, being able to overcome the problem with guidance. This work reflects the multiplicity of readings and their implications for anorexia nervosa.

Key Words: anorexia, history, mirabilis, mental disorder

Introdução

A anorexia nervosa atualmente constitui uma doença de curso potencialmente crónico, de enorme gravidade, com elevadas taxas de mortalidade e consequências a nível físico, psíquico e social. A história da anorexia nervosa remonta à Idade Média. Ao longo dos tempos, as diferentes leituras do fenómeno da anorexia nervosa têm-se baseado em diferentes pressupostos, que derivam dos discursos sociais dominantes, vigentes na época em questão. Os autores deste trabalho pretendem apresentar a evolução histórica do conceito desta patologia, através de uma revisão da literatura sobre os discursos dominantes, desde a Idade Média até à atualidade.

Esta revisão divide-se em dois momentos fundamentais: primeiro, a evolução do construto a nível individual, a partir de uma revisão das narrativas individuais de jejum como prática religiosa de forma a alcançar a santidade, até à emergência do pensamento médico, em que as anoréticas passam de heroínas devotas a vítimas de uma doença mental; e em segundo, a evolução do construto a nível familiar, a partir de uma revisão do paradigma sistémico e familiar.

Idade Média

Ao longo da história e durante séculos, a abstenção voluntária da ingestão alimentar, mais vulgarmente conhecida por jejum, fazia parte da prática religiosa com forma de alcançar a santidade, não sendo vista como um fenómeno patológico.

No início da Idade Média, numa época em que a gula se tinha convertido num dos sete pecados capitais, a leitura deste fenómeno é povoada de histórias de santas muito devotas à religião, que com os seus jejuns autoinfligidos perseguiram um ideal de purificação e de comunhão com Deus. Foi assim que surgiu o fenómeno da anorexia mística, anorexia *mirabilis* ou anorexia santa, descrito por vários historiadores, tal como Bell, em 1985, seguido por quase exclusivamente mulheres, que se reduziam à inanição, às vezes até o limite da morte, em nome de Deus.

Segundo a literatura, foram sendo descritas de um modo místico e heróico, várias santas anoréticas, nomeadamente a **Santa Liduína**, devota católica que se alimentou durante anos com apenas um pedaço de maçã por dia, vindo a falecer aos 53 anos de idade, e a **Santa Wilgefortis**, também conhecida como Santa Liberata, que fazia longos jejuns e vomitava o que era obrigada a ingerir, deixando-se praticamente morrer à fome.

A verdadeira época da atual denominada anorexia *mirabilis* parece ter-se iniciado com Catarina Bennicasa, nascida a 1347, mais tarde conhecida como **Santa Catarina de Siena**. Fez um voto de castidade ainda quando era criança, após a morte da irmã, parturiente, e diante de projetos futuros de casar com o cunhado, iniciou práticas de restrição alimentar, comportamentos autolesivos como o autoflagelo, e preces intensas, com apenas 15 anos de idade. Mais tarde, foi canonizada pela Igreja Católica. Esta santa ingeria apenas um molho feito à base de pequenas ervas, e a comunhão da Eucaristia diária era, muitas vezes, a sua única refeição, recorrendo ao vômito para eliminar alimentos ingeridos contra a sua vontade, acabando por falecer aos 32 anos. Segundo o seu confessor, e, posteriormente, biógrafo de Catarina, Raimundo de Cápuia, este registou que “era um grande sofrimento para ela comer, mais do que seria para um faminto ficar sem comida”.

Santa Rosa de Lima, seguindo o modelo de Santa Catarina de Siena, foi a primeira santa latino-americana a ser canonizada, dedicando-se ao isolamento e oração, aplicando-se severas penitências começando pelo corte do seu bonito cabelo, submetendo as suas mãos a trabalhos penosos, aguentando o martírio de repousar numa cama construída por ela de vidro picado, pedras e espinhos. Dedicou toda a vida a Deus, ao invés de contrair matrimónio como vontade dos seus pais.

Estes e muitos outros registos de histórias de santas jejuadoras estão descritos na literatura. Rudolf Bell identificou 260 jovens santas italianas, desde o século XIII capazes de

suprimirem as suas necessidades básicas, como a fome, mas também o impulso sexual, cansaço e dor, de forma a libertarem o seu corpo e alcançarem uma espiritualidade superior.

Renascimento

A ideia de atingir a santidade através do jejum não tardou a ser colocada em questão. Com a transição da Idade Média para o Renascimento, ocorre uma mudança na interpretação deste fenómeno, sendo que por volta do século XVI passou a ser considerado fruto de uma possessão demoníaca, sendo desencorajada pela Igreja.

Numa era marcada pela transição em relação às estruturas medievais, para o desenvolvimento das artes, filosofia e ciência, surge o primeiro relato médico do quadro, conduzido por um médico inglês, Richard Morton (1664), que descreve uma jovem “consumida pelo seu estado nervoso” (*nervous consumption*), realçando o papel patogénico das emoções na anorexia. Verificou que, apesar destas pacientes preservarem as suas capacidades mentais ao longo do curso da doença, apresentavam-se indiferentes face ao seu estado debilitado.

Revolução

Numa época em que assistimos a uma revolução industrial, política e formação dos tempos modernos, o corpo passa a ser uma questão da ciência médica e não da alma. Um médico prestigiado, Fowler, observando uma paciente em plena Inglaterra puritana, em 1867, que deixa de se alimentar, de urinar e defecar e torna-se, para os mais devotos, um ser absolutamente puro, que todos querem ver em Gales, declara que não se trata de uma santa, mas de uma histérica, não entendida como doença, mas como uma espécie de perversão moral. Posteriormente, outros autores descreveram este fenómeno com mais precisão.

Na tese de Roma Torres (1986) realçam-se os trabalhos realizados por William Gull (1874), médico inglês, e Charles Lasègue (1873), psiquiatra francês. Charles Lasègue (1873), através do seu artigo “*anorexie hystérique*”, contribui para que a anorexia fosse encarada como uma entidade clínica distinta. Gull (1874), numa fase inicial, designou este quadro por “*apepsia hystérique*” passando posteriormente a denominar de “*anorexia nervosa*” dado que a ausência de apetite seria fruto de um estado mental mórbido e não de um distúrbio biológico. Por outro lado, considerou a possibilidade de ocorrência deste quadro no sexo masculino afastando-se, dessa forma, do conceito de histeria, atribuída às doenças emocionais causadas pela ascensão do útero. Quanto ao tratamento, Gull recomendava o afastamento do paciente da família e amigos e a alimentação forçada, alertando para que estas pacientes não fossem forçadas a comer e que deviam estar rodeados de pessoas capazes de exercerem controle moral.

Por volta de 1889, Jean Martin Charcot, neuropsiquiatra francês, aponta como principal motivação do quadro “*l'idée fixe d'obésité*” ou fobia de peso, destacando o papel da família na génese da patologia e considerando a técnica do isolamento parental como meio terapêutico (parentectomy, defendida por outros autores também).

Pierre Janet, psiquiatra francês, relaciona a anorexia tanto à histeria como à neurose obsessiva ao considerar esta patologia como uma tentativa de atrasar a maturidade sexual. A partir de 1914, verifica-se uma grande mudança na interpretação da anorexia, passando a ser vista como uma doença orgânica, fruto das descobertas do patologista alemão, Morris Simmonds (1914), que encontrou lesões na glândula pituitária nestas pacientes, passando assim a anorexia nervosa a ser confundida com a doença de Simmonds (hipopituitarismo). Com a revisão de Sheehan e Summers (1949) esta patologia retoma ao contexto das perturbações mentais, face à ausência de evidências clínicas de diminuição da função hipofisária bem como de alterações histológicas relevantes da glândula na anorexia nervosa.

Década de oitenta

Na década de setenta/oitenta, apesar do paradigma médico predominar, ressurgem outras leituras, nomeadamente a perspectiva feminista que descreve a denominada “anorexia nervosa” enquanto forma de protesto social das mulheres.

Nos primeiros textos feministas, a “anorexia nervosa” é interpretada como a dificuldade de as jovens encontrarem a sua própria identidade, numa sociedade em que é exigido o duplo papel na mulher, de maternidade e carreira profissional, levando as mulheres a procurarem readquirir o controlo sobre as suas vidas. É nesta época que surge o desenvolvimento da teoria familiar sistémica.

Os primeiros critérios de diagnóstico de Anorexia Nervosa, reconhecida como doença mental, surgiram em 1966, propostos por Dally e Sargant, tais como recusa alimentar, perda mínima de 10% do peso pré-mórbido, amenorreia de pelo menos três meses, idade de início antes dos 35 anos, entre outros.

Em 1970, Russel, psiquiatra inglês, elimina aspetos como a perda mínima de peso e os limites de idade, propondo como critérios de diagnóstico: a perda de peso autoinduzida através do evitamento de alimentos que possam engordar, o medo mórbido de engordar e a existência de uma perturbação endócrina específica que se manifesta em jovens pós-pubertárias pela amenorreia, ou nas jovens pré-pubertárias por um atraso na puberdade.

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa foram reconhecidas, pela *American Psychiatric Association* (APA), como duas entidades de diagnóstico específicas somente na terceira edição do DSM (*Diagnostic and statistical manual*), em 1980. Nesta versão, a anorexia nervosa ainda não se encontra dividida em subtipos restritivo e purgativo.

Paradigma sistémico e familiar

Surgem autores que põem em destaque o papel das interações familiares no desenvolvimento da anorexia nervosa. O reconhecimento da influência das interações familiares no comportamento anorético foi descrito por Gull (1874) e Lasègue (1873) que aconselhavam, no tratamento, a separação da família, designado por ‘parentectomia’. Lasègue foi um dos primeiros autores a incluir os familiares nas narrativas clínicas. Se antes dos anos 60, predominavam as narrativas individuais, nos anos 60 e 70, com o aparecimento de correntes como a antipsiquiatria, o doente mental passa a ser visto como vítima da sociedade, capaz de produzir patologia, gerando a loucura dos membros através da família que assume uma função de perpetuação (Carreras, 1997).

Com a emergência da **terapia familiar**, inspirada na teoria geral dos **sistemas** (Bertalanffy, 1975), o paciente passa a ser visto como um elemento deteriorado pelo sistema. A família é, num primeiro momento, considerada patogénica, ou seja, a patologia do comportamento alimentar surge quase inexoravelmente associada a formas patológicas de comunicação familiar. Surgem frequentemente em fases próprias do desenvolvimento, tais como alturas em que se assumem mais responsabilidades ou decisões importantes, sentidas como transcendentais ao nível do estudo, do trabalho ou da vida em geral (afastar-se da casa de família ou tornar-se independente).

Assim, as famílias com uma jovem com anorexia nervosa passam a ser descritas na literatura como famílias psicossomáticas, ou seja, com padrões rígidos. A “família anorética”, descrita por Minuchin, Rosman e Baker em 1978, é caracterizada por ser uma família coesa, onde por vezes se torna difícil distinguir os limites entre os subsistemas e os diferentes elementos. Nestas famílias, o valor da lealdade familiar e de superproteção sobrepõem-se ao valor da autonomia, e apresentam dificuldade em lidar com as mudanças, já que as encaram como ameaças ao equilíbrio do sistema. A elevada coesão, a elevada preocupação entre os membros da família pelo bem-estar uns dos outros e esta dificuldade em ultrapassarem mudanças faz com que haja nestas famílias um forte evitamento de conflitos. Há autores também que equiparam a famílias de transação esquizofrénica, descritas pela comunicação paradoxal,

relações simétricas e aglutinadas e consequentes coligações e triangulações (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1991). Os mesmos autores (1999) ao invés de descreverem a interação da 'família anorética' através da triangulação da filha no interior de um conflito conjugal encoberto, com as consequentes alianças e coligações, começam a dar mais atenção às famílias de origem dos pais da paciente anorética, constatando a existência de um padrão de vinculação inseguro dos pais destas jovens com anorexia nervosa.

A patologia alimentar é tão absorvente que domina o interesse do doente e dos familiares, que se mostram impedidos de diversificar tarefas, interesses e atividades. Os pais deixam de se cuidar como um casal e passam a fixar-se às questões dos filhos ou da doença, o que é uma perda para eles próprios e consequentemente, também para os filhos, que frequentemente se preocupam com o bem-estar dos pais. Isto pode sugerir que os sintomas são incrementados nas interações familiares e podem estar fortemente relacionados com a sobrecarga da doença na família, podendo haver um processo circular em que a doença do filho é a causa da deterioração da relação dos pais que, por sua vez, tem efeitos negativos sobre o jovem, já que pode inibi-los de fornecer o devido apoio aos filhos.

Mais concretamente, Hillege, Beale e McMaster (2006), a partir de entrevistas realizadas com pais de jovens com anorexia nervosa sobre as suas experiências, identificaram cinco pressões adicionais que a vida familiar atravessou: a unificação da família ou a sua desintegração; o sentimento de impotência e incapacidade de lidar com o problema; os comentários dos outros significativos geradores de frustração; isolamento social e os impactos financeiros.

Whitney e Eisler (2005), incidindo a sua análise sobre o facto destas famílias se reorganizarem em torno da doença, descrevem cinco processos comuns que ocorrem: (a) os sintomas passam a ocupar o papel central na família, ou seja, as interações em redor da alimentação, passam a dominar as relações e os pais são forçados a fazer várias mudanças na sua vida, nomeadamente desistir de atividades sociais; (b) passam a viver sem conseguirem pensar no futuro, já que sentem necessidade de controlar a doença, deixando todas as outras coisas em suspenso; (c) os papéis e padrões de interação tornam-se mais fixos e previsíveis; (d) os padrões familiares já existentes são amplificados, nomeadamente, a diferença de opiniões entre os pais amplifica-se por vezes, no que diz respeito ao modo de lidar com a doença e (e) verifica-se uma perda de sentido de competência, que provoca culpa e autocritica e culmina em desânimo.

Nos modelos atuais, não ignorando o que possa estar a acontecer no sistema, cabe à intervenção absolver os pais da culpa por causarem o comportamento sintomático e felicitá-los tanto quanto possível pelos aspetos positivos da sua parentalidade. Substituímos, assim, as narrativas da culpa e do sofrimento, pela narrativa da resiliência, atribuindo competências e capacidade às famílias para lidar com o problema da anorexia.

Segundo Andersen et al (1985), é crucial que o terapeuta não assuma que a disfunção existe na família porque há uma perturbação do comportamento alimentar, assuma que as famílias fizeram o seu melhor, estão cansadas devido ao stress e querem ajuda, e optem por abordagens familiares não culpabilizantes que encorajem o interesse e investimento no tratamento.

Um aspeto observado por Cohn (2005) foi o de que os pais tendem inicialmente a pôr de lado as suas próprias necessidades, apesar de posteriormente descobrirem que tratarem de si próprios é fundamental para poderem ajudar os seus filhos. Outro fator ainda considerado importante foi a conscientização de que a responsabilidade pela recuperação é da pessoa com a perturbação do comportamento alimentar, cabendo ao resto da família não julgar, apoiar e acreditar na autoeficácia do membro doente.

Em suma, os modelos familiares baseados na resiliência assentam em dois pressupostos: 1) as famílias têm potencial para recuperar e crescer da adversidade; 2) nenhum modelo se ajusta a todas as famílias.

Conclusão

Em síntese, o que sabemos sobre a Anorexia Nervosa são metáforas possíveis de compreensão do fenómeno, que são infinitamente relativas e negociáveis. Os discursos em torno da anorexia nervosa foram-se modificando ao longo do tempo, dependendo das lentes mais em voga em cada época histórica.

Inicialmente este fenómeno foi adquirindo uma configuração sobrenatural e mística. A partir do Renascimento, o discurso médico impôs uma visão centrada nas causas verificáveis trazendo conceitos como a histeria, e posteriormente uma causa “nervosa” que trazia vítimas de uma doença mental. A partir da década de setenta/oitenta, com a proliferação das teorias feministas e sistémicas, as histórias passam a contemplar toda a família, que pelas suas características pareciam poder ter um efeito nocivo. Com a emergência das perspetivas pós-modernas, surge a narrativa da família resiliente. Este trabalho reflete a multiplicidade de leituras e suas implicações na anorexia nervosa.

Bibliografia

1. ANDERSEN, Arnold — *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. United states, baltimore: john hopkins university press, 1985.
2. ARAÚJO, Maria; HENRIQUES, Margarida; BRANDÃO, Isabel; ROMA TORRES, António — Os heróis, vítimas e vilões: discursos sobre a anorexia nervosa. *Psicologia & sociedade*. Vol. 24, nº2 (2012) 472-483.
3. BELL, Rudolph — *Holy anorexia*. Chicago, il: The University of Chicago Press, 1985.
4. Bertalanffy, I. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis, rj: editora vozes, 1975.
5. CARRERAS, A. — Ideologia sobre la familia en las ciencias psicológicas. Una perspectiva desde españa. *Revista a-alfa-a, rosario (argentina), rielea*. (1997) 241-261.
6. COHN, L. — Parents' voices: what they say is important in the treatment and recovery process. *Eating disorders*. Vol. 13 (2005) 419-428.
7. DARE, C; LE GRANGE. D.; EISLER I.; RUTHERFORD J. — Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *International journal of eating disorders*. Vol. 16 (1994) 211-226.
8. GULL, W. — Apepsia hysterica: anorexia nervosa. *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. In Andresen, A.E. (ed.) Baltimore, ma: The Johns Hopkins University Press, 1874, pp. 13-18.
9. HILLEGE S.; BEALE, B.; MCMASTER, R. — Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *Journal of clinical nursing*. Vol. 15 (2006) 1016-1022.
10. PALAZZOLI, M.S.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. — *Paradoja y contraparadoja: um nuevo modelo en la terapia de la familia de transaccion esquizofrénica*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1991
11. ROMA TORRES, António — *Anorexia nervosa e perturbações afins do comportamento alimentar – estudo clínico evolutivo*. Porto: Imprensa da Universidade do Porto, 1986. Dissertação de mestrado.
12. TIERNEY, Stephanie — The treatment of adolescent anorexia nervosa: a qualitative study of the view of parents. *Eating disorders*. vol. 13 (2005) 369-379.
13. WHITNEY, J.; EISLER, I. — Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: the reorganization of family life and inter-personal maintenance. *Journal of mental health*. Vol. 14 (2005) 575-585.

DOS EQUIVALENTES AFECTIVOS À DEPRESSÃO MASCARADA UMA BREVE VIAGEM NO TEMPO

Jesus, Bianca¹; Martins Correia, João¹; Caetano, Sofia²;

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;joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt;

sofia_caetano@hotmail.com

Resumo

Os conceitos de equivalentes afetivos, equivalentes depressivos e de depressão mascarada, atualmente em desuso, tiveram o seu auge de popularidade nos anos 70 e 80. Os equivalentes afetivos são definidos como formas alternativas de manifestação da alteração do humor, de natureza predominantemente somática. A carência de critérios próprios de diagnóstico e o facto destes termos não terem sido constituídos como entidades independentes dos transtornos depressivos, são fatores que podem estar na causa do desuso destes conceitos nos dias de hoje.

O conceito de equivalentes afetivos foi introduzido inicialmente pelo Professor Fernando da Fonseca e recebeu posteriormente contribuições importantes de *López Ibor*.

Pretende-se com este trabalho dar uma perspetiva histórica dos conceitos de equivalentes afetivos e de depressão mascarada.

Palavras-chave: equivalentes afetivos; equivalentes depressivos; depressão mascarada; origem; depressão

Abstract

The concepts of affective equivalents, depressive equivalents and masked depression, currently in disuse, have had their popularity peak during the decades of 70 and 80. Affective equivalents are defined as alternative forms of humor change manifestations, of a predominantly somatic nature.

The lack of established diagnostic criteria and the fact that these terms were never defined as entities independent of depressive disorder might be part of the reason for these concepts to have fallen out of use in the current days.

The concept of affective equivalents was initially introduced by Professor Fernando da Fonseca and later had the important contribution of *López Ibor*.

The goal of this work is to provide a historical perspective of the concepts of affective equivalents and masked depression.

Introdução

A perturbação depressiva é uma patologia com prevalência elevada ao longo da vida e constitui uma patologia que desde sempre despertou o interesse por parte dos clínicos^{1,2} As denominações equivalentes afetivos, equivalentes depressivos e depressão mascarada foram outrora usadas para descrever um quadro depressivo com características atípicas. Estes termos sofreram alterações ao longo dos anos, enquanto que as descrições se mantiveram similares.^{1,3,4,5}

O conceito de equivalentes afetivos atingiu o auge de popularidade por volta dos anos 70 e 80. No entanto, a partir dessa altura, quer a sua utilização, quer a sua popularidade foram diminuindo progressivamente, acabando assim por cair em desuso e consequentemente no esquecimento.^{1,3,4,5,6}

Com este trabalho pretende-se dar uma perspetiva da história do conceito subjacente.

Equivalentes Afetivos e Depressão Mascarada, uma viagem pela sua origem e período de ascensão e de queda

A perturbação depressiva é uma patologia que nunca deixou de despertar o interesse dos clínicos, constituindo um desafio constante a nível terapêutico.¹ As perturbações depressivas podem manifestar-se clinicamente sob formas ditas como as “comuns” ou habituais, que podem ser mais ou menos típicas, ou sob uma forma que se afasta do padrão habitual, ou seja, uma forma atípica, em que a sintomatologia afetiva é praticamente inaparente ou poderá passar despercebida.⁷ Estas formas atípicas constituem um grande desafio em termos de diagnóstico, uma vez que requerem o reconhecimento de um estado depressivo cuja tradução clínica é menos típica; em que a alteração do humor não surge de forma óbvia quer aos olhos do clínico quer aos do doente.¹

As descrições mais antigas das formas de apresentação atípicas de perturbação depressiva remontam ao século XIX.¹ Receberam várias designações alternativas, como por exemplo: *depressio sin depressione* (Kurt Schneider), equivalentes afetivos (Fernando da Fonseca), equivalentes depressivos (Juan López Ibor), depressão mascarada (J. Lange), depressão vegetativa (Lemke), depressão larvada (Pakesch, Delze e Yaskid).^{1,2,7} Estas sofreram poucas mutações em termos de conteúdo ao longo do tempo. A ideia central destas descrições é que estas formas incomuns de manifestação de sintomatologia depressiva caracterizam-se pela presença de um conjunto de sintomas apresentados pelo doente, que poderão ou não corresponder a doenças dispare, em que não é aparente alteração de humor. Ou seja, a sintomatologia depressiva estaria camuflada por sintomatologia somática. Acreditava-se que esta forma de apresentação atípica de perturbação depressiva fosse a causa subjacente de doenças em doentes com sintomas somáticos inexplicáveis, mesmo que os sintomas de depressão fossem escassos ou ausentes.^{1,3,5,6,8} Contudo, o conceito de equivalentes afetivos / depressão mascarada não é reconhecido nas classificações atuais, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11).^{5,8}

Como foi referido anteriormente as primeiras descrições remontam ao século dezanove, Carl Lange, um médico neurologista que em 1886 fez uma descrição clínica detalhada sobre “estados depressivos periódicos”; “um grupo de depressões endógenas leves, cujos sintomas depressivos estariam escondidos atrás de um escudo de sintomas somáticos”; Algum tempo mais tarde, em 1912, outro autor, Bonhoeffer, descreveu um quadro sintomático semelhante mas denominou-o como “forma atípica de depressão”, que se caracterizava pela presença de sintomas físicos. No entanto esta entidade era entendida por outros médicos como uma “neurastenia”.

O primeiro autor a fazer referência ao termo de depressão mascarada foi J. Lange e, segundo Eberhard, esta denominação deriva da expressão francesa “*dépression larvée*”, cuja origem é desconhecida.¹ Esta designação começou a ser usada nos Estados Unidos da América por volta do ano de 1940 e foi a partir desta altura que se torna globalmente mais aceite.¹ Por volta desta altura, em 1946, surge também a denominação de equivalentes depressivos, introduzida por Kenedy e Wiesel, para descrever as queixas somáticas apresentadas por doentes com humor deprimido, os quais não demonstravam quaisquer alterações aparentes do humor.⁹

Por volta dos anos 60, surgiu um maior interesse pelo estudo desta forma de depressão, atingindo o seu auge de popularidade entre as décadas de 70 e 80.^{5,7} Nesta altura, dois autores deram uma grande contribuição a este campo de estudo, nomeadamente, o professor Fernando da Fonseca e López Ibor.⁷

O professor Fernando da Fonseca, médico psiquiatra português, em 1963, a propósito de um estudo que realizou numa população de gémeos, propôs pela primeira vez a criação do conceito de equivalentes afetivos, uma forma alternativa de manifestação das alterações do

humor. A sua definição sugere que os equivalentes afetivos sejam formas monossintomáticas, de natureza somática ou psíquica, que constituem formas alternativas de manifestação de distúrbios básicos diencefálicos, que poderiam estar relacionadas com alterações do humor em perturbações afetivas endógenas. Além disso, propõe a existência de uma associação entre equivalentes afetivos e uma predisposição subdepressiva latente ou hipomaniaca. O autor sugeriu também a existência de uma maior disposição para a ocorrência destas formas alternativas de manifestação de alteração de humor em indivíduos com personalidade timopática e em indivíduos cujos sistemas neurovegetativos sejam lábeis ou subdesenvolvidos.^{3,4}

O estudo desenvolvido pelo professor Fernando da Fonseca, na Universidade de Londres, incluiu uma população de 60 pacientes gêmeos do mesmo sexo, monozigóticos ou dizigóticos, que tivessem atingido a idade adulta e desenvolvido uma patologia psiquiátrica afetiva de natureza endógena. Neste estudo, certas características, não obviamente distímicas, suscitaram a atenção do autor pela possibilidade de serem consideradas como manifestações de uma síndrome distímica. Este facto levou a que tenha sido dada uma especial atenção à frequência da repetição periódica de doenças comumente conhecidas como neuroses orgânicas ou síndromes psicossomáticas.^{3,4} Na população do estudo foi identificado um conjunto de distúrbios de natureza mais ou menos cíclica, que tinham como características específicas: a tendência para a recuperação e para a recaída, a dificuldade em ceder quer ao tratamento farmacológico quer ao tratamento não farmacológico instituídos, a tendência para desaparecer espontaneamente e de estarem frequentemente associadas a alterações do humor endógenas.³ O professor Fernando da Fonseca sugere que estes distúrbios, aos quais se refere como síndromes psicossomáticas, sejam denominados como equivalentes afetivos e também agrupados em quatro grupos distintos: a) Crises de natureza reumatológica e neurológica, crises de dor lombar, periódicas; b) Crises asmatiformes periódicas; c) Crises com características semelhantes às da úlcera péptica, com sintomatologia gástrica grave, marcada por período de melhoria sintomática e de recidivas; d) Crises de eczema, eritema, psoríase, neurodermatite e dermatoses de natureza recorrente.^{3,4}

Fernando da Fonseca sugere, como tratamento para estes quadros clínicos, o tratamento psicoterapêutico e, se necessário, o psicofarmacológico. Segundo este, proporcionar um tratamento psicoterapêutico ao doente ajuda-o a se ajustar aos seus sintomas e protege-o contra tensões a nível ambiental.³ De acordo com o que o autor descreve no capítulo intitulado “*The Psychotherapy of Affective Equivalents*”, da obra intitulada “*Hypnosis and Psychosomatic Medicine*”, este tratamento teria os seguintes objetivos: permitir ao doente manter a confiança em si mesmo e no seu futuro, reduzir os seus níveis de tensão nervosa e desviar sua atenção dos sintomas; aumentar sua capacidade de lidar com as tensões do dia-a-dia; e manter um certo grau de supervisão no doente, de modo a poder agir de imediato no caso tenha uma crise afetiva. Sugere adicionalmente que ao proceder desta maneira proporcionamos ao doente um certo grau de compreensão quanto ao seu estado de espírito. Embora não seja possível evitar eventuais crises futuras, ao tentarmos compreender o estado do doente temos a possibilidade de evitar que este venha a desenvolver uma personalidade neurasteniforme ou hipocondríaca.⁴

Também por volta dos anos 60, *López Ibor*, médico psiquiatra espanhol, deu uma contribuição importante no estudo dos Equivalentes Afetivos / Depressão Mascarada. Segundo este, quer a ansiedade vital quer a depressão vital própria das perturbações de humor podiam expressar-se sob forma de equivalentes depressivos. Estes últimos foram definidos pelo autor como sendo manifestações de uma perturbação depressiva em que os sintomas somáticos estão representados num primeiro plano e os sintomas psíquicos estão num segundo plano. Refere-se assim aos doentes nos quais a presença de uma perturbação depressiva não é evidente, quer para o próprio quer para os clínicos.^{2,7,10} *López Ibor*, em 1972, mencionou numa palestra que era surpreendente o facto dos doentes negarem a existência

de tristeza ou de ansiedade.¹⁰ Uma definição alternativa do mesmo autor refere que os equivalentes depressivos correspondem a um conjunto de sintomas que o doente apresenta, que poderiam ou não corresponder a doenças diversas em que não é aparente a perturbação do estado de ânimo.⁶

De acordo com *López Ibor* os equivalentes depressivos pertenciam ao círculo da depressão endógena, em que o fundo endotímico alterado no doente manifesta-se através de uma máscara cujo aspeto depressivo é pouco visível e, em vez disso, surgem sintomas de natureza vegetativa ou puramente somática. Acrescenta ainda que as fases de tristeza aparecem como condições somáticas, em que algumas delas são descritas em tratados de Medicina e de Neurologia, quando na realidade não são mais do que expressões de um fundo depressivo, devendo assim fazer parte dos tratados de Psiquiatria. A propósito destas condições, o autor propõe o seu agrupamento em quatro grupos fundamentais: 1º Algas e parestesias; 2º Vertigens agorafóbicas ou timopáticas, 3º Anorexia nervosa e histeria e 4º Distúrbios Psicossomáticos. Neste último grupo estavam incluídas as condições denominadas como organoneuroses. A característica fundamental e comum a estes grupos é que, após o aparecimento destes sintomas, qualquer tentativa terapêutica de natureza “não psiquiátrica” realizada no sentido de fazer desaparecer esse sintoma é ineficaz. Há, no entanto, uma resposta favorável ao tratamento psiquiátrico.¹¹

Por volta das décadas de 70 e de 80, coincidente com o período de ascensão deste conceito, ocorreu simultaneamente um aumento da necessidade por parte da comunidade científica para a criação de critérios de diagnóstico para as diferentes perturbações mentais, a fim de proporcionar um maior rigor diagnóstico e científico. Isso levou a que as condições ou manifestações, previamente descritas pela comunidade científica, que não detivessem critérios de diagnósticos claros não fossem incluídas e caíssem progressivamente no esquecimento. Também é nesta altura que são levantadas questões pertinentes em relação ao conceito de Equivalentes afetivos / Depressão Mascarada que constituíam, no fundo, os grandes pontos fracos deste quadro clínico. Estas questões estavam relacionadas com a inexistência de um conjunto de sintomas específicos e validados a nível científico, que permitissem a descrição deste quadro clínico. Estas questões estariam também relacionadas com a carência de critérios de diagnóstico claros. Alguns autores sugerem que sejam estas as razões pelas quais esta entidade nunca tenha sido incluída nos sistemas de classificação da altura: na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos e na nona versão da Classificação Internacional de Doenças; e para que nunca tenha sido considerada uma entidade independente. Não sendo assim reconhecida por parte dos clínicos e conduzindo desta maneira ao seu desuso e esquecimento progressivo.^{5,12} Portanto, a existência destas limitações marcaram o princípio do fim do conceito.

Embora o conceito de equivalentes afetivos/depressão mascarada tenha caído em desuso, não caiu no esquecimento por completo. Já no século XXI, continuam a surgir algumas publicações, embora de forma escassa, de autores que relembram a pertinência destas manifestações no quadro clínico da depressão e a sua importância. Estes chamam à atenção para a necessidade do seu reconhecimento como um subtipo de perturbação depressiva e também para a necessidade do seu diagnóstico na prática clínica, sugerindo como elemento chave para o diagnóstico diferencial, a realização de uma anamnese cuidada.^{5,6} Em *Ruiz et al.* (2002) referem que o conceito de equivalentes afetivos é de carácter mais fenomenológico do que nosológico. Sugerem aqui que os equivalentes afetivos constituem um sintoma ou uma síndrome que poderá traduzir uma forma frustrada de episódio depressivo.⁵ *Vallejo e Urretavizcaya*, num capítulo dedicado às perturbações depressivas, fazem referência aos equivalentes afetivos / depressão mascarada, optando pela designação de equivalentes depressivos, sugerem que poderão ser de natureza quer endógena, quer neurótica, que poderão representar a metade da totalidade das depressões e que apresentam um elevado potencial para confundir os clínicos.⁶ Acrescentam ainda que, embora não existam sintomas

específicos definidos, as formas de apresentação mais comuns, por ordem de frequência, são: as queixas algícas e parestesias, as cefaleias, as perturbações gastrointestinais, as perturbações neurológicas e neurovegetativas. Segundo estes autores o diagnóstico de equivalentes afetivos poderá ser considerado se o estudo orgânico do doente for negativo e se forem preenchidos um conjunto de critérios sugeridos. Os critérios sugeridos para poder estabelecer o diagnóstico de equivalentes afetivos ou depressão mascarada são os seguintes: a comparação dos rendimentos nas atividades prévias, nas quais, habitualmente, o padrão prévio é superior em relação ao padrão atualmente observado; a presença de sintomas depressivos ligeiros como astenia, anorexia, perturbação do padrão de sono, etc.; a existência de sintomas diversos, que contrastam com a escassez e precisão de sintomas de doença somática; apresentação de um quadro clínico com características atípicas; a existência de alternância de sintomas, fenómenos afetivos que alternam com os de expressão somática; presença de personalidade depressiva; haver predisposição familiar; e por último a existência de uma boa resposta ao tratamento antidepressivo, à psicoterapia ou a ambos;⁶

Conclusão

O conceito conhecido como equivalentes afetivos ou depressão mascarada teve um percurso muito curto na história da psiquiatria, possivelmente devido à escassez de investigação científica e de interesse por parte dos clínicos. Embora não tenha sido possível o seu reconhecimento como uma entidade independente, a sua existência não foi inteiramente esquecida. Existem atualmente autores que relembram a pertinência deste quadro clínico de depressão e chamam à atenção para o reconhecimento destas formas alternativas de manifestação de perturbação do humor nos diagnósticos diferenciais das perturbações depressivas, sugerindo também um conjunto de critérios a ter em conta para estabelecer o seu diagnóstico. Este interesse, por sua vez, constitui uma janela de oportunidade para incentivar a investigação nesta área.

Bibliografia

1. EBERHARD, Goran - Masked depression - history, diagnosis and delimitation. *Nordic Journal of Psychiatry*. ISSN 08039488. 43:S20 (1989) 7–13. doi: 10.3109/08039488909100828.
2. MORENO, Alfonso Chinchilla - La depresion y sus mascarar, Aspectos terapeuticos. [S.l.] : Editorial Medica Panamericana S.A., 2008. ISBN 978-84-7903-871-7.
3. FONSECA, A. F. DA - Affective equivalents. *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 00071250. 109:1963) 464–469. doi: 10.1192/bjp.109.461.464.
4. GILANDAS, A. - The Psychotherapy of Affective Equivalents. Em LASSNER, JEAN (Ed.) - Hypnosis and psychosomatic medicine [Em linha]. Berlin, Heidelberg : Springer Berlin Heidelberg, 1967 Disponível em WWW:<URL:http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-87028-6>. ISBN 978-3-540-03879-5v. 6. p. 43–47.
5. SÁIZ RUIZ, J.; IBÁÑEZ CUADRADO, Á. - Diagnóstico de equivalentes depressivos. *Revista Clínica Espanola*. ISSN 00142565. 202:2 (2002) 88–90. doi: 10.1016/S0014-2565(02)70991-0.
6. VALLEJO RUILOBA, Julio; URRETAVIZCAYA, M. - Transtornos Depressivos. Em *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria*. 8. ed. Barcelona : Elsevier Masson, 2015. p. 249–276.
7. SÁEZ, R. Yáñe. - Máscara Somáticas y Psíquicas o Conductuales de La Depresión. Em PANAMERICANA, EDITORIAL MEDICA (Ed.) - La Depresión y sus Máscaras, Aspectos terapéuticos. 1st. ed. Madrid : Editorial Medica Panamericana, [s.d.]
8. SHETTY, Prasad *et al.* - Understanding masked depression: A Clinical scenario. *Indian Journal of Psychiatry*. ISSN 0019-5545. 60:1 (2018) 97. doi:

10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_272_17.

9. BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. - Classifying Mood Disorders. Em Depression, Causes and Treatment. 2nd. ed. [S.l.] : University of Pennsylvania Press, 2009. ISBN 9780812219647. p. 1–261.

10. IBOR, J. J. López - Masked Depressions. British Journal of Psychiatry. ISSN 0007-1250. 120:556 (1972) 245–258. doi: 10.1192/bjp.120.556.245.

11. IBOR, J. J. López - Equivalentes Depresivos. Actas Luso Espanolas de Neurologia y Psiquiatria. Barcelona. XII:2 (1979) 63–66.

12. MODAI, I.; BLEICH, A.; CYGIELMAN, Galia - Masked Depression- An Ambiguous Entity. Psychother. Psychosom. 37 (1982) 235–240.

A HISTÓRIA DO AUTISMO E AS DINÂMICAS DE UM DIAGNÓSTICO

**Sara Freitas Ramos¹; Isabel Fonseca Vaz¹; João Martins Correia¹;
João Campos Mendes²**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

¹Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria

²Médico Especialista em Psiquiatria, Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails:sara.i.ramos@ulsguarda.min-saude.pt; mafalda.soares@ulsguarda.min-saude.pt;

joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt; joao.camposmendes@ulsguarda.min-saude.pt

Resumo

O autismo foi descrito, pela primeira vez e de forma independente, por Leo Kanner, em Baltimore, e por Hans Asperger, em Viena, nos anos 1943 e 1944, respetivamente. Assim, podemos considerá-lo uma doença dos tempos modernos. Ambas as descrições contemplavam um conjunto essencial de sintomas, com destaque para as dificuldades sociais e comportamentos rígidos e repetitivos. Contudo, em menos de um século, o conceito de autismo sofreu reviravoltas e influências de vários domínios e movimentos da sociedade, que o procuraram reinventar e reconfigurar, contestando até a sua identidade como patologia psiquiátrica. Este trabalho pretende fazer uma revisão das diversas, e não raramente conflituosas, perspetivas que levaram ao conceito de autismo que atualmente conhecemos.

Palavras-chave: autismo, história, sociedade

Abstract

Autism was first described by Leo Kanner, in Baltimore, and by Hans Asperger, in Viena, in 1943 and 1944, respectively. As such, autism has been considered a disease of modern times. Despite close in time, these descriptions were independently made. Both considered an essential combination of symptoms, particularly the difficulties in social capabilities and the rigid and repetitive behaviours. Less than a century has passed since these first descriptions, but the concept of autism has been subjected to multiple modifications. Movements from various domains of society have tried to reinvent and reconfigure it, from its very definition and identity to its existence as a psychiatric condition. This chapter aims to review the multiple, and, not rarely, conflictive perspectives that have made autism into the concept we now today.

Introdução

Nos dias de hoje, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é clinicamente definida como uma perturbação crónica do neurodesenvolvimento, caracterizada por défices na interação social e na comunicação e pensamento rígido. A pessoa com PEA também apresenta, tipicamente, dificuldades no funcionamento executivo, que se manifestam, por exemplo, por défices na autorregulação, no processamento sensorial e na teoria da mente.

Segundo dados do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, em 2016, 1 em cada 54 crianças havia sido diagnosticada com uma Perturbação do Espectro do Autismo. Esta é uma prevalência elevadíssima, particularmente para uma condição identificada há pouco mais de um século. Não surpreende, por isso, que seja um conceito muito debatido e com uma história que desperta a curiosidade. Neste capítulo, iremos abordar a evolução histórica do conceito de PEA e as mudanças de mentalidade que enquadraram a sua perceção clínica e social.

Discussão

A história do conceito de autismo, como hoje o conhecemos, começa em 1943, com Leo Kanner. Nascido na Áustria, Kanner emigrou para os Estados Unidos da América após a Primeira Guerra Mundial. Trabalhava no Hospital John Hopkins, encarregado de dirigir o programa da clínica de psiquiatria da infância, quando começou a analisar 11 crianças que, apesar de contextos vivenciais diferentes, apresentavam características comuns. A essas características chamou de “autismo infantil”, ou, simplesmente, autismo, no seu artigo “Autistic Disturbances of Affective Contact”. Adaptado de um dos elementos descritivos da esquizofrenia definidos por Eugen Bleuler, o termo autismo vem do grego “autos” (self) + “ismos” (sufixo de estado ou ação) e pretendia descrever o pensamento autocêntrico e o afastamento social daquele grupo de crianças. Progressivamente, aquilo que Kanner descreveu como o traço autista, evoluiu para o nome da condição.

No seu artigo, Kanner postulou as características que serviriam de base ao diagnóstico de autismo, muitas delas ainda presentes, ou influenciando de forma relevante, os atuais critérios diagnósticos. Realçou a, então chamada, solidão autista, a incapacidade em usar a linguagem para comunicar eficazmente, apetência por atividades restritas e repetitivas e, ainda, o bom potencial cognitivo destas crianças. Antes de Kanner, as crianças que apresentavam comportamentos similares eram consideradas como intelectualmente incapazes ou insanas. Kanner notou que os pais das crianças estudadas eram altamente inteligentes, frios e tendencialmente desinteressados de outras pessoas. Inicialmente, Kanner desvalorizava esta associação, mas, posteriormente, quicá influenciado pelo pensamento psicanalítico vigente à época, considerou as “mães frigorífico” como potenciais fatores etiológicos de autismo. Esta teoria foi particularmente divulgada por Bettelheim.

Quase concomitantemente, em 1944, um conterrâneo austríaco, o pediatra Hans Asperger, publicou, em alemão, um artigo em que descrevia características similares num grupo de crianças. Coincidentemente, escolheu também adaptar o termo autismo de Bleuler para designar a condição, cunhando a expressão Psicopatia Autista. A principal diferença entre o grupo avaliado por Asperger e o de Kanner, era que este apresentava melhores capacidades linguísticas. Apesar da proximidade temporal e de origens similares, os textos de Hans Asperger não foram amplamente divulgados até à década de 1980. Provavelmente, o facto de ter sido escrito exclusivamente em Alemão, em plena Segunda Guerra Mundial, poderá ter contribuído para restringir a sua divulgação. Na realidade, grande parte do trabalho científico de Hans Asperger não viria a ser conhecido, salvo por colegas e académicos de círculos mais próximos, até depois da sua morte.

Um dos principais responsáveis por tornar conhecido o trabalho de Asperger nesta população foi Lorna Wing. Wing foi uma psiquiatra britânica, mãe de uma criança com uma forma grave de autismo, que se dedicou ao estudo destas condições. Em 1981, publicou um trabalho que viria a publicitar o trabalho de Asperger, “Asperger Syndrome: a Clinical Account”, e a cunhar o síndrome homónimo, o Síndrome de Asperger, retirando o termo psicopatia, pela sua conotação negativa. Mas este não foi o único contributo de Wing para a compreensão do autismo.

Em 1979, Wing, juntamente com Judith Gould, conduziu um dos primeiros estudos epidemiológicos sobre o autismo, identificando uma prevalência de 1 a 2 casos de autismo por cada 1000 pessoas e contrariando a noção da época de que o autismo era uma condição rara. Foi também Wing que postulou a tríade de incapacidades que, ainda hoje, define os critérios de diagnóstico do autismo, nomeadamente o défice global na interação social, o défice na comunicação verbal e não verbal e o reportório estrito de interesses e comportamentos, com ausência das “brincadeiras de faz-de-conta”. Esta tríade de incapacidades foi considerada, pelos seus pares, como um avanço notável nos campos

clínicos e teóricos, integrando conceitos e trazendo coerência às manifestações clínicas do autismo, ao mesmo tempo que deixava uma marca indelével nos sistemas diagnósticos e de avaliação da doença. Lorna Wing foi também das primeiras a compreender que o diagnóstico poderia ser considerado em espectro e que afetaria pessoas de todas as idades, com graus variados de capacidades. Uma das suas frases preferidas era “A natureza nunca desenha uma linha sem a esbater”, salientando a pervasividade da perturbação e o seu leque de manifestações. Por fim, Wing teve um papel fundamental no desenvolvimento de grupos de pais de crianças com autismo, para sensibilização e formação, um pouco por todo o mundo. Numa época em que os pais eram acusados de serem responsáveis pela perturbação dos filhos, apesar dos trabalhos de Bernard Rimland que contrariavam a linha de pensamento psicanalítica, o ativismo desta psiquiatra teve um papel fundamental.

A evolução dos conhecimentos e das conceptualizações sobre autismo e o seu espectro fizeram-se evidenciar nos sistemas classificativos. O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, compila os critérios diagnósticos para as perturbações mentais, organizando, categorizando-as e validando-as como construtos nosologicamente independentes. Desta forma, o DSM define o que constitui, ou não, doença mental e, indiretamente, o que é, ou não, o normal de uma mente dita saudável. O autismo surge, pela primeira vez, na terceira edição do DSM (DSM-III), em 1980. Quatorze anos depois, o Síndrome de Asperger é incluído no DSM-IV. Em 2013, a mais recente versão do DSM (DSM-5) introduz mudanças radicais na categorização desta perturbação. Por um lado, é adotado o racional do autismo enquanto espectro, agregando sob a designação Perturbação do Espectro do Autismo, as anteriores categorias do Autismo Clássico e o Síndrome de Asperger, juntamente com outras condições similares, como o Síndrome de Rett. Por outro lado, pretere a tríade de incapacidades a favor da diáde, que agrupa os défices na comunicação e na interação social. O nível de gravidade da perturbação, dentro do espectro, é classificado conforme a necessidade de suporte que a pessoa necessita.

O DSM-5 veio reacender críticas à patologização de variantes do normal, sendo acusado de sobremedicalização, através de baixos pontos de corte para definição de doença, alimentando perspectivas e movimentos antipsiquiatria. No domínio das perturbações do espectro do autismo, a inclusão do Síndrome de Asperger no espectro foi recebida com resistência. Apesar de ter tido uma vida curta enquanto diagnóstico, durando pouco mais de 10 anos, o Síndrome de Asperger teve uma influência e disseminação notáveis. A diluição do Síndrome no espectro foi percebida, por muitos, como uma perda de identidade e, por isso, resistida. Porventura, mais do que noutras condições, a terminologia associada às perturbações do espectro do autismo, os seus rótulos e o seu significado, foram alvo de escrutínio e intensos debates ao longo das décadas. Cada um dos vários termos, criados para designar o conjunto de sinais e sintomas, trazia em si uma conceptualização específica, do ponto de vista objetivo e subjetivo, percebido pelas famílias e pelos indivíduos de forma distinta.

As tensões relativas à melhor designação da condição, a nível académico e social, surgiam, em ampla medida, no contexto de preocupações com a medicalização e psiquiatrização em pretensão do indivíduo. Esta disputa tornava-se particularmente evidente na língua inglesa, em que a relação entre o indivíduo e a doença se disputa nas linhas de uma frase. Por um lado, havia os que preferiam a condição como adjetivo, colocada numa sequência gramatical que otimizasse a componente positiva do termo, enquanto outros apontavam a incapacidade como algo carregado pelo indivíduo, mas secundário à sua pessoa. Na linguagem médica, a opção preferida passava por colocar primeiro a pessoa e depois a sua condição, embora tal não fosse do agrado de muitos dos visados. Esse debate, embora dificilmente traduzível para outras línguas, não deixou de ter influência a nível global.

Nas últimas décadas, a investigação no campo da genética floresceu numa vasta diversidade de campos da medicina e a psiquiatria e o autismo não foram exceção. A tentativa de isolar

genes responsáveis por determinadas condições veio desafiar conceptualizações psicossociais e o estigma da doença mental.

No campo do autismo, os estudos genéticos tentaram, até agora em vão, identificar um agente ou um conjunto de genes, claramente responsáveis pelo desenvolvimento da perturbação. Apesar disso, deram um importante contributo, identificando vários genes que, por prováveis interações entre si e com o ambiente, poderão estar na origem, ou contribuir, para o desenvolvimento de perturbações do espectro do autismo. Com a investigação genética surgia a expectativa de identificar alvos de tratamentos genéticos ou farmacológicos dirigidos para a condição ou para sintomas específicos.

O enfoque no componente biológico da perturbação veio mitigar a culpabilização do indivíduo e da sua família. Desde Kanner que as mães haviam sido consideradas elementos causadores da perturbação, em grande medida devido às teorizações psicanalíticas da época. Mesmo com o desvanecimento da corrente psicanalítica, os pais continuaram a ser alvo de culpabilização. A investigação genética permitiu retirar o foco das capacidades socio-parentais, centrando-se no componente biológico. Por outro lado, surgia o receio, por parte da comunidade autista, que a identificação de um elemento genético específico pudesse conduzir a pressão parental para interrupção de gravidezes em que essa alteração genética fosse identificada.

Os desenvolvimentos na investigação genética tiveram um impacto marcado no cenário científico sobre as perturbações do espectro do autismo. Observou-se um redireccionamento dos fundos para investigação, tornando-se os projetos de investigação genética os recipientes de avultadas maquinas. Outras áreas de investigação acabaram por ficar em segundo plano, com uma importante redução no financiamento.

Segundo dados do Reino Unido, 56% dos estudos na área do autismo são estudos de orientação biológica e médica, explorando alterações cerebrais e orgânicas, e 15% dos estudos dedicam-se ao esclarecimento etiológico da perturbação. Apenas 18% dos estudos se focam em intervenções dirigidas a pessoas com autismo. Evidencia-se, assim, uma preferência dos estudos na área dos serviços e do diagnóstico, cada um atingindo apenas 5% do total dos estudos conduzidos na área. Esta ordem de prioridade na investigação contrasta com as necessidades das pessoas com autismo. Críticos e referências na luta pelos direitos destas pessoas têm chamado a atenção para o facto de a investigação genética não responder às suas questões mais prementes. A gestão de comportamentos disruptivos, a regulação de problemas cronobiológicos e a adaptação e otimização de terapias já existentes são consideradas áreas mais relevantes para as pessoas com autismo, que solicitam um maior investimento financeiro nestes campos. Assim, tem sido debatida a necessidade de ajustar o investimento às áreas com maior impacto real na vida dos indivíduos afetados e das respetivas famílias.

A preponderância do paradigma biomédico e genético no autismo despertou tensões entre a comunidade científica e a comunidade de pessoas com autismo. Os elementos desta comunidade contestam a medicalização das perturbações do espectro do autismo, defendendo que os atuais critérios diagnósticos são pouco específicos e com pontos de corte baixos, o que pode conduzir a um abuso do diagnóstico. Por detrás desta crítica, poderá estar a perceção biomédica de que a pessoa com autismo tem um problema, ou uma deficiência, que o médico irá corrigir com recurso à medicação.

Esta perspetiva contraria movimentos defensores da neurodiversidade, que recusam que o autismo seja visto como uma deficiência. O movimento pela neurodiversidade promove a identidade da pessoa com autismo enquanto uma variante do normal, que não deverá ser sujeita a discriminação ou a conotações pejorativas focada nos défices. Muitas pessoas com autismo, defensoras deste movimento, celebram a sua condição como parte integrante da sua identidade. Perante o paradigma do défice, a eliminação do autismo e, subsequentemente, a perda identitária, apresenta-se como uma ameaça. A própria classificação das perturbações

do espectro do autismo, como patologia catalogada nos sistemas classificativos, na secção das perturbações psiquiátricas, é contestada.

De realçar que nem todos os indivíduos com autismo, e seus familiares, advogam a neurodiversidade, defendendo posições intermédias. Um grupo significativo de pessoas com autismo padece de sintomas moderados a graves, que cursam com importante compromisso funcional e sofrimento para o indivíduo e comunidade envolvente. Neste contexto, o tratamento médico afigura-se como uma solução para reduzir o sofrimento inerente e potenciar as capacidades da pessoa com autismo. Para além disso, no paradigma social atual, o acesso aos meios de tratamento e terapias requer a existência de um diagnóstico médico prévio, pelo que, a desvinculação da avaliação e monitorização médica comprometeria a acessibilidade das pessoas autistas, que deles necessitam.

O equilíbrio entre estas perspetivas passará, porventura, por apoiar a compensação de algumas das dificuldades apresentadas por estas pessoas, através de tratamentos médicos, terapias ou serviços de suporte, evitando a utilização excessiva de fármacos e a linguagem de conotação negativa e estereotipante, promotora de discriminação. Assim, o acompanhamento de pessoas com perturbação do espectro do autismo deverá pautar-se pelo rigor médico-científico, temperado por um profundo respeito pelas diferenças e especificidades destas pessoas, almejando um caminho que potencie as suas capacidades naturais e funcionalidade.

Conclusões

A história das perturbações do espectro do autismo, apesar de recente, foi marcada por várias mudanças de paradigma e vários rostos, que deram vida a esta rápida evolução. Vários movimentos, influências ideológicas e resultados científicos contribuíram para o entendimento atual sobre esta condição. Especialidades médicas como a pedopsiquiatria e a psiquiatria têm um papel importante no acompanhamento de pessoas com autismo, mas o aspeto psicossocial e o respeito pela diferença não deverão ser descurados. Atendendo à elevada prevalência das perturbações do espectro do autismo, a generalização do conhecimento, sobre a sua história e o seu impacto sociofamiliar, será extremamente útil para tornar os profissionais de saúde mais capazes de prestar os cuidados necessários às pessoas que delas padecem.

Referências

- IRWIN, Julie, MACSWEEN, Jennifer, KERNS, Kimberly – History and Evolution of the Autism Spectrum Disorders. In MATSON, Jonhhy, STURMEY, Peter – International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. New York: Springer, 2011.
- LOPES CARDOSO, Inês; ALMEIDA, Sandra - Genes Involved in the Development of Autism. International Archives of Communication Disorder. Wilmington: ClinMed International Library. ISSN 2643-4148. Volume 2, número 1 (2019) 2:011
- MESQUITA, Mirka; PINTO, Tereza - Da psicose infantil ao TEA: referenciais evolutivos e fundamentos socioculturais. Psicologia Clínica. Brasil. ISSN 0103-5665 Volume 31, número 1 (2019) 77-92
- MINTZ, Mark – “Evolution in the Understanding of Autism Spectrum Disorder: Historical Perspective”. The Indian Journal of Pediatrics. Springer. ISSN 0973-7693. Volume 84, número 1 (2017) 44-52
- O'REILLY, Michelle, LESTER, Jessica Nina, KIYIMBA, Nikki - Autism in the Twentieth Century: An Evolution of a Controversial Condition. In TAYLOR, Steven J., BRUMBY, Alice - Healthy Minds in the Twentieth Century: In and Beyond the Asylum. Cham: Palgrave Macmillan, 2020.

VOLKMAR, Fred, REICHOW, Brian – “The Evolution of Autism as a Diagnostic Concept: From Kanner to DSM-5: A commentary”. In DAVIS, Thompson, WHITE, Susan, OLLENDICL, Thomas - Handbook of Autism and Anxiety. Cham: Springer, 2014

A LOUCURA DE DOM QUIXOTE

Mariana Duarte Mangas^{1,2}; Filipa Alves³; João Fonseca^{2,4}; Catarina Pedro²

¹ULSBA, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; ²Hospital de Braga;

³ULSAM, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ⁴Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Médicos, Internos de Formação específica de Psiquiatria

Email:mariana_mangas@hotmail.com

Resumo

Considerado por muitos, como um idoso alucinado, Dom Quixote, é intrigante, inspirador e apaixonante. Apesar da doença esquizofrénica ainda não ser conhecida na época, Dom Quixote foi provavelmente um dos primeiros casos de estudo de um indivíduo com esquizofrenia.

Este trabalho, navegando a história de Dom Quixote, pretende analisar a loucura de Dom Quixote e argumentar a existência de um episódio psicótico ao longo da sua jornada pelos caminhos de Andaluzia, conferindo-lhe um diagnóstico de esquizofrenia.

Palavras-chave: Dom Quixote, esquizofrenia, delírios, alucinações, loucura.

Abstract

Considered by many as a crazy old man, Don Quixote, is intriguing, inspiring and passionate. Although schizophrenia was not yet known at this time, Don Quixote was probably one of the first case studies of an individual with this disorder.

This work, navigating Don Quixote's history, intends to analyze Don Quixote's madness and argue the existence of a psychotic episode along his journey through the Andalusian paths, giving him a diagnosis of schizophrenia.

Introdução

De calmo fidalgo a cavaleiro andante. Alonso Quijano certo do seu destino, tomou o nome de Dom Quixote, proveu cavalo e armadura e lançou-se pelo Reino de Espanha em busca de aventuras. Impulsionado pela sua amada imaginária, Dulcineia de Toboso, e apoiado pelo seu fiel escudeiro, Sancho Pança, foi proclamando justiça e o bem, carregando moinhos de vento ou atacando exércitos de gado.

A história de Dom Quixote data de 1615 embora o conceito de Esquizofrenia como doença mental só começou a ganhar forma em 1887, quando Emil Kraepelin, criou o termo "demência praecox", termo que atribui este comportamento psicótico a uma doença do cérebro.

Embora alguns possam justificar as ações peculiares de Dom Quixote, como uma busca pelo sonho de se tornar um cavaleiro andante, este trabalho tem como objectivo recontar a história, analisando a psicopatologia e os seus comportamentos, e percebê-lo como uma pessoa com Esquizofrenia.

Discussão

A esquizofrenia, uma das perturbações psiquiátricas mais graves e fascinantes, é reconhecida desde a antiguidade. Encarada como uma forma de loucura até ao século XVIII, a doença com início na adolescência e declínio invariável em demência, captou o interesse dos alienistas franceses durante o Iluminismo, Morel e Magnan. No final do século XIX, o ambiente cultural fértil de uma Alemanha em ascensão reclamou o domínio da psiquiatria europeia, com figuras notáveis como Griesinger, Kahlbaum e Hecker, cujo trabalho inspirou profundamente o pai da psiquiatria moderna, Emil Kraepelin (1856 - 1926), responsável pela

contribuição nosológica mais revolucionária do seu tempo com a criação do termo “dementia praecox”. Definida como o desenvolvimento sub-agudo de fraqueza mental que ocorre na juventude, com destruição das conexões internas da personalidade, a “dementia praecox” era o produto de fusão de todos os processos degenerativos numa só categoria e incluía uma variedade incrível de manifestações clínicas, reflexo da demência e perda de unidade psíquica subjacentes. O conceito enfatizou os aspectos de severidade e de cronicidade. Kraepelin nunca se comprometeu ao enumerar uma lista de sintomas patognomónicos de diagnóstico. Segundo ele, apenas uma característica era fundamental, a deterioração da volição. “Volição” ou “vontade” refere-se à capacidade de tomar decisões conscientes e de executá-las.

No início do século XX, Eugen Bleuler (1857 – 1939) introduziu o termo “esquizofrenia”, do grego *σχίζωφρενία*, criado a partir de duas palavras: *σχίζειν*, “cisão”, e *φρήν*, “phren”, parte do corpo que faz a ligação entre o corpo e a alma. Na sua publicação de 1911, *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*, Bleuler renomeou a dementia praecox de Kraepelin como “grupo de esquizofrenias” baseando-se no facto de que a primeira coisa que caracterizava um esquizofrénico não era a demência, mas a cisão vertical da função cognitiva, ou seja, a separação das diferentes funções psicológicas entre si com perda da unidade da personalidade. Definiu um conjunto de sintomas fundamentais que ele considerava específicos da esquizofrenia, estariam sempre presentes nestes pacientes, mas não em outras patologias. Ficaram conhecidos por “Quatro A’s” – associação de ideias prejudicada, afecto embotado, ambivalência e autismo – hoje em dia denominados sintomas negativos. As alucinações e delírios, até então os sintomas essenciais para muitos autores, foram catalogados de sintomas acessórios, meras consequências da anomalia basal, sendo temporários e comuns a outras patologias mentais.

Da mesma forma que Bleuler, Kurt Schneider (1887-1967), psiquiatra alemão, procurou identificar e destacar alguns critérios característicos de esquizofrenia, observados de forma inequívoca. Schneider pretendia aprimorar os critérios de diagnóstico, pretendendo tornar a avaliação individual mais rigorosa e reduzir os casos mistos ou intermédios. Assim, definiu onze sintomas de primeira ordem que, segundo ele eram patognomónicos de esquizofrenia, actualmente conhecidos por sintomas positivos: sonorização, difusão, inserção e roubo do pensamento; alucinações auditivas de vozes dialogadas, que podem comentar as acções do próprio na 3ª pessoa; experiências somáticas passivas; e a percepção delirante. Schneider vislumbrava-os como consequência da perda de limites do eu, e da fragmentação do eu.

O seu conceito de esquizofrenia incluía apenas a presença de sintomas de primeira ordem, na ausência de uma condição orgânica ou médica subjacente.

Após anos de supremacia dos sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider, o valor patognomónico dos sintomas de primeira ordem foi questionado, sendo abandonado por se verificar a sua presença noutras doenças, nomeadamente nas perturbações afectivas e esquizoafectivas. Por outro lado, surgem, nos anos 80, investigadores a defenderem que a sintomatologia negativa, até aí em segundo plano, merecia mais atenção.

Em 1982, Nancy Andreasen (1938-x), uma neuropsiquiatra norte-americana, defende a divisão da esquizofrenia em subtipo Positivo e Negativo. Da mesma forma que Kraepelin, considerava a disfunção cognitiva a característica fundamental na esquizofrenia. Segundo Andreasen, a disfunção cognitiva está claramente presente antes do início da doença, no período pré-mórbido, havendo um declínio adicional na progressão para a psicose até um estado pós-mórbido de défice cognitivo significativo que geralmente permanece estável ao longo do curso da doença.

Atualmente, de forma simplista, a Esquizofrenia é considerada uma perturbação mental caracterizada por sintomas positivos e negativos, que surgem por episódios contínuos ou recorrentes. Comumente, os sintomas positivos incluem delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou bizarro. Estes sintomas representam

perturbações das funções cognitivas ou emocionais. Alucinação é a percepção real de um objeto que não existe, ou seja, são percepções sem um estímulo externo (ou seja, ouvir vozes sem um estímulo); o delírio é uma crença falsa mantida com grande convicção, que não é passível de mudança por força de contra-argumentação ou prova em contrário; o discurso desorganizado é uma ruptura na linguagem e na comunicação, refletindo uma desorganização subjacente no pensamento; o comportamento desorganizado é uma ruptura no controlo e na monitoração comportamental. Segundo a maioria das definições correntes, alguns sintomas positivos estão sempre presentes na esquizofrenia.

Os sintomas negativos da esquizofrenia refletem uma perda ou diminuição de funções que, em condições normais, encontram-se presentes. Os sintomas negativos incluem alogia (discurso pobre e vazio de conteúdo), embotamento afetivo (redução de expressão emocional, geralmente associada a uma incapacidade para estar consciente das emoções), anedonia (incapacidade em experienciar prazer, perda de interesse pela interação social) e avolição (incapacidade de iniciar ou persistir na busca de um objetivo). Enquanto os sintomas positivos da esquizofrenia são, muitas vezes, exuberantes e atraem a atenção para a doença, os sintomas negativos tendem a prejudicar a capacidade da pessoa levar uma vida diária normal. Estes sintomas tendem a impedir que as pessoas com esquizofrenia mantenham relacionamentos familiares normais, frequentem escolas, mantenham um emprego ou estabeleçam amizades e relacionamentos íntimos.

Em muitos casos, as pessoas com esquizofrenia apresentam também outros problemas de saúde mental, como perturbações de ansiedade, depressão ou abuso de substâncias. Os sintomas geralmente manifestam-se de forma gradual, desde o início da idade adulta, e permanecem durante um longo período de tempo.

Os Sistemas de Classificação

Nos anos 50, com o objectivo de se criar um consenso da definição da esquizofrenia para que os clínicos e investigadores pudessem comunicar entre si, com um grau adequado de fiabilidade e referindo-se ao mesmo conjunto de perturbações, foram criados dois manuais de classificação e diagnóstico de patologias. Na Europa, o CID (Classificação Internacional das Doenças), reformulação do já existente manual CID pela OMS, incluía pela primeira vez uma secção de doenças mentais segundo a filosofia de Kraepelin, enquanto nos EUA, a *American Psychiatric Association*, publicou o DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), baseado na teoria psicanalítica e no trabalho de Bleuler.

Atualmente para se fazer um diagnóstico formal de Esquizofrenia, é necessário usar um dos sistemas de classificação reconhecidos à escala mundial, o DMS, atualmente na 5ª edição (DMS-5), ou o CID, 10ª. edição (CID-10).

De forma a receber o diagnóstico de esquizofrenia, Dom Quixote deve apresentar os sintomas consistentes com aqueles listados no DSM-5 (tabela 1).

	Critérios de diagnóstico de Esquizofrenia segundo a DSM-V (295.90)
A.	Presença de ≥ 2 sintomas: -Delírios* -Alucinações* -Discurso desorganizado* -Comportamento desorganizado ou catatônico -Sintomas negativos
B.	Impacto significativo no nível de funcionamento e relações interpessoais
C.	Persistência de sintomas ≥ 6 meses
D.	Exclusão de condição médica e substâncias psicotrópicas

O diagnóstico é estabelecido quando estão presentes, pelo menos dois dos sintomas listados: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e/ou sintomas negativos. Associadamente, deve existir um impacto significativo no nível de funcionamento e relações interpessoais e os sintomas devem persistir por pelo menos seis meses. A existência de outra condição médica e o uso de substâncias psicotrópicas deve ser excluída.

Critério A: Presença de Alucinações

Uma alucinação é uma percepção real de um objeto que não existe, ou seja, é uma percepção sem um estímulo externo. As mais comuns são as alucinações auditivas.

Ao longo do texto, Dom Quixote é atormentado por alucinações auditivas e visuais e são vários os exemplos.

Episódio de Dom Quixote contra o exército de ovelhas

Senhor meu, leve o diabo tudo isso, que não vejo por todo este descampado homem, nem gigante, nem cavaleiro nenhum dos que menciona. Eu ao menos não percebo tal. Talvez seja tudo encantamento como os avejões desta noite. Como! pois não ouves o rincar dos cavalos? o toque dos clarins, e o trovejar dos tambores?

O que eu ouço — respondeu Sancho — são muitos balidos de carneiros e ovelhas; mais nada. E era verdade, porque os dois rebanhos já vinham muito perto. — O medo que tens — disse D. Quixote — é que faz, Sancho, que nem vejas, nem ouças às direitas, porque um dos efeitos do medo é turvar os sentidos, e fazer que pareçam as coisas outras do que são. Se tão medroso és, retira-te para onde quiseses, e deixa-me só, que basto eu para dar a vitória à parcialidade a quem ajude.

Dom Quixote e Sancho viajam para terras mais altas para obter um melhor ponto de vista para assistir a batalha prevista tomar lugar. Dom Quixote começou a descrever ao seu escudeiro, indivíduos específicos no exército oposto usando detalhes fantásticos: ele descreveu as suas armaduras, os esquemas de cores, armas e história. Embora a cena não fosse extremamente clara, já que os exércitos estavam a levantar muita poeira, Sancho não estava convencido de que se tratasse de exércitos. Dom Quixote não ficou convencido por esse contra-argumento e, em vez disso, age impulsivamente atacando os exércitos. Como resultado, ele mata mais de sete ovelhas e é atacado pelos pastores.

Critério A: Presença de actividade delirante

Episódio de Dom Quixote e a batalha do moinho de vento

As coisas da guerra são de todas as mais sujeitas a contínuas mudanças; o que eu mais creio, e deve ser verdade, é que aquele sábio Frestão, que me roubou o aposento e os livros, transformou estes gigantes em moinhos, para me falsear a glória de os vencer, tamanha é a inimizade que me tem; mas ao cabo das contas, pouco lhe hão-de valer as suas más artes contra a bondade da minha espada.

Os encantadores perseguiram-me, os encantadores ainda me perseguem e os encantadores continuarão a me perseguir"

Não vos disse já, senhores, que este castelo era encantado, e que alguma legião de demônios deve habitar nele?

Dom Quixote também exibe comportamento delirante como um sintoma de esquizofrenia. Um delírio pode ser caracterizado como uma ideia falsa, firmemente sustentada que não fornece evidências lógicas; é frequentemente bizarro.

Esse comportamento é exemplificado, quando Dom Quixote afirma que existe um grande feiticeiro, seu inimigo mortal, a tentar destruí-lo. Quando ele e Sancho encontram um grupo de “gigantes”, que são apenas moinhos de vento, Dom Quixote mantém a sua crença mesmo quando Sancho tenta chamá-lo à razão.

Episódio de Dom Quixote e o Mambrino

Noutra cena, Dom Quixote identifica o que presume ser um cavaleiro usando o capacete de Mambrino, embora seja apenas um barbeiro a viajar num burro com uma bacia na cabeça. Apegando-se às suas ilusões cavalleirescas, ele age: *"E quando viu o pobre cavaleiro se aproximando, sem lhe dizer uma palavra, e com Rocinante a todo galope, ele atacou com pique abaixado, com a intenção de atropelá-lo.*

Ao longo do texto, são várias as descrições, Dom Quixote está convencido de que muitos dos eventos negativos que acontecem só podem ser atribuídos aos feiticeiros que estão determinados a destruí-lo. Apesar de Sancho frequentemente tentar apelar para o seu mestre usar a lógica, Dom Quixote está convencido de que estas crenças são verdadeiras.

Critério B: Impacto significativo no funcionamento e relações interpessoais

É pois de saber que este fidalgo, nos intervalos que tinha de ócio (que eram os mais do ano) se dava a ler livros de cavalaria, com tanta afeição e gosto, que se esqueceu quase de todo do exercício da caça, e até da administração dos seus bens; e a tanto chegou a sua curiosidade e desatino neste ponto, que vendeu muitas courelas de sementeira para comprar livros de cavalarias que ler; com o que juntou em casa quantos pode apanhar género.

Para se obter um diagnóstico de Perturbação Esquizofrénica é necessário que os sintomas causem deterioração social ou ocupacional, e que estas questões que não sejam atribuídas a outra condição.

Cervantes afirma que Dom Quixote passa os seus dias a ler romances sobre a cavalaria desde o amanhecer até o anoitecer, dia após dia. Embora ele às vezes conversasse com os moradores da sua aldeia, essa conversa consistia apenas em aspectos dos seus romances, indicando que há um alto nível de declínio social no seu comportamento. Mais explicitamente exemplificado, no entanto, são os altos níveis de deterioração ocupacional de Dom Quixote quando refere o esquecimento em quase de todo do exercício da caça e até da administração dos seus bens. Cervantes continua afirmando que Dom Quixote ficou tão

envolvido na sua fantasia, que vendeu hectares das suas terras aráveis para comprar mais livros de cavalaria. Ele não tinha trabalho, além de sua tarefa de ler tanto quanto possível e, portanto, não tinha renda, para além de vender partes da sua propriedade.

Critério C: Persistência de sintomas durante pelo menos 6 meses

Dom Quixote partiu na sua jornada cavaleiresca em 1615, e morreu logo depois do seu retorno em 1616. Assim, pode-se supor que a sua jornada, que consistiu na sua maioria em sintomas positivos pronunciados, duraram mais de um mês. Além disso, o primeiro capítulo do texto afirma que por um longo período de tempo antes da sua viagem, ele ficou absorto nos delírios de cavalaria.

Com este cumprimento dos critérios finais, Dom Quixote pode, com apoio razoável e suficiente, ser diagnosticado com esquizofrenia.

Conclusões

Dom Quixote foi provavelmente um dos primeiros casos de estudo de um indivíduo com Esquizofrenia. O livro dá conta da transformação de Alonso Quijano em Dom Quixote, da dificuldade em distinguir o que é real do que não é, extinguindo-se a personagem a uma constante abstração do que o rodeia, seguindo padrões de comportamento desorganizados e bizarros, elevando-se a qualidades megalómanas. Argumenta-se assim, a existência de um episódio psicótico ao longo da jornada elaborada por Dom Quixote.

Bibliografia

ADITYANJEE, ADERIBIGBE, Y.A., THEODORIDIS, D.; VIEWEG, V.R. - Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Vol. 53 nº4 (1999) 437-48 [Acedido a 20 de fev. 2020]. Disponível na internet doi: 10.1046/j.1440-1819.1999.00584.x.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5ª Ed. [2013] Lisboa: Climepsi Editores, 2013.

ANDREASEN N.C. - Positive vs. negative schizophrenia: a critical evaluation. *Schizophrenia bulletin*. Vol. 11 nº3 (1985) 380-389. [Acedido a 20 de fev. 2020]. Disponível na internet doi: 10.1093/schbul/11.3.380.

ANDREASEN, N.C. - The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*. Vol. 28, nº 2-3 (1997) 105-109. [Acedido a 20 de fev. 2020]. Disponível na internet doi: 10.1016/s0920-9964(97)00112-6.

CARPENTER W.T., Jr. - The schizophrenia paradigm: a hundred-year challenge. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 194, nº 9 (2006) 639-643. [Acedido a 20 de fev. 2020]. Disponível na internet doi: 10.1097/01.nmd.0000235484.45810.df.

CERVANTES, Miguel — *D. Quixote de La Mancha*. Lisboa: Bertrand Editora, 2010.

KAPLAN RM. - Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australas Psychiatry*. Vol. 16, nº 5 (2008) 305-11. [Acedido a 20 de fev. 2020]. Disponível na internet doi: 10.1080/10398560802302176.

KING GEORGE III - A CASE OF MENTAL OR PHYSICAL ILLNESS? OR BOTH?

**Marisa Martins*; Nuno Agostinho Fernandes*; Ricardo Gasparinho*;
Núria Santos*; António Alho*; Liliana Ferreira*; Isa Costa*; Inês Fernandes****

Hospital Distrital de Santarém

*Psychiatry Resident; **Psychiatry Assistant

Email:marisa.andrem@gmail.com

Abstract

Introduction: In the course of his reign as King of Great Britain and Ireland, George III suffered from recurrent episodes of physical and mental illness. Overtime, studies have investigated the accuracy of the diagnosis of porphyria and bipolar disorder (BD).

Objectives: To review the case of King George III and his diagnosis over time.

Methods: Pubmed researches with the following keys: “George III [Title]” and “porphyria and psychiatry”. The latter has been restricted to papers published in the last 5 years.

Results and conclusion: In 2017, Vassiliki Rentoumi et al, conducted a computational linguistic analysis of George III’s written letters and concluded that there was no sufficient data to confirm the BD diagnosis, partly due to a paucity of qualitative studies, with lexical, syntactic and stylometric descriptions of written discourse produced by patients. Nonetheless, the most recent published evidence agrees that King George could have had BD, but not porphyria.

Key-words: King George III, bipolar disorder, porphyria, neuropsychiatry

Introduction

George III was King of Great Britain and King of Ireland from 25 October 1760 until the union of the two countries on 1 January 1801, after which he was King of the United Kingdom of Great Britain and Ireland until his death in 1820.(www.royal.uk/george-iii [23 oct 2020], [s.d.])

In the course of his reign as King of Great Britain and Ireland, George III suffered from recurrent episodes of physical and mental illness(Peters, 2015),(Peters e Beveridge, 2010). Overtime, studies have investigated the accuracy of the diagnosis of porphyria and bipolar disorder (BD).

The aim of this work was to review the case of King George III and his diagnosis over time. For that purpose, we conducted a non-systematic review, researching in Pubmed using the following keys: “George III [Title]” and “porphyria and psychiatry”. This last one was restricted to papers published in the last 5 years.

King George III - Biographic note

George III was born on 4 June 1738 in London, the eldest son of Frederick, Prince of Wales, and Princess Augusta of Saxe-Gotha.

He became heir to the throne on the death of his father in 1751, succeeding his grandfather, George II, in 1760. He was the third Hanoverian monarch and the first one to be born in England and to use English as his first language.

George III is widely remembered for two things: losing the American colonies and going mad.

His life and reign, which were longer than those of any of his predecessors, were marked by a series of military conflicts involving his kingdoms, much of the rest of Europe, and places farther afield in Africa, the Americas, and Asia.

Early in his reign, Great Britain defeated France in the Seven Years' War, becoming the dominant European power in North America and India. However, many of Britain's American colonies were soon lost in the American War of Independence. Further wars against revolutionary and Napoleonic France from 1793 concluded in the defeat of Napoleon at the Battle of Waterloo in 1815.

George's direct responsibility for the loss of the colonies is not great. He opposed their bid for independence to the end, but he did not develop the policies, such as the Stamp Act of 1765 and the Townshend duties of 1767 on tea, paper and other products, which led to war in 1775-76 and which had the support of Parliament.

These policies were largely due to the financial burdens of garrisoning and administering the vast expansion of territory brought under the British Crown in America, the costs of a series of wars with France and Spain in North America, and the loans given to the East India Company (then responsible for administering India).

The declaration of American independence on 4 July 1776, the end of the war with the surrender by British forces in 1782, and the defeat which the loss of the American colonies represented, could have threatened the Hanoverian throne.

However, George's strong defence of what he saw as the national interest and the prospect of long war with revolutionary France made him, if anything, more popular than before.

The American war, its political aftermath and family anxieties placed great strain on George in the 1780s. After serious bouts of illness in 1788-89 and again in 1801, George became permanently deranged in 1810.

He was mentally unfit to rule in the last decade of his reign; his eldest son - the later George IV - acted as Prince Regent from 1811. (www.royal.uk/george-iii [23 oct 2020], [s.d.])

Porphyria

Porphyrias are inherited disorders of the heme biosynthetic pathway. Heme is made of body chemicals called porphyrin, which are bound to iron. This causes porphyrin to accumulate in tissues and blood, which may cause a variety of symptoms, ranging from mild to severe.

The most common symptoms of porphyria are the following: abdominal pain; light sensitivity; problems with the muscles and nervous system. They vary and depend on which enzyme is missing.

There are several types of porphyria, which are classified into two categories: hepatic and erythropoietic. Hepatic category is associated with symptoms such as abdominal pain and problems with the central nervous system. Erythropoietic category is associated with light sensitivity. There are several types of porphyria: delta-aminolevulinate-dehydratase deficiency porphyria; acute intermittent porphyria; hereditary coproporphyria; variegate porphyria; congenital erythropoietic porphyria; porphyria cutanea tarda; hepatoerythropoietic porphyria and erythropoietic protoporphyria.

According to Yiji Suh et al, 2019, the following are neuropsychiatric symptoms associated with porphyria: schizoaffective disorder; depression; psychosis; hallucinations; behavior change; disturbance in consciousness; consciousness disturbance; seizures and sexual dysfunction. (Suh *et al.*, 2019)

Bipolar Disorder

Bipolar disorder is an affective disorder characterized by two or more episodes in which the patient's mood and activity levels are significantly disturbed, this disturbance consisting on some occasions of an elevation of mood and increased energy and activity (hypomania or mania) and on others of a lowering of mood and decreased energy and activity (depression). Characteristically, recovery is usually complete between episodes, and the incidence in the two sexes is more nearly equal than in other mood disorders. As patients who suffer only from repeated episodes of mania are comparatively rare, and resemble (in their family history,

premorbid personality, age of onset, and long-term prognosis) those who also have at least occasional episodes of depression, such patients are classified as bipolar.

Manic episodes usually begin abruptly and last for between 2 weeks and 4-5 months (median duration about 4 months). Depressions tend to last longer (median length about 6 months), though rarely for more than a year, except in the elderly. Episodes of both kinds often follow stressful life events or other mental trauma, but the presence of such stress is not essential for the diagnosis. The first episode may occur at any age from childhood to old age. The frequency of episodes and the pattern of remissions and relapses are both very variable, though remissions tend to get shorter as time goes on and depressions to become commoner and longer lasting after middle age.

Although the original concept of "manic-depressive psychosis" also included patients who suffered only from depression, the term "manic-depressive disorder or psychosis" is now used mainly as a synonym for bipolar disorder. (World Health Organization, 1992)

The Case for King George III

Through the life and reign of King George III, there have been identified four distinct episodes of perceived mental disturbance: October 1788-February 1789; February-March 1801; January-March 1804; and October 1810-January 1820.(Warren *et al.*, 1996) These episodes appear to have characteristics of a manic episode (Peters e Beveridge, 2010). According to a series of Reports to the Queen's Council, King George showed "excitement" and an increase in general activity – "continued without any abatement throughout the day"; in the pressure of speech ("talked almost incessantly"); disinhibition ("His discourse had occasionally a mixture of grossness with it, so unlike The King's naturally chaste manner when in health"). (Peters e Beveridge, 2010)

In his eighth decade, the King appeared to show what was a significant cognitive decline with great impact on his mental capacities (Warren *et al.*, 1996). George III's last episode of ill health occurred during the decade of 1810-20 (Peters e Beveridge, 2010). This has been diagnosed as chronic mania with features of dementia.

According to Peters and Beveridge, 2010, during this period the King was also blind and possibly deaf and this may have contributed to his psychiatric condition. His blindness was the result of bilateral cataracts. Apparently, serious consideration was given at the time to surgery, but this was not performed. About the claims of deafness, according to medical reports of George III's attending physicians and psychiatrists, those were not supported (Peters e Beveridge, 2010).

The original retrospective diagnosis of porphyria was formulated by Ida Macalpine and Richard Hunter 30 years ago (Macalpine e Hunter, 1966).

The authors were based on some clinical features found, such as the concurrent physical manifestations during the described episodes, which included acute abdominal pain, constipation, tachycardia and polyneuritis (Warren *et al.*, 1996). Initially, Macalpine and Hunter suggested that the King suffered with acute intermittent porphyria (AIP), (Warren *et al.*, 1996),(Macalpine e Hunter, 1966). They even found reports of the King's discoloured urine, which was described at various times as bilious, deep coloured, bluish and bloody(Warren *et al.*, 1996),(Macalpine e Hunter, 1966). This was considered significant, because urine from patients with acute porphyria may present as dark-red or brown-black due to the presence of excess porphyrins and oxidised pyrrole species.

Nevertheless, there is robust evidence refuting this hypothesis. The re-examination of the evidence suggested that it is very unlikely that George III suffered from porphyria (Peters e Wilkinson, 2010). The historical methodology that led to this hypothesis based on clinical symptomatology, proposed by Ida Macalpine and Richard, was considered to be flawed (Peters e Wilkinson, 2010). Even the claims of discoloured urine were demonstrated to be based on "exceedingly weak" evidence (Peters e Wilkinson, 2010).

In 2005, Cox et al reported the analysis of hair obtained from George III. They could not obtain genomic DNA but metal analysis revealed high concentrations of arsenic, which indeed interferes with haem metabolism (Cox *et al.*, 2005). They consider the possibility of it contributing to the King's severe and prolonged episodes of illness and also identified sources of arsenic in the context of George III's medication (Cox *et al.*, 2005).

Also, Peters, 2015 conducted an analysis with a computer diagnosis program, which confirmed that George III suffered from bipolar disorder type I and that in his final decade, he suffered from dementia, which is due, in part, to the neurotoxicity of recurrent episodes of acute mania (Peters, 2015). This association between bipolar disorder and dementia is supported by robust evidence (Breno S. Diniz, MD *et al.*, 2017), (Terao, Ishii e Hirakawa, 2020), (Forlenza e Aprahamian, 2013). Furthermore, Forlenza and Ivan Aprahamian hypothesize that dementia may be considered as a long-term feature of bipolar disorder (Forlenza e Aprahamian, 2013).

According to Peters and Beveridge, 2010, King George's illnesses occurred contemporaneously with marking historical moments. Examples of these are the initial phase of the American War of Independence, the Irish rebellion and Union with Britain, Catholic emancipation and the French Revolutionary and Napoleonic wars. Nevertheless, it is not certain that these events contributed to the King's ill health. Yet, at the time, it was believed that these events were associated with the disease. For instance, the Irish rebellion and subsequent Act of Union of 1801 was held to be linked to the 1801 relapse (Peters e Beveridge, 2010).

Even though the great majority of papers confirm the hypothesis of bipolar disorder, there is one study that conducted a computational linguistic analysis of the King's written letters and concluded that there was no sufficient data to confirm the diagnosis (Rentoumi *et al.*, 2017). Rentoumi et al considered that this was due to a paucity of qualitative studies in literature, with stylometric, syntactic and lexical descriptions of written discourse produced by patients (Rentoumi *et al.*, 2017).

Madness for the mind and illness for the body?

The discussion between the presence of a bipolar disorder and/or porphyria raises a very important issue. Not only Macalpine and Hunter (1966) were the only authors to assertively affirm the claims of porphyria in the royal family, but they also present that conclusion in a tone that seems depreciative of mental illness and relieved to have found a physical one, as it better justified the king's behaviour in a moral way:

« This study allows the certain conclusion that George III's malady was not "mental" in the accepted sense, in whatever old or modern terms it may be couched.» (Macalpine e Hunter, 1966)

«The assumption that the king was "neurotic" will also have to be revised, since porphyria may render its victim restless, hurried, agitated, and impulsive, especially in minor attacks which go unrecognized. Finally, by implication this diagnosis clears the House of Hanover of an hereditary taint of madness imputed to it by the long-sustained but erroneous interpretation of George III's illness.» (Macalpine e Hunter, 1966).

These authors, who happened to be mother and son, were described as “eminent psychiatrists with an established reputation” (Warren *et al.*, 1996). As it is firmly addressed by Peters and Beveridge, 2010, these comments are surprising, when pronounced by psychiatrists (Peters e Beveridge, 2010). They have been criticized at the time by correspondents in the British Medical Journal:

«An impression one receives ... is that it is somehow more respectable to undergo a spell of hallucinations, delusions and rambling over-talkativeness when such a mental state is caused by porphyria than when the cause is a manic-depressive disorder. Why should this be so?», Atkin in 1966

«I would strongly question the implication that it is necessary to “clear” a family of an “hereditary taint”, ... this is a concept, or rather a misconception, semantically loaded with subjective moral values.», Ahrenfeldt in 1966

«Macalpine made much of the notion that the King had at last been rescued from what she called the taint of madness – he had, thank goodness, been suffering all the time from a nice clean, respectable, organic disease.» wrote Roy Porter, 1998, in an article as part of a series on the “Stigma of Mental Health”, in *The Lancet*.

The claims for a diagnosis of porphyria also had important consequences, not just clinical but culturally. This case has been revisited by artists in various occasions, such as in the parody ‘Eight songs for a mad king’ by Peter Maxwell Davis (1969) and in Alan Bennett’s play and film ‘The madness of George III’ (1991 and 1995 respectively), (Warren *et al.*, 1996), (Peters, 2015).

Also, as it became a popular diagnosis, considerable effort has consequently been spent screening many thousands of patients with mental illness for porphyria (Peters, 2015). According to Saphier and Shaw, in correspondence to the *British Medical Journal*, at least 15000 patients in south-west London were reported to be screened for porphyria without a single case being identified. (E e Shaw, 1966)

Conclusions

Currently, overall consensus agrees that the case of King George III was one of bipolar disorder, that progressed to dementia posteriorly. The hypothesis of porphyria has been refuted many times. Nevertheless, this diagnosis took an important role since it originated extensive clinical discussion, articles and correspondence in scientific journals and it was pictured in some important works of art. Unfortunately, it also recalls the stigma related to mental illness, the importance of this matter and the effort needed to put in for improvement of health education, especially mental health.

References

- BRENO S. DINIZ, MD, PhD *et al.* - History of Bipolar disorder and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 25:4 (2017) 357–362. doi: 10.1016/j.jagp.2016.11.014.History.
- COX, Timothy M. *et al.* - King George III and porphyria: An elemental hypothesis and investigation. *Lancet*. . ISSN 01406736. 366:9482 (2005) 332–335. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66991-7.
- E, Saphier; SHAW, David - Insanity of King George III. *Br Med J*. 1 (1966) 232.
- FORLENZA, Orestes Vicente; APRAHAMIAN, Ivan - Cognitive impairment and dementia in bipolar disorder. *Frontiers in Bioscience*. 5 (2013) 258–265.
- MACALPINE, Ida; HUNTER, Richard - The “Insanity” of King George III: A Classic Case of Porphyria. *British Medical Journal*. . ISSN 00071447. 1:5479 (1966) 65–71. doi: 10.1136/bmj.1.5479.65.
- PETERS, T. J.; BEVERIDGE, A. - The blindness, deafness and madness of King George III: psychiatric interactions. *J R Coll Physicians Edinb*. 40:1 (2010) 81–5.
- PETERS, Timothy - FitzPatrick Lecture: King George III and the porphyria myth - Causes, consequences and re-evaluation of his mental illness with computer diagnostics. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*. . ISSN 14734893. 15:2 (2015) 168–172. doi: 10.7861/clinmedicine.15-2-168.
- PETERS, Timothy J.; BEVERIDGE, Allan - The madness of King George III: A psychiatric re-assessment. *History of Psychiatry*. . ISSN 0957154X. 21:1 (2010) 20–37. doi: 10.1177/0957154X09343825.
- PETERS, Timothy J.; WILKINSON, D. - King George III and porphyria: A clinical re-examination of the historical evidence. *History of Psychiatry*. . ISSN 0957154X. 21:1 (2010)

3–19. doi: 10.1177/0957154X09102616.

RENTOUMI, Vassiliki *et al.* - 'The acute mania of King George III: A computational linguistic analysis. PLoS ONE. . ISSN 19326203. 12:3 (2017) 1–18. doi: 10.1371/journal.pone.0171626.

SUH, Yiji *et al.* - Neurological and neuropsychiatric manifestations of porphyria. International Journal of Neuroscience. . ISSN 15635279. 129:12 (2019) 1226–1233. doi: 10.1080/00207454.2019.1655014.

TERAO, Takeshi; ISHII, Nobuyoshi; HIRAKAWA, Hirofumi - A specific group of patients with diagnostic conversion from depression to bipolar disorder and finally to dementia as a mental GSK-3 disease: A hypothesis. Bipolar Disorders. . ISSN 13995618. 22:4 (2020) 356–359. doi: 10.1111/bdi.12875.

WARREN, M. J. *et al.* - The maddening business of King George III and porphyria. Trends in Biochemical Sciences. . ISSN 09680004. 21:6 (1996) 229–234. doi: 10.1016/S0968-0004(96)80022-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Geneva - The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines
www.royal.uk/george-iii [23 oct 2020] -

EINSTEIN: “UM VIAJANTE SOLITÁRIO”

Isabel Fonseca Vaz*; **Sara Freitas Ramos***; **João Martins Correia***; **Sílvia Castro****

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

*Interno de Formação Específica de Psiquiatria

**Assistente Graduada de Psiquiatria

Email: isasoares20@hotmail.com

Resumo

Todos sabemos o contributo de Albert Einstein no que se refere ao ramo da física teórica e matemáticas. Contudo, poucos sabem, que, quando criança mostrou um atraso no desenvolvimento da linguagem e posteriormente ecolalia. Durante a sua infância e ao longo da sua vida adulta, evitava os colegas e preferia a solidão como companhia seja nos seus estudos, nas viagens de barco ou em qualquer outro lugar. O homem capaz de grandes descobertas sempre revelou dificuldade na passagem da sua mensagem considerada por muitos, confusa. Einstein tinha uma maneira muito própria e única de ver as coisas. O que muitos chamam de excentricidade, outros falam na possibilidade de uma perturbação do espectro do autismo. Os laços entre autismo e genialidade são nebulosos, mas reais. Neste trabalho propomos uma abordagem a aspetos da vida do cientista que sugerem a possibilidade dessa relação.

Palavras-chave: Einstein; autismo; biografia; comportamentos, génios.

Abstract

We all know Albert Einstein's contribution to the field of theoretical and mathematical physics. However, few know that, as a child, he showed a delay in language development and later echolalia. During his childhood and throughout his adult life, he avoided colleagues and preferred solitude as a companion whether in his studies, on boat trips or anywhere else. The man capable of great discoveries has always shown difficulty in passing on his message, considered by many to be confused. Einstein had a unique way of looking at things. What many call eccentricities, others speak of the possibility of a disorder of the autistic spectrum. The links between autism and genius are blurred, but real. In this work we propose an approach to aspects of the scientist's life that suggest the possibility of this relationship.

Key-Words: Einstein; autism; biography; behaviors; genius.

Introdução

Desde que Kammer publicou em 1943 um artigo que analisava 11 crianças que apresentavam dificuldade em estabelecer contato afetivo e interpessoal o termo autismo frequentemente é associado a dificuldades de aprendizagem severa e com níveis de inteligência significativamente abaixo da média. Contudo, Asperger mostrou uma nova perspetiva quando escreveu sobre “inteligência autista”, designando-a como não convencional, não ortodoxa e “estranhamente pura e original”. Do grau mais leve ao severo, nascer e crescer com uma Perturbação do Espectro do Autismo não impede, obrigatoriamente, que alguém realize feitos notáveis. Apesar das dificuldades sociais e, em muitos casos, cognitivas e motoras, um autista pode desenvolver habilidades que venham a ser úteis e bastante funcionais. Alguns desenvolveram trabalhos tão importantes que se tornaram personalidades famosas. Albert Einstein, viveu de modo peculiar, deixando um grande legado na ciência e fez muita gente se questionar: Afinal, Einstein era autista?

Breve Biografia

Albert Einstein nasceu a 14 de março de 1879 em Ulm, no Reino de Wurttemberg, antigo império alemão, atual Bade-Vurtemberg. Filho de Hermann Einstein, vendedor e engenheiro e da sua esposa Pauline Einstein. Um ano após o seu nascimento a família muda-se para Munique onde o seu pai e tio fundaram uma empresa de equipamentos elétricos. Em 1881 nasce a sua irmã mais nova, Maya Einstein. Oriundo de uma família judaica, Albert iniciou o seu percurso académico numa escola católica, sendo transferido 3 anos depois para a escola Luitpold, hoje com o nome do famoso cientista. A família acaba por emigrar para Itália em 1894 devido à falência da empresa do pai de Einstein. Contudo, este mantém-se em Munique, onde prosseguiu os seus estudos. Hermann Einstein tinha planos que o filho seguisse a carreira de engenharia elétrica, mas este acabou por entrar em conflito com o regime e método de ensino da escola, não terminando o ciclo escolar. Aos 16 anos, aquando de uma visita à sua família em Pavia escreve o seu primeiro artigo o título "Sobre a Investigação do Estado do Éter num Campo Magnético". Nesse mesmo ano realizou exames de admissão para ingressar na Escola Politécnica Federal Suíça, não sendo aprovado por não ter atingido o padrão exigido em diversas disciplinas, ainda que tivesse obtido notas excecionais a física e matemática. Incentivado pelo diretor da Escola politécnica frequentou a escola Cantonal em Arau, na Suíça entre 1895 e 1896 onde viria a terminar o ensino secundário. Após a sua conclusão foi automaticamente aceite no Politécnico onde percebeu que tinha maior interesse pela física do que pela matemática. Aí conheceu a sua primeira esposa, Mileva Maric, a única mulher que frequentava as aulas de matemática e física do curso. A família do cientista desaprovou o seu relacionamento com Mileva, uma cristã sérvia. Assim, o casal, ainda solteiro, manteve o nascimento do filho primogênito em segredo, tendo-o dado para adoção. Em 1900 obtém o título de Professor de Física, porém só 2 anos mais tarde consegue seu primeiro emprego como examinador assistente no Escritório de Patentes na Suíça. Entre outras atividades dedicou-se a avaliar pedidos de patentes de dispositivos eletromagnéticos. Muito do trabalho desenvolvido relacionava-se com questões sobre a transmissão dos sinais elétricos e sincronização eletromecânica do tempo, temas pelos quais se viria a debruçar, chegando a conclusões inovadoras quanto à natureza da luz e à conexão entre tempo e espaço. Em 1903 Einstein e Mileva casam-se em Berna e a 14 de maio do ano seguinte nasce o filho Hans Albert Einstein que viria a estudar na mesma faculdade dos pais e tornar-se professor de engenharia hidráulica. Em 1905 deu-se o que o cientista considera como o seu "*annus mirabilis*": publicou quatro trabalhos revolucionários sobre o efeito fotoelétrico, o movimento browniano, a relatividade espacial e a famosa equação $E = mc^2$. No ano seguinte conclui o seu doutoramento com a tese "Uma Nova Determinação das Dimensões Moleculares". Em 1907 deu os primeiros passos na Teoria da Relatividade Geral, a qual veio publicar oito anos depois em 1915. Durante esse período acabou por abandonar o emprego no escritório de Patentes e iniciou funções como professor de eletrodinâmica na universidade de Zurique. Em 1910 nasce Edward, segundo filho do casal, que veio a padecer de esquizofrenia, acabando por ser institucionalizado. Quando o filho mais novo tinha nove anos o casal divorcia-se. Nesse mesmo ano Einstein casa-se com a prima, Elsa Löwenthal. Em 1922 foi distinguido com o Prémio Nobel da Física por seus contributos à sua física teórica e, especialmente, pela descoberta da lei do efeito fotoelétrico. Nos anos vindouros viajou por várias regiões do planeta onde se incluíram o continente asiático e uma expedição pela América do Sul, em que palestrava sobre a teoria da relatividade. No início do ano de 1933 cumpriu a sua terceira visita como professor convidado aos EUA. Quando regressava à Europa soube que a sua casa tinha sido invadida pelos *nazis*. Sem lar permanente retorna aos EUA e assume um cargo no Instituto de Estudos Avançados em Princeton. Meses antes do início da 2ª Guerra Mundial escreve uma carta ao Presidente Roosevelt, alertando sobre a possibilidade da construção de uma bomba atômica

por parte dos alemães. Na sequência desta carta foi criado um grupo de investigação nuclear entre universidades americanas. Einstein foi convidado a integrá-lo mas recusou o convite. De princípios pacifistas, o cientista confessou arrependimento por ter assinado a carta, ao então presidente americano “recomendando” a construção da bomba atômica, ainda que considere que tenha havido justificação para tal – o receio dos alemães serem os inventores da mesma. No verão de 1950 foi-lhe diagnosticado um aneurisma da aorta abdominal. Recusou qualquer tentativa cirúrgica, afirmando que “É de mau gosto continuar a prolongar a vida artificialmente. Fiz a minha parte, é hora de ir embora e eu vou fazê-lo com elegância”. Faleceu 5 anos depois a 18 de abril no Hospital de Princeton aos 76 anos de idade, tendo trabalhado praticamente até ao final da sua vida.

O menino era estranho...

O menino era estranho, isso era algo que toda a família concordava. Quando ele nasceu, a parte posterior da cabeça era “enorme”. A avó pensava que era apenas gordo, mas os seus pais estavam preocupados que fosse sinal de algum problema.

Estudos mostram que as alterações genéticas associadas à Perturbação do Espectro do Autismo são bastante variáveis, tanto em tipo quanto em frequência e em modo de herança, contemplando desde anomalias cromossômicas estruturais e mutações pontuais num único gene até polimorfismos de nucleotídeo único, variação no número de cópias, como deleções e duplicações, e alterações hipomórficas em múltiplos genes. Cerca de 20-30% das crianças com Perturbação do Espectro do autismo apresentam macrocefalia. Uma percentagem que pode chegar até aos 70% no primeiro ano de vida exhibe aumento da taxa de crescimento do perímetro cefálico. Verificou-se, ainda, que cerca de 20% das pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo e macrocefalia apresentam mutações heterozigotas no gene PTEN, o que leva a um excesso de produção de neurónios e células gliais e, consequentemente a um crescimento cerebral excessivo, gerando mais danos no ADN, podendo ser uma fonte de mutações associadas à condição.

Ele crescia...mas não falava

Surpreendentemente, não se sabe muito sobre a infância de Einstein. Na verdade, a maior parte do que está escrito são mitos e não fatos sólidos e verdadeiros. Contudo, o que é bem conhecido é que se inicialmente a preocupação da família prendia-se com sua aparência esta voltou-se para o facto de ele apresentar atrasos no desenvolvimento da linguagem. O próprio Einstein confidenciou ao seu biógrafo, Carl Seelig, que os *“pais ficaram preocupados porque comecei a falar relativamente tarde e eles consultaram um médico por causa disso”*. Tinha já cumprido o seu terceiro aniversário quando conseguiu estabelecer uma conversa e até aos sete anos de idade, sussurrava palavras para si mesmo antes de dizê-las em voz alta, repetindo-as obsessivamente. Na verdade, o termo “Síndrome de Einstein” foi cunhado para se referir a crianças que apresentavam um atraso na linguagem.

Apesar do diagnóstico de autismo ser realizado normalmente por volta dos 3 anos de idade, o desenvolvimento dos sintomas inicia-se anteriormente. No primeiro ano de vida, as crianças, tipicamente, demonstram indiferença na ligação à mãe e ausência de contacto tónico com a mesma, apresentando-se extremamente sossegados, por vezes com choro excessivo e ausência de atitude antecipatória. Padrões alterados de sono e de alimentação podem também surgir no primeiro ano. Apesar destes primeiros sinais, estas crianças geralmente não suscitam a atenção médica até ao segundo ano de vida, altura em que os atrasos da linguagem se tornam óbvios, variando de uma ausência completa da fala, compreensão pobre da fala, fala em eco, entre outras. Assim, esta torna-se a preocupação mais frequentemente apresentada pelos pais e como tal, ausência de linguagem e o comportamento social incomum entre os 18 e 30 meses, constituem muitas vezes os primeiros sinais de anomalia.

O Painel de Vidro...

Nas palavras da irmã mais nova, Albert era uma criança sonhadora, calma, segura de si e determinada. Enquanto criança, nunca se interessou por jogos e atividades preferencialmente físicas como a maioria das crianças. Em vez disso, preferia ler livros, tocar violino, resolver quebra-cabeças, problemas matemáticos complicados e construir castelos elaborados de cartas. Segundo o próprio, antes dos quinze anos, já havia dominado o cálculo diferencial e integral e aos 16 anos, escreveu o seu primeiro artigo científico sobre a investigação do estado do éter num campo magnético, que apesar de nunca publicado revelou o potencial intelectual do jovem.

Embora, tenha casado, tido vários interesses amorosos e se tivesse ajustado, até certo ponto, às exigências da sociedade, o próprio assumiu que sempre existiu um “painel de vidro” que o “separava dos seus companheiros seres humanos”.

Mesmo mais tarde na vida, ele passou muito do seu tempo sozinho fosse a navegar no seu barco ou no seu escritório. Nas suas palavras: *“Sou realmente um viajante solitário e nunca pertenci ao meu país, à minha casa, aos meus amigos ou mesmo à minha família, de todo o coração; face a todos estes laços, nunca perdi o sentido de distância e a necessidade de solidão...”*

Como descrito na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a PEA é também definida por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, os quais mostram uma variedade de manifestações de acordo com a idade e capacidade, intervenção e suportes atuais. A falta de interesse social é comum em crianças com PEA. Contudo, trata-se de uma perturbação que a aprendizagem e a compensação podem existir ao longo da vida. Aliás, indivíduos de alto funcionamento, relatam estratégias de compensação e mecanismo de coping para mascarar as suas dificuldades em público.

A Consumo pela Ciência...

Quando adulto, Einstein estabeleceu uma lista rígida de tarefas que a sua esposa devia cumprir, entre as quais se incluíam três refeições por dia servidas no seu quarto, bem como regras quanto à limpeza e organização da sua secretária. Trabalhar com Einstein, segundo Infeld, não era tarefa fácil, uma vez que obrigava a sua equipa a *“trabalhar num estado de atividade frenética”*. Apenas permitiu que trabalhassem com ele pessoas que falassem alemão fluentemente e sempre recitava passagens do poema Faust do escritor alemão Goethe. Enquanto Einstein estudava acerca de um problema de física, ele ficou tão decidido a resolvê-lo que “bloqueou” completamente o que estava a acontecer ao seu redor. Ele teria um foco tão intenso que esses pensamentos consumiram a sua vida por longos períodos. Em 1915, após três anos de trabalho no seu novo conceito de gravidade, ele percebeu que as equações matemáticas estavam erradas. Assim, durante meses, concentrou-se em nada, além das equações que explicariam o seu conceito de gravidade. Ele trabalhou em isolamento quase total. O horário de trabalho punitivo fez com que o seu cabelo ficasse branco e causou tensão no seu casamento.

Contudo, a rigidez em determinados aspetos contrastava com a excentricidade de outros. O cientista tinha a reputação de ser um espírito livre, com cabelos rebeldes e roupas desleixadas. Alegava que o *“cabelo comprido minimiza a necessidade de barbeiros”*. No aniversário de 72 anos de Einstein, os paparazzi tentavam fazê-lo sorrir para a câmara, mas, cansado dos fotógrafos, ele mostrou a língua. Outra das suas peculiaridades era não gostar de meias e recusar usá-las. Numa carta que escreveu ao primo, disse: *“Quando eu era jovem, descobri que o dedo grande do pé fazia sempre um buraco na meia. Então, parei de usar meias”*

No autismo os interesses altamente restritos e fixos tendem a ser desproporcionados em intensidade ou foco. Um dos aspetos mais interessantes de sua personalidade é a “perseveração”, um interesse obsessivo por um único objeto ou tópico com exclusão de qualquer outro. A adesão excessiva a rotinas e padrões restritivos de comportamento podem

manifestar-se em resistência à mudança. Há uma insistência na adesão a regras e rigidez no pensamento ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal.

Embora o Einstein maduro fosse obviamente um indivíduo de alto funcionamento da sua sociedade, no entanto, exibia algumas peculiaridades que realmente não se “encaixavam”.

Autismo e Génios

Os laços entre autismo e génio são nebulosos, mas reais. Em 2015, um estudo realizado pela Universidade de Ohio confirmou uma potencial ligação cromossómica entre génio e autismo. As famílias com maior probabilidade de ter filhos autistas também têm mais probabilidade de ter génios. Segundo o especialista em autismo Baron-Cohen, Einstein pode ter mostrado muitos sinais de uma PEA de alto funcionamento (S. Asperger), uma forma da condição que não causa dificuldades de aprendizagem. Há pistas de que os genes do autismo estão ligados àqueles que conferem um talento para compreender sistemas complexos, desde programas de computador a técnicas musicais.

Matemáticos têm muito em comum com pessoas com Síndrome de Asperger. Não é coincidência que muitas personalidades ligadas à área sejam diagnosticadas ou se suponha que pertencessem ao espectro. Características que se destacam são: interesses muito restritos e com foco intenso; exclusão de outras atividades, socialização com outros matemáticos ou com pessoas com o mesmo foco de interesse; dedicação excessiva e restrita à matemática; particular interesse pela música, sendo muitas vezes prodígio em ambos: música e matemáticas; procura por ordem e padrões; tendência à teimosia e obsessão; enquanto trabalham em algum problema dispensam o contato com outras pessoas por longos períodos; são mentes livres; têm fascínio por temas originais e tendência a gostar de privacidade.

Há um grande número de inventores nas áreas de engenharia e matemática (domínios particularmente atraentes para autistas de alto rendimento) que têm curiosidade e compulsão em perceber e dar sentido ao mundo. Einstein era um deles.

Conclusões

A fronteira entre o comportamento "desviante" socialmente tolerado, por um lado, e a conduta patológica, por outro, é redefinida em cada sociedade e em cada época. Anomalias de desenvolvimento são desvios de uma norma definida num determinado momento, em relação a uma situação histórica concreta, por um grupo social distinto. Além disso, a mesma evidência pode ser interpretada de maneira muito diferente por especialistas distintos.

Embora Einstein cumpra critérios que hoje se enquadram em doentes que são diagnosticados com PEA, nunca saberemos se realmente o era. À margem de diagnósticos, como tão bem as suas próprias palavras explicam: *“Toda a gente é um génio, mas se julgas um peixe pela capacidade de subir a uma árvore, ele viverá a vida inteira a acreditar que é estúpido.”* Ao ter habilidade de explorar os seus talentos, Albert Einstein contribuiu para a evolução científica, deixando um vasto legado.

Bibliografia

MUIR, Hazel. *Einstein and Newton showed signs of Autism*. NewScientist, 2003 [Acedido em março de 2020]. Disponível em: <https://www.newscientist.com/article/dn3676-einstein-and-newton-showed-signs-of-autism/>

LAVINE, Robert A. *Did Einstein Show Asperger's Traits?* Psychology Today, 2016 [Acedido em março de 2020]. Disponível na internet em: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/neuro-behavioral-betterment/201603/did-einstein-show-aspergers-traits>

GORVETT, Zaria. *Los Excéntricos Hábitos de Albert Einstein y qué Lecciones Útiles Nos Enseñan*. BBC Future, 2017 [Acedido em março de 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-40343935>

FITZGERALD, Michael, *Brain and Behaviour*. Journal of Autism and Developmental Disorders [Em linha]. vol 30, NO. 6, (2000). p. 620-621 [Acedido em março de 2020]. Disponível na internet em: https://www.researchgate.net/publication/266079379_Einstein_Brain_and_behaviour

EINSTEIN, Albert; BUCHWALD, Diana; SAUER, Tilman; ROZENKRANZ, Ze'ev; ILLY, József; HOLMES, Virginia Iris. The Collected Papers of Albert Einstein, Volume 10 (English): *The Berlin Years: Correspondence, May-December 1920, and Supplementary Correspondence, 1909-1920*, Princeton: Princeton University Press, 2006.

GODSMITH, Maurice; MACKAY, Alan; WOULDHUYSEN, James. *EINSTEIN The First Hundred Years*; Oxford: Pergamonn Press, 1980.

FITZGERALD, Michael; O'BRIEN, Brendan. *Genius Genes: How Asperger Talents Changed the World*; Kansas: [Autism Asperger Publishing Company, 2007. 309p.](#)

NEFFE, Jurgen; *Einstein: A Biography*. Nova Iorque: Farrar, Straus and Giroux, 2007.

AMOK E AS SUAS VARIANTES CULTURAIS E CONTEMPORÂNEAS

Tânia Teixeira *; João Quarenta*; Sofia Martins*; Vitor Carvalho**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

*Interna/o de Formação Específica de Psiquiatria e Saúde Mental

**Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: tania.c.teixeira@hotmail.com; jmartinsquarenta@gmail.com; sofianevesmartins444@gmail.com

Resumo

Amok é uma síndrome cultural rara, caracterizado por um episódio explosivo e súbito de raiva, que leva o indivíduo a atacar indiscriminadamente pessoas ou objetos, acabando por cometer o suicídio após o sucedido. Os primeiros registos resultaram da viagem do Capitão Cook à volta do Mundo, em 1770, após ter testemunhado tais episódios numa tribo malaia. Segundo a mitologia, este comportamento violento e repentino resulta da possessão de um tigre maligno que compele o indivíduo a um ataque violento sem consciência para tal.

No entanto, caracterizar o Amok como uma síndrome cultural ignora a existência de episódios semelhantes em culturas ocidentais e orientais, sem isolamento geográfico. Adicionalmente, e ao contrário do previsto, tais episódios são mais prevalentes na sociedade atual do que nas culturas primitivas.

Pretende-se, assim, rever as origens históricas desta síndrome e a sua evolução na vertente psicopatológica, assim como a sua relevância nos dias de hoje.

Palavras-chave: amok; síndromes culturais; psicose; história; psiquiatria forense

Abstract

Amok is a rare cultural syndrome characterized by an explosive and sudden episode of anger, which leads the individual to attack indiscriminately people or objects, eventually committing suicide after this episode. The first records resulted from Captain Cook's trip around the world in 1770, after witnessing such episodes in a Malaysian tribe. According to mythology, this violent and sudden behavior results from the possession of an evil tiger that compels the individual to a violent attack without conscience to do so.

However, characterizing Amok as a cultural syndrome ignores the existence of similar episodes in western and eastern cultures, without geographic isolation. Additionally, and contrary to expectations, such episodes are more prevalent in today's society than in primitive cultures.

It is intended, therefore, to review the historical origins of this syndrome and its evolution in the psychopathological aspect, as well as its relevance today.

1.Introdução

Amok ou “running amok” é um termo derivado da palavra malaica “mengamok”, que significa “atacar furiosamente e desesperadamente”. *Os primeiros registos resultaram da viagem do Capitão Cook à volta do Mundo, em 1770, após ter testemunhado tais episódios numa tribo malaia.* Os ataques envolveriam cerca de 10 vítimas e cessavam quando o indivíduo fosse subjugado ou abatido pelos seus companheiros da tribo, que seriam frequentemente assassinados durante o processo. De acordo com a mitologia malaia, este episódio de extrema violência seria o resultado da *possessão de um tigre maligno ("hantu belian") que compele o indivíduo a um ataque violento sem consciência para tal.* No entanto, *caracterizar o Amok como uma síndrome cultural ignora a existência de episódios semelhantes em culturas ocidentais e orientais, sem isolamento geográfico.*

Pretende-se, assim, rever as origens históricas desta síndrome e a sua evolução na vertente psicopatológica, assim como a sua relevância nos dias de hoje.

2.Perspetiva histórica do conceito amok

1.Antes de 1800

Os relatos que antecedem o ano de 1800 foram fornecidos principalmente por comerciantes e viajantes da época. Regiões como a Índia, Malásia e Indonésia eram caracterizadas por eventos semelhantes, nomeadamente conflitos entre pequenos países da região (nos anos 1000), um influxo acelerado do Islamismo (nos anos 1300), a expansão do comércio externo (no 1400), um aumento da influência dos países europeus (nos anos 1500), e a colonização europeia (nos anos 1600).

As primeiras variantes do conceito "amok" incluíam *amock*, *amuck*, *amuco*, *amaucos* e *amocchi*. A palavra 'amok' era derivada da palavra malaia *amar-kekan*, que significava “guerreiro” (*amar* significa luta ou guerra), ou da palavra *amokshya*, que se referia a algo que não pode ser libertado.

De facto, o conceito de amok foi frequentemente associado à guerra ou a questões de honra durante este período. Amok envolvia a escolha de morrer pelo seu senhor, ou por questões de honra ou vingança após ser envergonhado na guerra. Independentemente da razão ou do motivo, foi considerada uma forma honrosa de morte. Era, portanto, aceite como um comportamento positivo e honorável.

Por volta do ano 1000, pequenos países nessas regiões lutavam entre si pelo domínio territorial. Considerando a origem da palavra 'amok', ela poderia originalmente ter sido usada para descrever soldados corajosos e honrados. No entanto, também foi usado para expressar uma morte honrosa não relacionada com a guerra.

Nicolo Conti, um comerciante e viajante veneziano, descreveu o fenómeno amok em 1430, e postulou que este foi causado por um insulto resultante da tentativa de subordinação. Esses pontos são demonstrados nas seguintes citações:

“...os devedores são entregues aos seus credores como escravos; e alguns destes, preferindo a morte à escravidão, avançam com espadas desembainhadas, apunhalando todos os que caem com menos força do que eles, até que encontrem a morte nas mãos de alguém que seja superior a eles.” (Yule et al., 1968: 20)

“...Existem alguns deles (javaneses) que, se adoecerem de alguma doença grave, juram a Deus que se permanecerem saudáveis, buscarão por conta própria outra morte mais honrosa pelo Seu serviço, e assim que recuperarem, sairão às ruas com uma adaga nas mãos e matarão quantas pessoas encontrarem, tanto homens como mulheres e crianças, de tal forma que irão como cães loucos, matando até serem mortos. Eles são chamados de Amuco.” (Yule et al., 1968: 20; amok foi descrito como amuco em 1516)

Entre os séculos XI e XIII, a expansão do Islamismo foi acelerada. Na Indonésia, até ao século X, as religiões primárias eram o hinduísmo e o budismo devido à influência do rei de Mataram e da dinastia Sailendra, respetivamente. Novo Mataram tornou-se o centro de expansão do Islão no século XIII. Na Índia, o poder da fé muçulmana aumentou no século XIII, e a sua influência foi-se estendendo de Norte a Sul da Índia. Ao longo deste século, o Islão propagou-se pelos comerciantes árabes e indianos, e tornou-se a religião oficial do Sultanato de Malaca.

Outros conceitos de amok parecem ter sido influenciados por esta tendência, e o termo passou a estar relacionado com o Islamismo. Alguns acreditavam que amok era realizado exclusivamente por muçulmanos, e era associado a um comportamento negativo.

Após o aumento da influência do Islamismo e do império, comerciantes europeus viajaram para essas regiões e expandiram as suas influências, estabelecendo-se a colonização europeia no século XVI. Os portugueses e os espanhóis chegaram à Índia neste século, e os britânicos e holandeses começaram a colonização no século XVII.

Na Malásia, o Sultanato de Malaca foi estabelecido no século XIII e foi ocupado pelos Portugueses em 1511, e pelos Holandeses em 1641. No século XVI, os países europeus interessaram-se pela Indonésia como parceiro comercial na indústria das especiarias, e a Companhia Holandesa das Índias Orientais avançou para a Indonésia em 1602. O comércio de ópio aumentou com a colonização europeia, e a Companhia Holandesa das Índias Orientais garantiu um contrato de exclusividade de importação de ópio para Java. Estes eventos fortaleceram a colonização da Holanda.

Durante o processo de colonização, os nativos foram submetidos a meios de opressão, exploração e severos castigos; além disso, o ópio era um produto importante para os países europeus. O significado de amok refletia esses eventos, deixando de estar relacionado com a guerra ou com comportamentos de auto-sacrifício pelo seu senhor; ao invés, a vingança e o consumo de ópio foram descritos como responsáveis pelo amok.

Assim, o amok que era previamente considerado como um comportamento heróico, passou a ser considerado como uma forma de loucura ou um comportamento que levava à punição sob a lei europeia. O amok foi usado em tribunais pela primeira vez durante esse período, com o objetivo de suprimir a tendência dos nativos de considerar o amok heróico (Murphy, 1973). A seguinte transcrição exemplifica essa nova tendência:

“Eu vi neste mês de fevereiro, em Batávia, o carrasco a rasgar os seios de um índio negro com tenazes... Isso aconteceu porque através do mau hábito de comer ópio ele ficou louco e gritou Amocle [erro de grafia de Amock] ...no qual no seu estado de loucura matou cinco pessoas ... Tal assassino Amock às vezes tem a fama de ser um herói invencível porque ele repeliu tão virilmente todos os que o tentaram prendê-lo ... Então o governo Holandês foi compelido a captura-lo vivo para o punir de uma terrível maneira”(Yule et al., 1968: 21; amok foi chamado de amock em 1659)

Esta mudança no conceito de amok refletia a transição de um período de conflito com os países europeus pelo processo de colonização.

2. Entre 1800 e 1850

Neste período, uma descrição de amok foi fornecida pelo médico Dr. Thomas Oxley, que descreveu um paciente com amok que insistia ter sido possuído pelo diabo. No entanto, Oxley concluiu que os sintomas foram causados por gastrite ou pela exacerbação de uma úlcera gástrica. Depois desta observação, os relatos na área médica aumentaram.

No período entre o final do século XVIII e o início do século XIX, iniciou-se o período da Psiquiatria Moderna. Em 1820, Étienne-Jean Georget propôs que "delire" resultava de uma doença generalizada ou de uma enfermidade do cérebro, e em 1838 Esquirol categorizou a melancolia em dois tipos: 'Lypemanie', caracterizado por um estado depressivo, e 'monomanie', caracterizado por um estado passional. De acordo com esses conceitos psiquiátricos recém-desenvolvidos, Logan (1849) sugeriu que a monomania era a causa de amok.

Durante este período, a vingança ainda era considerada uma das causas de amok. No entanto, numa perspectiva social, o conceito de vingança sofreu uma mudança entre "vingança em prol do senhor" para algo que envolve irracionalidade ou vingança pela injustiça sofrida. Essas

mudanças também pareciam refletir uma mudança no contexto social dos confrontos entre países para um envolvendo o estabelecimento das colônias.

3. Entre 1850 e 1900

À medida que a comunidade científica demonstrou um maior interesse sobre este fenômeno, o número de artigos relacionados com as questões físicas e mentais da doença também cresceu. Por exemplo, distúrbios gastroentéricos, delírio febril e varicela foram considerados como doenças físicas que causavam amok, enquanto que a demência precoce, monomania e psicose foram considerados causas psiquiátricas para o amok. Alguns autores sugeriam que o amok fosse causado por monomania induzida por um distúrbio gastroentérico. O álcool e o ópio também foram considerados causas de amok durante esse período (Murphy, 1973).

O surgimento da Psiquiatria Moderna no início do século XIX criou o conceito de causas orgânicas nas doenças mentais, que incluíam a monomania. Estes eventos parecem ter influenciado a ideia de que amok era uma consequência da doença psiquiátrica, para o qual determinados diagnósticos (por exemplo, orgânico, monomania, demência crônica) derivaram dos novos conceitos psiquiátricos durante esse período.

Múltiplos artigos que descreviam o ópio como a principal causa da amok também aumentaram durante este período. A primeira Guerra do Ópio na China deu-se em 1839-42. Os lucros e o consumo de ópio aumentaram durante o século XIX e causou um debate político na Holanda. Isso levou ao "opium regie" em 1893 (monopólio estatal da importação, preparação e distribuição do ópio), que teve início na ilha de Madura (perto da costa javanesa) e espalhou-se por Java em 1898). O consumo de álcool era incomum na sociedade islâmica; no entanto, o número de europeus nessa área aumentou através da colonização, o que levou a um aumento no consumo de álcool nessa região.

A partir de 1850, a psiquiatria foi caracterizada pelo surgimento da Psiquiatria Psicodinâmica. Pierre Janet e Jean-Martin Charcot introduziram os hipnóticos e a teoria da histeria, Sigmund Freud propôs os conceitos de mente inconsciente e os mecanismos de defesa, e Emil Kraepelin e Karl Theodor Jaspers estabeleceram a Psiquiatria Descritiva. Além disso, várias relações causais foram esclarecidas na medicina geral. A título de exemplo, Gregor Johann Mendel descobriu a lei da genética em 1865, Heinrich Hermann Robert Koch descobriu o agente etiológico do antraz em 1876, Ronald Ross descobriu o parasita da malária no trato gastrointestinal do mosquito em 1898, e o brometo foi utilizado como o primeiro antiepilético em 1857.

As ideias sugeridas por Freud, as descobertas da patogenicidade das bactérias, do parasita da malária e a descoberta da hereditariedade no final do século XIX parecem ter influenciado a interpretação de amok durante o próximo período.

4. Entre 1900 e 1950

Durante este período, termos inovadores como mecanismos de defesa, a personalidade e a hereditariedade surgiram como potenciais causas de amok. Os mecanismos de defesa e a personalidade estavam intimamente relacionados à teoria psicodinâmica, e alguns artigos sugeriram que a regressão, a histeria, a expressão de conflito ou a personalidade poderiam causar amok.

Um artigo publicado em 1912 sugeriu que amok fosse uma doença hereditária. Tendo em conta as doenças físicas como potenciais causadoras de amok, as doenças infecciosas, a malária e a epilepsia foram todas sugeridas entre 1923 e 1927. Os canabinóides também foram pela primeira vez identificados como uma possível causa de amok durante este período.

O início do século XX foi um período turbulento. Houve duas guerras mundiais, seguidas por movimentos de independência nacional. A Indonésia declarou independência em 1945, seguida pela Índia e a Federação da Malásia em 1950 e 1957, respetivamente.

No campo psiquiátrico, Adolf Meyer apresentou o conceito de psicobiologia, propondo que a doença mental resultava da interação entre uma disfunção da personalidade e fatores sociais e ambientais (ao invés de causas orgânicas), explicando a perturbação psiquiátrica como uma reação biopsicossocial. Adicionalmente, novas terapias biológicas e físicas foram desenvolvidas durante este período, como a eletroencefalografia, a terapia de convulsão induzida por pentilenotetrazol e a lobotomia.

5. Após 1950

Em 1936, os conceitos psicodinâmicos de amok, nomeadamente aqueles que envolviam os conceitos de regressão e conflito, foram substituídos por explicações socioculturais focadas em normas e antecedentes culturais.

Alguns presumiram que a relação entre a fragilidade individual e o “background” sociocultural eram responsáveis pelo amok. Explicações políticas, postulando que o amok tinha motivações políticas e refletiam preocupações políticas surgiram na década de 1990. O comportamento agressivo, independentemente do motivo pelo qual ocorria, também surgiu como uma nova explicação para amok durante este período, e pelo menos um relatório indicou que o amok já não ocorria, incluindo nos hospitais psiquiátricos.

A partir de 1950, a psiquiatria foi caracterizada por aspetos biológicos e sociais, ao invés de psicológicos. Pow Meng Yap usou o termo “síndrome ligada à cultura” pela primeira vez em 1967. A psicanálise passou por um período difícil, e adotou-se um ponto de vista mais biológico ou sociológico (em vez de um ponto de vista psicodinâmico). Os problemas sociais resultaram da Segunda Guerra Mundial e da independência racial após a descolonização. A Guerra do Vietname ocorreu em 1960, e a perturbação de stresse pós-traumático foi incluído no DSM-III em 1980. A psiquiatria foi então associada a questões externas e sociais, em vez de internas ou pessoais, e o conceito de amok parecia refletir isso.

3. Perspetiva contemporânea do conceito amok

Atualmente, a literatura classifica amok como uma síndrome cultural, classificando o contexto cultural como o fator predominante na sua patogénese. Considerava-se que o isolamento geográfico e as crenças espirituais dos grupos primitivos produziam uma doença mental não observável em nenhum outro lugar do mundo.

No entanto, caracterizar o amok como uma síndrome cultural ignora a existência de comportamentos semelhantes observados na maioria das culturas ocidentais e orientais, sem isolamento geográfico. Adicionalmente, a crença de que amok raramente ocorre nos dias de hoje contraria a evidência de que episódios semelhantes são mais comuns nas sociedades modernas do que eram nas culturas primitivas onde amok foi observado pela primeira vez. A diminuição da incidência de amok foi atribuída à influência da civilização ocidental sobre as tribos primitivas, eliminando assim os fatores culturais que consideravam ser a causa deste comportamento violento. Diminuíram drasticamente as ocorrências modernas de amok nas restantes tribos, e os relatos na literatura psiquiátrica cessaram em meados do século XX.

Inexplicavelmente, enquanto a frequência e o interesse em amok entre as tribos primitivas diminuía, ocorrências semelhantes de violência nas sociedades industriais estavam a aumentar. No entanto, a crença de que amok era culturalmente induzida tornou-se profundamente enraizada, e a sua conexão com os episódios modernos de violência em massa passaram despercebidos.

As descrições contemporâneas de múltiplos homicídios cometidos por indivíduos são comparáveis aos relatos passados de amok. Na maioria dos casos contemporâneos, os homicídios são repentinos e levados a cabo por indivíduos com antecedentes de doença mental. Os meios de comunicação social, as testemunhas e os relatórios policiais descrevem os agressores como pessoas consideradas “estranhas” ou “raivosas”, sugerindo alguma perturbação da personalidade, ou pessoas “taciturnas” que perderam alguém ou algo de

forma súbita, indicando uma possível patologia depressiva. O número de vítimas nos episódios mais recentes assemelha-se ao fenómeno de amok, apesar das espadas malais terem sido substituídas pelas armas de fogo. O resultado para o agressor também é análogo ao amok, resultando na morte, suicídio ou na apreensão do indivíduo.

A título de exemplo, o Massacre de Columbine foi um massacre escolar que ocorreu no dia 20 de abril de 1999, na Columbine High School, em Columbine em nos Estados Unidos da América. O ataque foi planeado pelos alunos Eric Harris e Dylan Klebold, que mataram 12 alunos e um professor. Feriram 21 pessoas, e 3 delas ficaram feridas enquanto tentavam fugir da escola. Após se terem barricado na escola, ambos cometeram o suicídio.

A ligação entre o bullying escolar e o sucedido foi classificado como a principal motivação para este ataque. Segundo registos policiais, ambos foram vítimas de bullying pela equipa de futebol da escola, com múltiplas agressões, insultos e maus tratos. Após investigações ao perfil psicológico de cada agressor, conclui-se que Eric Harris apresentava uma perturbação da personalidade antissocial, enquanto Dylan Klebold apresentava uma perturbação depressiva. Eric tinha sido o mentor do ataque, apresentando traços de superioridade messiânica e esperava demonstrar essa superioridade ao mundo, enquanto que Dylan, tendo escrito várias vezes sobre o suicídio no seu diário, tinha participado no massacre como um meio de cometer o suicídio. O comentário final de Dylan, capturado a partir de um vídeo de segurança, é uma declaração resignada onde diz "Apenas saibam que vou para um lugar melhor. Eu não gostei muito da vida".

Historicamente, alguns autores descreveram 2 formas de amok: “beramok”, sendo a forma mais comum e associada a uma perda pessoal, precedida por um período de humor deprimido e taciturno; enquanto que a forma mais rara, “amok”, foi associada a sentimentos de raiva ou vingança que promoveriam o ataque. Com base nesses relatos, beramok está plausivelmente associado a uma perturbação do humor, enquanto que o amok relaciona-se com perturbações da personalidade, patologia psicótica ou perturbação delirante. Os primeiros relatos de caso sugeriam que amok não era uma patologia psiquiátrica, mas simplesmente uma descrição de um comportamento violento resultante de outra doença mental. Os múltiplos homicídios ou vítimas que resultam do amok podem representar uma manifestação incomum de um quadro depressivo, uma doença psicótica ou uma perturbação da personalidade grave. Também é possível que certos indivíduos estejam predispostos a exibir um comportamento extremamente violento quando sofrem de perturbações do humor ou de personalidade.

Atualmente, amok é considerado o resultado de um comportamento de um indivíduo com patologia psiquiátrica não diagnosticado e/ou não tratada, como por exemplo um quadro psicótico ou uma perturbação grave de personalidade. Considerando o elevado número de indivíduos com patologia psiquiátrica, como psicose, perturbações de humor e perturbações da personalidade, amok ainda é uma ocorrência estatisticamente incomum. No entanto, as consequências emocionais que deixam às vítimas, às suas famílias e à comunidade, vai para além do número reduzido e tem um efeito duradouro. A prevenção é o método mais eficaz de evitar estes danos. A Tabela 1 mostra as características encontradas em indivíduos que apresentam situações de amok nos dias de hoje. Caracterizando o amok como o resultado de uma condição psiquiátrica revela que, assim como o comportamento suicida, existem fatores de risco que podem ser utilizados para identificar estes indivíduos e proceder ao seu seguimento e tratamento médico.

Características comuns e identificáveis em indivíduos com historial de Amok
Episódio depressivo com sintomas psicóticos, especialmente PAB
PP com características violentas (PP Antissocial ou Borderline)
PP Paranoide e/ou Perturbação Delirante com ideação delirante persecutória
Perdas pessoais significativas e fatores psicossociais
Ideação homicida e suicida com pensamentos de vingança, desesperança e raiva
Patologia psicótica com ideação delirante persecutória e com antecedentes de atuar sobre a sua ideação

Tabela 1 - Características comuns e identificáveis em indivíduos com historial de Amok. PAB Perturbação Afetiva Bipolar, PP Perturbação da Personalidade.

4. Identificação

O primeiro passo na identificação e intervenção destes indivíduos é identificar a doença psiquiátrica ou stressores psicossociais que os predispõem ao amok. A identificação envolve a avaliação dos pacientes quanto aos fatores de risco que são conhecidos por estarem relacionados com comportamento violento. A literatura conclui que as doenças psiquiátricas, a personalidade, e/ou perdas recentes são fatores importantes na sua patogénese.

Com base nos relatos da literatura psiquiátrica e em evidências de relatos de casos contemporâneos, os fatores que devem ser considerados como potenciadores de risco para amok são os seguintes: antecedentes de patologia psicótica, episódios anteriores de comportamento ou ameaças violentas, perdas pessoais recentes, tentativas de suicídio e traços de personalidade significativos, ou perturbações da personalidade. Quanto maior o número de fatores de risco, maior será a probabilidade de atuar de forma violenta. Esses fatores de risco são apresentados na Tabela 2.

Muitos dos fatores de risco para amok são semelhantes aos do suicídio, e os dois comportamentos frequentemente convergem quando a intenção do indivíduo é suicidar-se após uma onda de homicídios. A maioria dos fatores de risco significativos para suicídio são apresentados na Tabela 3.

A segunda etapa da intervenção é tratar a doença psiquiátrica subjacente ou perturbação de personalidade do paciente para evitar amok.

Fatores de Risco para Amok
Antecedentes de comportamento violento e/ou ameaças
Tentativas de suicídio prévias
Fatores de stress significativo (perda de alguém significativo, problemas financeiros)
Traços de personalidade ou PP paranoide, antissocial, narcísica ou borderline
Antecedentes de patologia psicótica e comportamento violento
Patologia psicótica com ideação delirante persecutória e com antecedentes de atuar sobre a mesma
Perturbação Delirante de teor paranóide
Perturbação Psicótica com atividade alucinatória auditivo verbal sob vozes de comando
Problemáticas laborais, como despedimento repentino ou conflitos repetitivos

Tabela 2 - Fatores de Risco para Amok

Fatores de Risco para suicídio
Psicose ou Síndrome Depressivo
Antecedentes de tentativas prévias
Suporte social deficitário
Sexo masculino e com idade superior a 45 anos
Perda significativa nos últimos 6 meses (despedimento, morte de alguém importante)
Alcoolismo ou abuso de substâncias
Perturbação de Personalidade (Borderline ou Narcísica)

Tabela 3 - Fatores de Risco para o Suicídio

5. Conclusão

Alguns conceitos de amok foram transversais ao longo do tempo, nomeadamente os conceitos relacionados com honra, religião, vingança, drogas e suicídio. Estes conceitos são relativamente fáceis de enquadrar nos tempos contemporâneos. Assim, estes conceitos foram permanecendo inalterados ao longo do tempo, enquanto que conceitos mais complexos foram evoluindo de acordo com a sociedade e a cultura.

Resumindo, o conceito de amok não deverá estar inserido numa síndrome cultural, mas sim numa abordagem mais contemporânea, onde o amok representa um comportamento violento extremo que resulta de perturbação mental, de uma perturbação da personalidade ou de fatores de stress psicossociais. A identificação precoce dos fatores de risco torna-se o passo mais importante para a prevenção de casos de amok.

Bibliografia

- FLASKERUD, Jacquelyn H. - Case Studies in Amok?. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (2012) 898–900.
- HATTA, Mohamed. – A malay crosscultural view and forensic review of amok. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30 (1996) 505-510.
- IMAI, Hissei et al. - Amok: a mirror of time and people. A historical review of literature. *History of Psychiatry*. 30:1 (2018) 38-57.
- MARTIN, Manuel L. Saint. - Running Amok: A Modern Perspective on a Culture-Bound Syndrome. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1:3 (1999) 66-70.

PARANÓIA: A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E O NASCIMENTO DAS PERTURBAÇÕES RELACIONADAS

Sandra Torres*; Andreia Lopes**

Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo

*Interna Formação Específica de Psiquiatria; **Médica Psiquiatra Assistente hospitalar

Emails: sptorres@gmail.com; andreiacunhalopes@gmail.com

Resumo

Com uma história longa que remonta à antiguidade clássica, a palavra 'paranoia' tem origem grega com o significado "fora da mente" (*para* = "ao lado" e *noia* = "mente"). Contudo, como constructo clínico moderno, apenas emergiu no início do século XIX; até então aqueles que exibiam sintomas compatíveis eram, de forma geral, diagnosticados como melancólicos. Em 1818, Heinroth terá sido o primeiro a associar firmemente a paranoia a estados delirantes e comportamentos relacionados. Desde então, passando por diversas visões, a paranoia e suas perturbações relacionadas foram consideradas um importante grupo de doenças psiquiátricas até ao início do século XX. Contudo, motivada pelas classificações; que atribuíam grande enfoque à esquizofrenia, os diagnósticos de paranoia e parafrenia caíram no esquecimento. Em 1987, com a publicação do DSM-III-R, a paranoia renasce, renomeada como 'perturbação delirante', numa categoria autónoma, mantida atualmente.

Palavras-chave: paranoia, história psiquiatria, perturbação delirante, parafrenia

Abstract

With a long history that dates back to the classical antiquity, the word "paranoia" has greek's origins with the meaning "out of mind" (*para* = "beside" and *noia* = "mind"). However, as a modern clinical construct, it only emerged in the early 19th century, until then, those who exhibited paranoid symptoms were generally diagnosed as melancholic. In 1818, Heinroth was the first to firmly associate paranoia with delusional states and related behaviors. Since then, paranoia and its related disorders have been considered an important group of psychiatric illnesses until the beginning of the 20th century. However, motivated by the prevailing classifications at the time (such as schizophrenia), diagnosis of paranoia and paraphrenia fall by the wayside. In 1987, with the publication of DSMIIIIR, paranoia was reborn, renamed "delusional disorder" and entitled to its own separate category, as it is maintained today.

Keywords: paranoia, history of psychiatry, delusional disorder, paraphrenia

Introdução

Ao longo da história da psiquiatria, os delirantes perseguidos, megalómanos, místicos, etc., cujo sistema ideativo é caracteristicamente articulado, percorrem um caminho tortuoso com a sua existência a ser manifestamente questionada vezes sem conta. A paranoia, embora com um significado flutuante como se verá, é quem dá voz e lidera a evolução do conceito dos delírios sistematizados (em oposição à *dementia praecox*), do qual se faz objeto este trabalho. Assim, discorrendo desde a antiguidade clássica até ao momento atual, pretende-se focar os principais autores e suas contribuições que permitiram a evolução do conceito da paranoia e nascimento das evoluções relaciona.

Da Antiguidade clássica ao século XVIII: aparece a palavras, não o conceito

Com raízes na antiguidade clássica, a etimologia do termo paranoia deriva do grego *para* (ao lado) e *noia* (mente), tendo como significado primordial ‘fora da mente’ ou ‘pensando errado’. Por um lado, a palavra paranoia surge na maioria da literatura Grega (Aristófanes, Aristóteles, Platão, entre outros) com um significado vago e próximo de expressões como ‘maluco’ ou ‘*out of his mind*’, como as usadas nos dias de hoje em linguagem popular. Alguns autores relatam ainda a sua aplicação por parte de Hipócrates ao ‘*Delirium of high fevers*’. Em todo o caso (contrariamente à melancolia), não terá ganho o estatuto de termo técnico, ao não ser preservada em textos médicos. A palavra apenas reaparece em obras médicas no séc. XVIII, de forma a atender às necessidades classificativas características desta época. Boissier de Sauvages (1763), aquele que terá efetivado o seu renascimento, descreve-a como ‘delírio universal, leve, crónico, sem febre’ e como ‘falta de raciocínio e julgamentos corretos’, pensando-se que o autor se reportava a um quadro demencial (Lewis, 1970). Mais tarde, R. A. Vogel (1772) e William Cullen (1783), defendiam uma ampliação do termo grego, como equivalente de *vesânia* ou *morbus mentis* (insanidade ou doença mental), tendo como características centrais o prejuízo do julgamento, o curso afebril, com ausência de alucinações e ‘*erroneous appetites*’.

Por outro, o conceito dos delírios sistematizados, mais tarde associado à paranoia, não aparece reconhecido como entidade distinta, como Júlio de Matos refere “Se conheceram os delírios sistematizados, não deixaram disso documento os escritores que precederam a nossa era”. Apenas em Areteu e Celio Aureliano (a.C.), ocupando-se dos melancólicos, se encontram descrições aproximadas dos mais tarde conhecidos como ‘perseguidos’: ‘Muitos receiam que lhes propinsem venenos; os seus sentidos adquirem um redobramento de finura e que os torna suspeitosos e de uma habilidade extrema em verem por toda a parte disposições hostis experimentam uma desconfiança continua, um permanente receio de imaginarias armadilhas’(Matos, 1898).

Assim, apesar dos esforços, a palavra paranoia não se viu ser difundida nos esquemas diagnósticos e, até ao seu ressurgimento no início do séc. XIX, aqueles que exibiam sintomas paranóicos eram englobados na classe da melancolia (Dowbiggin, 2000; Lewis, 1970; Matos, 1898).

Do século XIX ao século XX

A posição da paranoia no contexto das várias formas de psicoses delirantes foi submetida a diferentes visões no séc. XIX e XX que podem ser organizadas de acordo com as escolas francesa e alemã. Enquanto na Alemanha se gerava uma preocupação intensa com a ‘questão da paranoia’, em França, de forma paralela, psiquiatras produzem literatura sobre as psicoses delirantes crónicas.

Os autores franceses e os delírios sistematizados

Entre os franceses, um líder neste desafio foi Esquirol que, em 1818, reconhecendo a existência dos ‘*délire partiels*’, decide afastar a categoria da melancolia, vinda da classificação de Pinel, e introduzir a monomania. Esta agrupa as perturbações mentais que traduzem um prejuízo psíquico apenas parcial e fixo, seja a nível da inteligência, do afeto ou da vontade, sem refletirem um comprometimento do raciocínio lógico ou do comportamento, subdividindo-a em três: intelectual, afetiva (lipemania) e instintiva. Contrapô-la à mania, um delírio generalizado que se apresenta por uma alteração alastrada a todas as funções mentais. Todavia, não têm lugar próprio os delírios sistematizados: o de perseguições uma variedade lipemaniaca e o de grandezas espalhado entre as manifestações sintomáticas de outras doenças.

Em 1852, Laségue, ao formular o conceito diagnóstico de '*Délire des Persécutions*', foi o primeiro a destacá-lo do caos da melancolia e elevá-lo à dignidade de 'espécie patológica entre as alienações mentais' (Matos, 1898). Laségue nota que num grupo de doentes com loucura parcial as ideias de perseguição são centrais e constantes. A nova psicose apresenta, como título à autonomia nosográfica, uma constelação sintomática e evolução características. Reconhece dois períodos na marcha deste delírio, um de incubação – consistindo num mal-estar absorvente e inquietante em que se suspeita vítima de hostilidades – e outro de estado – em que o delírio definitivamente se sistematiza, desenvolvendo-se pelo reconhecimento dos perseguidores (a polícia, a maçonaria, os físicos). A ausência de perturbação do humor quando atingida a sistematização delirante é particular nestes doentes: 'Há perseguidos que, mudando constantemente de casa, fatigando incessantemente magistrados e autoridades com intermináveis queixas, conservam, todavia, uma certa igualdade de humor'(Matos, 1898). Separa os 'perseguidos' em dois tipos consoante a 'reação delirante': os perseguidos passivos (o mais comum) – que se defendem através do evitamento (fugindo ao convívio, mudando de morada, suicidando-se mesmo) - e os perseguidos ativos ('*persecutés-persecuteurs*') – que respondem ao mal com o mal (ferindo ou até matando). A explicação para o modo especial de agir nos últimos, na sua visão, deriva do caráter moral preexistente à *vesânia* e não do delírio. Na escolha do perseguidor, evidenciam (ambos os tipos) uma crítica fraca na determinação dos factos e é curioso os fenómenos fortuitos que apontam como provas de perseguição: um lençol esquecido na varanda de um vizinho, a tosse de um sujeito que passa. Foville, por seu lado, abordando a loucura parcial – como representação dos delírios sistematizados na ausência de um estado depressivo ou expansivo (assim, distinta da monomania de Esquirol) -, é o primeiro a dar importância aos delírios de grandezas, que denomina de megalomania ou *Délire des grandeurs*. Ainda assim, o estudo da génese da loucura parcial e a transição entre os delírios de perseguição e grandeza, é talvez a sua contribuição mais inovadora. Ao descrever o desenrolar do delírio sob a dependência do raciocínio, dentro da esfera consciente da ideação delirante, salienta o processo lógico particular na formação destas psicoses.

Em 1878, Falret, em conjunto com Laségue, descreveu pela primeira vez o fenómeno da transferência de ideias delirantes de um indivíduo afetado primariamente para um (ou mais) secundariamente, o fenómeno que denominou de *folie à deux*.

Magnan (1881) inaugura a separação entre os delírios sistematizados e aqueles com deterioração: '*délire chronique*' (delírio crónico de evolução sistemática) e delírios dos degenerados, respetivamente. Com isto, Magnan terá sido um pioneiro na dicotomia das psicoses delirantes com e sem degeneração, antecipando os futuros debates sobre a posição nosográfica da paranoia em relação à esquizofrenia.

Numa fase posterior (pós-séc. XIX), dois autores merecem menção pela descrição de síndromes válidas também atualmente, e que integram o mundo da paranoia como delírio sistematizado sem afeição das outras faculdades. Eternizada com o nome de síndrome de Clérambault, após a publicação da eminente obra *Les Delires Passionels* em 1921, G. de Clérambault descreveu uma condição mental na qual a convicção delirante de um indivíduo, no geral uma mulher, é a de ser amada por alguém comumente de posição social e financeira superiores. O doente tende a insistir que o objeto de amor é quem se apaixona primeiro e faz as primeiras investidas amorosas. A erotomania é frequentemente associada ao nome de Clérambault, todavia, Kraepelin já teria escrito sobre uma variedade erotomaniaca da paranoia anteriormente. Contudo, em sua defesa, DeClérambault, distinguia ainda uma forma 'pura' ou 'primária' (próxima da paranoia de Kraepelin) de formas sintomáticas de outros transtornos psiquiátricos.

Em 1923, Capgras e Sérieux, na apresentação do caso de uma mulher de meia-idade que acreditava que seus parentes próximos haviam sido substituídos por sócias idênticas para roubar sua propriedade, propõem a entidade *Les folies raisonnantes* (delírios raciocinantes, de

interpretação, as loucuras lúcidas o, como é conhecido, a síndrome de Capgras), tornando-se o protótipo do conceito das síndromes de má identificação delirante, categoria esta ampliada por variantes enumeradas posteriormente (como a síndrome de Fregoli e de Intermetamorfose). Os autores consideraram-na uma entidade psicopatológica autónoma pela observação central de interpretações delirantes, em que uma sensação ou facto real são raciocinados, erradamente, à luz da convicção delirante original e, assim, adquirem uma significação pessoal.

Os autores alemães e ‘the paranoia question’

Embora os franceses tenham feito muito no séc. XIX para destacar a noção de insanidade parcial marcada por estados delirantes, nunca utilizaram a palavra. Foi entre os psiquiatras alemães que o termo ganhou terreno.

Em 1818, Heinroth foi o primeiro a associar firmemente o termo “paranoia” aos estados delirantes ao iniciar a prática alemã de usar os termos “Paranoia” e “*Verrücktheit*” (loucura em alemão) como sinónimos intercambiáveis. Definiu a paranoia como um impedimento da mente com intelecto sobrecarregado no erro de conceitos e julgamentos e sem afeção da percepção. Contudo, a impressão que os trabalhos alemães transmitem sobre a conceptualização e categorização dos delírios sistematizados é a de se ter penetrado num labirinto. À multiplicidade de termos empregues para designar ideias idênticas - *Primäre Verrücktheit* por Griesinger (1867), *Monomania* ou *Wahnsinn* por Snell (1865) ou ainda *Originäre Verrücktheit* por Sander (1868) – acrescia a falta de unanimidade em relação à sua definição e pertença nosológica, e inclusive às degenerescências psíquicas (doenças constitucionais) ou às situacionais, o que justificava a confusão à volta da “Paranoia”. Ainda, a primitividade do carácter cognitivo dos delírios sistematizados, desde o princípio admitida pelos alienistas franceses, não obtinha acordo entre os autores alemães, cujo dogmatismo impunha uma perturbação emocional na base de toda a ilusão, delírio ou alucinação – ‘*Verrücktheit* é sempre uma doença *secundária*, consecutiva à melancolia ou à mania, *resíduos de estados de exaltação ou depressão*’ (Lewis, 1970). Como foi considerado por Krafft-Ebing, mesmo a doença podendo representar um exagero de um carácter pré-existente, não é possível traçar-se entre ambas uma nítida linha divisória (como nas psiconeuroses). Outra divergência entre os autores, prende-se com a existência de uma forma aguda e crónica, como exemplo entre Westphal e Krafft-Ebing, em que o primeiro admite uma forma aguda com súbita eclosão de alucinações maioritariamente auditivas e ideias de perseguição, rejeitada pelo segundo. A presença de fenómenos alucinatórios não era consensual: considerada por alguns, como Snell na sua descrição de *Wahnsinn* com alucinações e Westphal na sua forma aguda.

Em 1894, este caos acabou por levar os próprios alienistas alemães (como Meynert, Wernicke, Krafft-Ebing, Kraepelin, Griesinger) a debater as principais questões da paranoia, durante um encontro que ficaria internacionalmente conhecido por ‘*The Paranoia Question*’. Após a discussão, concretamente sobre a sua origem e (in)existência de alucinações, apenas se alcançou consenso na substituição oficial de ‘*Verrücktheit*’ por paranoia, com significado amplo para a insanidade delirante crónica numa consciência clara e pensamento formalmente correto. Era, de fato tão amplo, que críticos posteriores alegariam que muitos daqueles com esquizofrenia, insanidade maniaco-depressiva, paralisia geral dos insanos ou mesmo histeria, eram diagnosticados como paranóicos (Beer, 1996).

A chegada de Kraepelin

A Alemanha assistiu, no fim do séc. XIX, ao apogeu do diagnóstico de paranoia, em simultâneo com a germinação de um desconforto generalizado por esta nosografia surgir num terreno extremamente instável, e é precisamente neste cenário que Kraepelin inicia a sua prática na psiquiatria alemã.

Em 1883, com a chegada da sua primeira obra, a paranoia ganha o estatuto de terceira doença, a par da *dementia praecox* e da psicose maníaco-depressiva, classificação que manteve ao longo das oito edições e para a qual concebia uma base constitucional. Segundo Kraepelin, a paranoia caracterizava-se pela manifestação de delírios bem sistematizados, cujas ‘armadilhas’, reconhecíveis desde o início, originavam um sistema delirante permanente e inabalável de desenvolvimento lento. Os delírios de teor tipicamente não bizarro, relacionavam-se frequentemente com eventos da vida real, reconhecendo-se vários subtipos consoante o tema central: persecutório, de ciúme, de grandeza e de eroticismo. Com a paranoia havia uma preservação total do processo lógico do pensamento e da personalidade (mesmo reconhecendo a possibilidade de uma personalidade pré-mórbida anormal), sendo que a única alteração comportamental observada estaria diretamente relacionada com o conteúdo delirante. Pese embora o seu curso crónico (rejeitando a ‘paranoia curável aguda’ invariavelmente ininterrupto e incurável, estes não se traduziam num processo degenerativo a longo prazo.

Na sua oitava edição (1909-1913), acaba por excluir as alucinações auditivas e interpretações erróneas auditivas do diagnóstico da paranoia, ao considerar uma nova entidade, a *paraphrenia*. Defende-a como uma condição intermédia entre a paranoia e o subtipo paranóide da esquizofrenia (*dementia praecox*), caracterizada por delírios de conteúdo fantástico e bizarro, geralmente acompanhados de alucinações e em que a deterioração do pensamento formal, da personalidade, dos afetos ou da volição não é significativa (Kendler, 1988).

A era pós-kraepelin e o declínio da paranoia

Desde o seu auge no final do séc. XIX, a paranoia sofreu um declínio acentuado, em meados do séc. XX, especialmente nos EUA, onde o diagnóstico de esquizofrenia era muito popular. Nesta era pós-Kraepelin, vários psiquiatras mostravam-se céticos perante o diagnóstico de paranoia: uns atacavam a noção de que a paranoia era incurável, outros rejeitavam de que existia independentemente da esquizofrenia e outros duvidavam que tratasse sequer de uma doença em si, culpando o legado do século XIX e a moda imperiosa em tipificar disposições individuais em doenças mentais.

Apesar das afirmações de que onde a esquizofrenia prosperou a paranoia sofreu, a verdadeira iniciativa do declínio veio de médicos insatisfeitos com as tradições clínicas do século XIX, dos quais se destacam alguns. Pese embora protegesse o *status* independente da paranoia, alegando a existência de psicoses delirantes separáveis da esquizofrenia, Ernest Kretschmer, em 1927, descarta o modelo de doença e defende antes uma psicose ‘reativa’ e psicogénica. Segundo este autor, os sintomas paranoicos tendiam a ocorrer em indivíduos com personalidades sensíveis que sob a influência de um evento-chave desenvolvem uma psicose com delírios de autorreferência e perseguição, compreensíveis à luz da sua estrutura de base: ‘Ultimately to Kretschmer there was no such thing as paranoia. There were only paranoics’ (Dowbiggin, 2000). Esta tendência psicogénica na origem da paranoia, torna-se evidente com os trabalhos de Sigmund Freud (principalmente) e de Carl Jung que enfatizam uma abordagem psicodinâmica dirigida à etiologia psicológica. Freud, mais interessado nos mecanismos psicológicos subjacentes do que no diagnóstico, propõe a existência de conflitos sexuais, nomeadamente a repressão de desejos homossexuais, como apontou com a descrição do caso de Shreber em 1911. Adolf Meyer, impressionado com as ideias divulgadas por Freud sobre a dinâmica da paranoia, defende, por sua vez, um processo de ajuste individual a situações anormais na origem da paranoia.

Na terminologia de Eugen Bleuler (1857-1939), esta psicose mantinha uma posição separada do conceito de esquizofrenia, mais abrangente que a descrita por Kraepelin, permitindo, ao contrário deste, a presença de alucinações no seu diagnóstico. Assim, na visão de Bleuler, a paranoia é reduzida a ‘uma forma psicopática de reação’ ou ‘psicose situacional’.

Deste modo, a paranoia recebe o estatuto de ‘reação psicogénica’, enquanto lhe é negado um modelo de doença. Ainda assim, os psiquiatras da época, quando dispostos a ceder-lhe uma utilidade diagnóstica, consideravam as condições paranóides como expressões das outras doenças mentais, acabando por ser usada como adjetivo – ex. esquizofrenia paranoide – tendência mantida até o presente (Schanda, 2000).

A era do DSM até à atualidade

A grande consequência dessas e de outras contribuições nas primeiras três décadas do séc. XX, foi um enorme ceticismo entre os psiquiatras perante o constructo paranoia.

Este panorama é tornado evidente com a publicação da primeira edição do DSM em 1952, que teve como principal influência a teoria psicanalítica. No caso particular da paranoia, as linhas de orientação diagnóstica exprimiam uma influência do pensamento sobretudo bleuleriano (invertendo a direção kraepeliniana dos manuais de diagnóstico anteriores da APA), atirando a paranoia para o campo da reação – ‘*paranoid reactions*’ -, retirando-lhe existência nosológica autónoma e fadando-a à extinção no final da década de 70.

Com o lançamento do DSM-III, assiste-se à atribuição de delírios em perturbações não esquizofrênicas, pela primeira vez na história dos manuais da APA. A paranoia era agora um diagnóstico de exclusão, diagnosticada quando os sintomas não correspondiam à esquizofrenia, às perturbações do humor ou ao envelhecimento. Contudo, a mudança suscitou elevada insatisfação, dada a definição dúbia sobre o *status* separado da paranoia, com limites vagos entre ela e a esquizofrenia tipo paranoide (umas das razões para a Revisão do DSM-III em 1983).

George Winokur (1977), ao observar a existência de pacientes que nada têm além de delírios, proclamou a existência do diagnóstico esquecido da paranoia. Procurando restaurar a noção kraepeliana de uma condição psiquiátrica unida num sintoma comum - delírios - propõe renomear esta entidade de *Delusional Disorder* (perturbação delirante).

Keneth Kendler (1980), saudando a descrição kraepeliana, defende a restituição nosográfica a esta entidade, argumentando que corresponde à tendência de formação de qualquer tipo de delírio na ausência de doença esquizofrênica, afetiva ou orgânica. Suportando a renomeação de Winokur, afirma que nenhum tipo de delírio é específico destas psicoses paranóides, enfraquecendo cada vez mais a lógica confusa de usar o termo ‘paranóide’ para descrever este grupo de psicoses.

Tal como Kendler e Winokur, Alistair Munro (1982) desejava fazer da formação de um estado delirante a base comum para a categoria da paranoia. Uma das suas contribuições foi o retrato de uma nova entidade – a psicose hipocondríaca monossintomática - na qual há um único delírio de teor hipocondríaco e que considerou como um novo subtipo das ‘*Delusional Disorders*’. Mas, sua contribuição verdadeiramente original foi a demonstração do sucesso terapêutico com a pimozida neuroléptica neste grupo de doentes, revelando a astúcia de Munro, o qual sabia que numa era dominada pela psicofarmacologia a sobrevivência de um diagnóstico dependia de provas passíveis de terapia medicamentosa. A boa resposta à farmacologia permitiu, ainda, rever o prognóstico (que se tinha como sombrio) para um desfecho mais auspicioso e corroborar a existência duma base bioquímica específica da paranoia, o que apoia a sua posição nosográfica distinta (Munro, 1982).

Os esforços de Winokur, Kendler e Munro lograram quando o DSM-III-R é publicado em 1987, onde a *Delusional Disorder* (Perturbação Delirante Crónica) surge finalmente como entidade distinta da Esquizofrenia e das Perturbações de Humor, onde o sintoma central é a formação de delírios persistentes e não bizarros. Aos subtipos mono-delirantes é acrescentado o somático e as alucinações, descartadas como sintoma de paranoia na edição anterior (DSM-III), passam a ser consideradas admissíveis.

Assim, a Perturbação Delirante Crónica substitui oficialmente o termo paranoia que desaparece por completo na DSM-IV (no DSM-III-R apareceria ainda mencionado entre

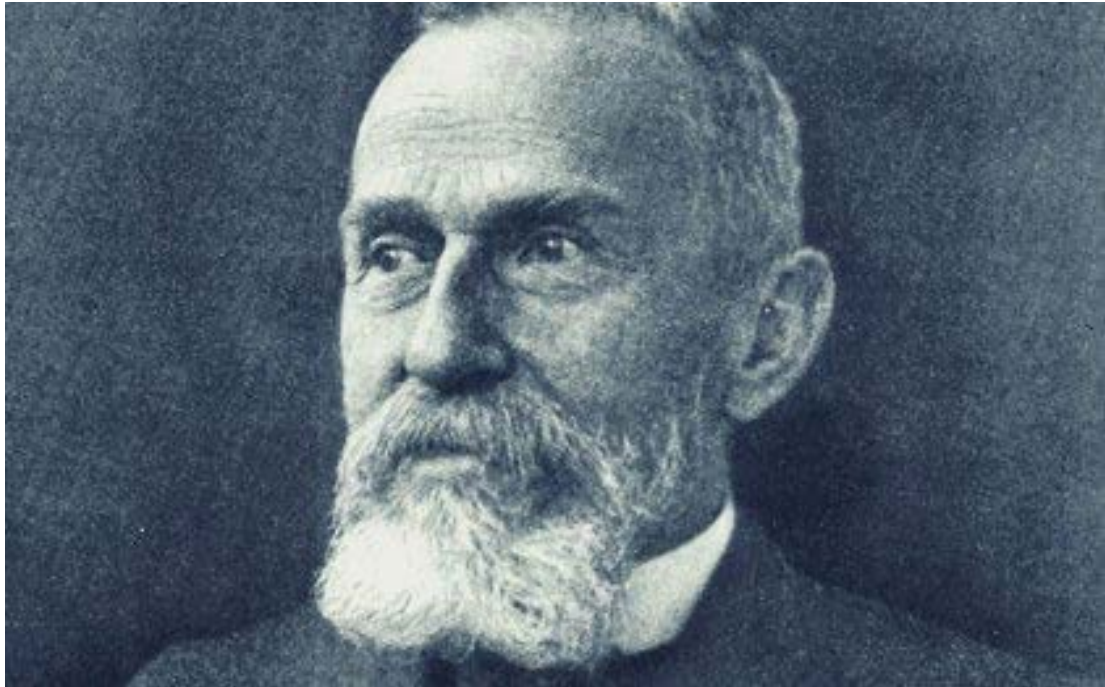
parênteses), como é mantida atualmente DSM-V. Os vestígios da paranoia ainda se observam hoje em dia, ao prevalecer a sua utilização, com a conotação persecutória dos delírios sistematizados dos franceses, tanto nas classificações psiquiátricas atuais, nomeadamente na esquizofrenia paranoide e na perturbação personalidade paranoide, como na linguagem leiga (Munro, 2004).

Conclusões

A história da paranoia pode ser definida por um labirinto de altos e baixos da sua fama entre os alienistas. A multiplicidade de termos ou visões que contribuíram para a confusão gerada à sua volta, originaram simultaneamente o nascimento de condições que ainda hoje são amplamente reconhecidas e observadas na prática da psiquiatria. Desde as síndromes de falsa identificação e síndrome de Clérambault, ao subtipo paranoide de esquizofrenia e personalidade, a evolução do conceito contribuiu para um maior conhecimento do mundo da psiquiatria. De todas as contendas anteriores sobre a sua origem e posição nosológica, resultou a noção de constituir um fenómeno cognitivo primário que, mesmo havendo sintomas afetivos ou comportamentais que lhe são consequentes, poupa a integridade das demais esferas psíquicas. O prognóstico é pouco auspicioso, se nos centrarmos na manutenção da doença, mas permissivo de uma vida psíquica quase normativa, atendendo ao seu carácter isolado perante a personalidade.

Bibliografia

- BEER, M. Dominic - Psychosis: A history of the concept. *Comprehensive Psychiatry* [Em linha]. Vol. 37, n.º 4 (1996) 273–291. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8826692/>
- DOWBIGGIN, Ian - Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease concept in the modern era. *History of Psychiatry* [Em linha]. Vol. 11, n.º 41 (2000) 37–69. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11624609/>
- KENDLER, Kenneth S. - Kraepelin and the diagnostic concept of paranoia. *Comprehensive Psychiatry* [Em linha]. Vol. 29, n.º 1 (1988) 4–11. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3277769/>
- LEWIS, Aubrey - Paranoia and paranoid: A historical perspective. *Psychological Medicine* [Em linha]. Vol.1, n.º 1 (1970) 2–12. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/paranoia-and-paranoid-a-historical-perspective/C1BDE1E255ED3A855CCA2586F01D89E0#>
- MATOS, Júlio De - *A Paranoia*. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1898.
- MUNRO, Alistair - Paranoia revisited. *British Journal of Psychiatry* [Em linha]. Vol. 141, n.º 4 (1982) 344–349. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7171909/>
- MUNRO, Alistair - *Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses* [Em linha]. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: https://journals.lww.com/jonmd/Citation/2000/05000/Delusional_Disorder__Paranoia_and_Related.16.aspx
- SCHANDA, Hans - Paranoia and dysphoria: Historical developments, current concepts. *Psychopathology* [Em linha]. Vol. 33, n.º 4 (2000) 204–208. [Acedido a 2 de out. 2020]. Disponível na Internet: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10867578/>



Emil Kraepelin

(In: <https://pt.sainte-anastasie.org/articles/psicologia/emil-kraepelin-el-padre-de-la-psiquiatria-moderna.html>)

PARAPHRENIA - THE HISTORY FROM ITS GENESIS TO NOWADAYS

Pedro Melo-Ribeiro¹; Filipa Gomes-Tavares¹; Marco Mota-Oliveira²

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Psiquiatria 1, Faro

¹Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria

²Médico Assistente de Psiquiatria

Email: pribeiro@ch.algarve.min-saude.pt

Resumo

A génese do conceito de parafrenia é atribuída a Kraepelin, sendo descrita como estando clinicamente situada entre a esquizofrenia e perturbação delirante. Contudo, com o tempo, esta entidade foi contestada, não vigorando nos sistemas de classificação atuais.

Foi efetuada uma revisão não sistemática da evolução histórica do conceito de parafrenia, com pesquisa bibliográfica na plataforma *pubmed* usando as palavras-chave “paraphrenia”, “history” e “evolution”, além de livros publicados sobre o tema.

Já décadas antes de Kraepelin, o termo “parafrenia” tinha sido utilizado por Kahlbaum. Contemporaneamente à proposta de Kraepelin, Ballet, em França, propôs uma entidade com características clínicas similares, designada por psicose alucinatória crónica. Recentemente tem havido um renovado interesse na investigação deste tema, com a formulação de novos critérios diagnósticos para parafrenia. Porém, são necessários mais estudos de forma a elucidar a posição nosológica e estabilidade diagnóstica desta entidade.

Palavras-chave: Paraphrenia; History; Psychosis; Clinical Features; Prognosis

Abstract

The genesis of the concept of paraphrenia is attributed to Kraepelin, being described as clinically placed between Schizophrenia and Delusional Disorder. However, as time went by, this entity has been contested, being absent of the current classification systems.

Non-systematic review of the history and evolution of the concept of Paraphrenia, based of research on *pubmed*, using the keywords “paraphrenia”, “history” and “evolution”, and published books on the subject.

Decades before Kraepelin, the term “Paraphrenia” had already been coined by Kahlbaum. Furthermore, contemporarily to Kraepelin’s proposal, a nosological entity named Chronic Hallucinatory Psychosis, with clinical similarities to Paraphrenia, was proposed in France by Ballet. More recently, there has been a resurgence of investigation on this topic with the formulation of new diagnostic criteria for Paraphrenia. Nevertheless, further studies are still needed to elucidate its nosological position and diagnostic stability.

Introdução

O crescente conhecimento científico e mudanças culturais condicionaram alterações na forma como, historicamente, determinadas entidades nosológicas foram mutando nos sistemas de classificação ao longo do tempo.

A parafrenia, no seu constructo mais clássico, foi referida por Emil Kraepelin em 1912 e, no ano seguinte, descrita e caracterizada na 8ª edição do seu Tratado para Estudantes e Médicos⁽¹⁻²⁾. Este constructo conflituou com a criação do conceito de esquizofrenia por Eugen Bleuler⁽³⁾ a partir do anterior conceito de Demência Precoc, da qual a Parafrenia se demarcava. O advento da revolução psicofarmacológica demonstraria nos neurolépticos um tratamento uniforme para estas entidades, mascarando qualquer evolução menos deletéria a nível clínico⁽⁴⁾.

Nas últimas décadas, e impulsionado por Alistair Munro em 1991, foram propostos novos critérios de diagnóstico⁽⁵⁾, ressurgindo interesse nesta entidade.

Esta revisão pretende abordar a evolução histórica do conceito de parafrenia desde a sua gênese, tomando como referência o conceito descrito por Kraepelin.

A evolução do conceito de Kraepelin

Na 5ª edição do seu Tratado para Estudantes e Médicos⁽⁶⁾, de 1896, apresentou a dicotomia entre a demência precoce e a loucura maniaco-depressiva. Emil Kraepelin refere-se à demência precoce, catatonia e demência paranoide como entidades separadas, e descreve a demência paranoide de uma forma compatível com aquilo que viria mais tarde a propor como parafrenia fantástica.

Na 6ª edição do seu tratado⁽⁷⁾, em 1899, menciona a paranoia, individualizada enquanto entidade, como uma alteração da atividade mental sem interferência primária da vida emocional na qual existiria um desenvolvimento gradual de um sistema inamovível de ideias delirantes e alucinações que, a existirem, seriam simples e espaçadas. Já a demência precoce tem como característica principal a sua evolução demencial, algo que diz ser transversal aos três subtipos: hebefrênica, catatônica e paranoide. Contudo, neste último, Kraepelin menciona existir um subgrupo de doentes com ideias delirantes fantásticas e ilusões que se desenvolvem de forma mais ou menos coerente, aproximando-se da descrição da parafrenia fantástica que viria a fazer mais tarde, com menção a alucinações bizarras, alterações da posse do pensamento e neologismos.

Em 1904, na 7ª edição do Tratado para Estudantes e Médicos⁽⁸⁾, Kraepelin mantém a paranoia como entidade individualizada e, no seio do subtipo paranoide da demência precoce, refere existir um grupo provisório, que ainda não nomeia, com ideias delirantes e alucinações coerentes com esses conteúdos, mas apenas com um grau moderado de evolução demencial, aludindo à ideia de evolução menos deteriorante que viria a definir as parafrenias. É então, em 1912, no Congresso dos Alienistas da Baviera, que Kraepelin⁽¹⁾ utiliza pela primeira vez o termo parafrenia, partilhando esta algumas características com a paranoia, mania e demência precoce, colocando-a, contudo, ainda sob a alçada desta última. Todavia, descreve características na parafrenia que a diferencia:

- Inquietação, irritabilidade, inconstância e impulsividade não vistas na paranoia;
- Início insidioso do seu constructo, e não agudo, como na mania;
- Colorido mais subjetivo do pensamento sem atingir a incoerência da demência precoce, além da inexistência de alterações da volição e personalidade presentes nesta última.

Em 1913, na 8ª edição do seu tratado⁽²⁾, Kraepelin descreve a parafrenia como uma entidade com pontos em comum com a demência precoce, mas com menor desenvolvimento de sintomas deficitários (volitivos e emocionais) e menor afecção da harmonia interna da vida psíquica (preservação da personalidade). É de notar que acaba por não excluir a possibilidade de evolução demencial, algo que associa mais à parafrenia fantástica. Reitera a ideia de que estes doentes se encontrariam entre a demência precoce e a paranoia, podendo, em alguns casos, ser difícil esta delimitação. Divide-a em quatro subtipos - sistemática, expansiva, confabulatória e fantástica.

Sistemática

Subtipo mais comum.

Mais frequente no sexo masculino (60%). Mais de metade com início da doença entre os 30 e os 40 anos (20% entre os 40 e 50 anos e casos isolados antes dos 25 e após os 50 anos). Refere que não parece haver transmissão hereditária.

Kraepelin caracteriza-a por *um desenvolvimento extremamente insidioso de um delírio de perseguição, cuja evolução é continuamente progressiva e ao qual se acrescentam mais tarde ideias de grandeza sem desintegração da personalidade.*

Numa primeira fase, prodrómica, verificam-se sintomas pouco específicos, com uma transformação lenta do comportamento do doente, mais silencioso, desconfiado, por vezes com bizarras ou comportamentos agressivos pontuais, particularmente dirigidos às pessoas mais próximas. Nesta fase as ideias de ciúme são frequentes.

Na fase seguinte, perentoriamente psicótica, denota-se a evolução insidiosa de ideias delirantes paranoides, inicialmente de conteúdo persecutório, que vão crescendo gradualmente, deixando o doente a sentir-se inseguro, vigiado e ameaçado. Mais tarde, as ideias delirantes assumem conteúdos de grandiosidade, muitas vezes no seguimento dos conteúdos persecutórios, sendo o mais frequente a reclamação de um estatuto social mais elevado, podendo chegar a exigir a terceiros somas avultadas de dinheiro ou relações eróticas, como descreve Kraepelin. Todos os constructos delirantes carecem de completa sistematização.

A memória, ainda que mantida na sua capacidade de retenção e evocação, torna-se contaminada pelas ideias delirantes, observando-se comumente falsas recordações delirantes. Também tardiamente surgem alucinações, em particular as auditivas, que variavam de sons e ruídos elementares até vozes que se dirigem ao próprio em forma de comentário, crítica ou acusação. As alucinações noutras modalidades sensoriais são descritas como tendo um papel muito menor, ainda que exista referência a alucinações somáticas que são interpretadas como vivências de passividade.

O humor demonstra-se congruente com os conteúdos delirantes. Ainda assim, demonstram uma adequada mobilização e ressonância de afectos.

Ainda que cause impacto na actividade dos doentes, estes mantêm uma capacidade de trabalho conservada durante muito tempo e um comportamento globalmente afável e adequado, quando fora do contexto delirante. Contudo, ausência de insight para a sua condição e os conteúdos delirantes podem implicar mudanças frequentes de residência e emprego.

Kraepelin descreve que na parafrenia sistemática não são atingidos os níveis mais elementares de demência, mantendo-se os doentes cognitivamente preservados e sem uma verdadeira desintegração da personalidade psíquica⁽²⁾.

Expansiva

Mais rara que a parafrenia sistemática.

Maioria dos doentes do sexo feminino, mais comumente entre os 30 e os 50 anos (75%).

Tal como na parafrenia sistemática, não encontrou indícios de hereditariedade, salvaguardando o número reduzido de casos.

Caracteriza-a como *uma megalomania exuberante com predomínio de humor exaltado e uma ligeira excitação*. Descreve um início insidioso, algumas vezes subagudo, de ideias delirantes autorreferenciais e de grandiosidade, regularmente na temática religiosa e erotomaníaca, que, secundariamente, podem levar ao desenvolvimento de ideias delirantes persecutórias. As alucinações visuais oníricas, com um particular carácter de espetacularidade, surgem precocemente e tendem tanto a confirmar como a dar mote às ideias delirantes. Verifica-se uma elação do humor, ou pelo menos uma moderada subexaltação psíquica, sem aceleração psicomotora invasiva, o que diferencia este subtipo de um episódio maníaco. Concomitantemente, há uma desadequação de afectos (risos infantilizados, comentários jocosos e brincadeiras infantis), assim como um discurso prolixo, facilmente partilhando a sua história. Apesar de insight prejudicado, os doentes podem passar despercebidos e estar razoavelmente ocupados. Cognitivamente há algum declínio, mas sem evolução demencial nem desintegração da personalidade psíquica⁽²⁾.

Confabulatória

Kraepelin afirma que a parafrenia confabulatória não é frequente.

Distribuição semelhante entre os sexos e uma distribuição idêntica entre as três décadas de idade que vão dos 20 aos 50 anos, sendo a média tipicamente mais jovem que nos subtipos anteriores.

A parafrenia confabulatória é referida como aparentada à parafrenia expansiva, sendo clinicamente idêntica a esta, mas distinguindo-se pelo papel dominante que as falsas recordações delirantes, movidas por confabulações, têm. As confabulações progridem com insensatez e incoerência, criando recordações delirantes imbuídas de conteúdos persecutórios e de grandiosidade que podem remontar até à infância, e são narradas com muito detalhe, como se fossem experiências recentes. Contudo, a memória não se demonstra afetada nas suas funções. O comportamento não é congruente com os relatos, sendo habitual levarem uma vida humilde em demasia para as suas crenças grandiosas e não tomar quaisquer medidas de proteção que seriam de esperar numa pessoa que se diz perseguida. O humor tende a ser ligeiramente exaltado, tornando-se por vezes disfórico, principalmente quando as ideias delirantes expostas são postas em causa. As alucinações podem não estar presentes, sendo outra diferença para a parafrenia expansiva⁽²⁾.

Fantástica

O subtipo mais raro de parafrenia, Kraepelin afirma que deve corresponder a cerca de 10% das parafrenias.

Maior preponderância do sexo masculino (60 a 70%) e quase metade dos doentes têm início da doença entre os 30 e 40 anos.

Descreve a parafrenia fantástica como uma *produção luxuriante de delírios absolutamente extraordinários, incoerentes e em mudança*.

Inicialmente predomina um humor depressivo ou ansioso, aparentando estarem desencorajados, com perda de vitalidade e ideação suicida. Lentamente, surgem ideias delirantes persecutórias e, posteriormente, também ideias delirantes de grandiosidade, com carácter bizarro e mutável, sem encadeamento e fruto de confabulações de tonalidade fantástica, criando também falsas recordações delirantes. As alucinações auditivo-verbais ocorrem invariavelmente, expressando críticas, ameaças ou felicitações dirigidas ao doente. Alucinações visuais podem acontecer, mas têm apenas um pequeno papel. As alucinações somáticas, por vezes de conteúdo sexual, tomam um lugar importante no quadro mórbido. Uma característica importante na parafrenia fantástica é a desorganização do pensamento, com descarrilamento e afrouxamento associativo, traduzindo-se em alterações do discurso, marcado por neologismos e expressões idiossincráticas, podendo tornar-se ininteligível.

Kraepelin descreve a volição como permanecendo pouco perturbada, mas refere que este será o subtipo de parafrenia no qual a evolução demencial é mais marcada, considerando a forma mais próxima da demência precoce⁽²⁾.

Segundo Nuno Borja Santos⁽⁹⁾, a última vez que trata o tema da parafrenia, em 1916, na 3ª edição das Lições Clínicas, Kraepelin apenas se refere à parafrenia sistemática, com base num relato de um caso clínico que enquadra nesta entidade. Afirma mesmo que considera este como sendo o subtipo mais consistente e mais claro em relação aos demais, completamente depurado de sintomatologia afetiva primária.

A era prévia a Kraepelin

O termo *parafrenia* surge através de Karl Kahlbaum que, em 1863, tentou agrupar doenças mentais de acordo com a sua evolução e prognóstico⁽⁹⁻¹⁰⁾. Neste esforço, identificou, entre outras doenças, a demência, definindo-a como um déficit psíquico consequente à instalação de um determinado processo. Se esse processo se desse na infância seria nomeado de *neofrenia*, enquanto se tivesse origem na puberdade ou idade adulta se denominaria de *parafrenia*. Observa-se, neste caso, uma utilização do termo de forma díspar à definição de Kraepelin.

Valentin Magnan descreve, em 1895, o *delírio crónico de evolução sistemática*, conceito próximo da parafrenia de Kraepelin, caracterizando-o como sistemático na forma como evolui previsivelmente por fases: incubação, perseguição, ambição e demência. A associação à evolução demencial diverge do conceito de Kraepelin⁽¹¹⁾. O facto de ter partido do conceito de degenerescência de Morel para a sua classificação nosológica (contrapondo esta entidade ao *delírio dos degenerados*) e de ter criado uma entidade demasiado abrangente são algumas das críticas feitas ao seu trabalho, inclusive por Kraepelin (que considerou, contudo, que uma grande proporção de casos se enquadrariam na parafrenia sistemática)⁽⁹⁾.

O conceito que parece ser mais semelhante à proposta de parafrenia de Kraepelin de 1912, é a *psicose alucinatória crónica* de Gilbert Ballet⁽¹²⁾. Quem menciona pela primeira vez este termo foi Maurice Dide, em 1910, referindo-se a quadros puramente alucinatórios e sem evolução demencial⁽¹³⁾. Contrariamente a Kraepelin, Ballet menciona que há um peso considerável de hereditariedade, que observou em metade dos seus casos⁽¹²⁾.

Na Alemanha, Eugen Bleuler publica, ainda em 1911, a sua obra *demência precoce ou o grupo das esquizofrenias* onde, entre outras coisas, cria o termo *Esquizofrenia*, partindo do conceito de demência precoce⁽³⁾. Descreve que a Esquizofrenia não se inicia apenas em idades jovens e que pode ter um prognóstico mais benigno, não evoluindo necessariamente para demência e podendo preservar os afetos. Como exemplo de Esquizofrenia com melhor prognóstico, refere o caso do juiz Schreber ao qual, curiosamente, Sigmund Freud se refere como parafrenia⁽⁹⁾.

Mais tarde, Bleuler refere, no seu *Tratado de Psiquiatria* de 1916, que tentou separar as parafrenias da esquizofrenia paranoide, mas que a sua evolução e hereditariedade indicariam que tal coisa não seria possível⁽¹⁴⁾.

E depois de Kraepelin?

W. Mayer-Gross, discípulo de Kraepelin, reviu 78 casos descritos por este último (1921), relatando que 50 dos 78 casos (64%) cumpriam, na verdade, critérios de um diagnóstico diferente. Especificamente 32 teriam critérios para o diagnóstico de Esquizofrenia. Os detalhes sobre estes resultados encontram-se na tabela 1^(10,15). Desde a publicação de 1921 de Mayer-Gross, a utilização do diagnóstico entrou em declínio^(9,16).

Charles-Henri Nodet refere-se, em 1937, ao delírio de estrutura parafrénica, afirmando que os doentes com parafrenia teriam a sobreposição de dois mundos diferentes e que demonstravam uma capacidade singular de transmutar entre estes, adaptando-se à atividade de cada um deles⁽¹⁷⁾.

Em 1940, David Henderson e Robert Gillespie expressam considerar a parafrenia sistemática como uma entidade individualizada, mencionando os restantes subtipos como sendo incertos enquanto entidades. Apesar de reconhecerem a parafrenia sistemática como uma entidade em si, mencionam não implicar um tratamento diferente, e assim, dificultando a defesa desta posição⁽¹⁸⁾. Esta dificuldade tornou-se ainda mais incrementada com o advento dos neurolépticos, nos anos 50, tornando-se este o tratamento tanto da esquizofrenia como da parafrenia, diminuindo, na prática, a necessidade de diferenciar ambas as condições⁽⁹⁾.

Julian-Daniel Guelfi, na 1ª edição do seu *Manuel de Psychiatrie* de 1960, defende que a parafrenia se encontra próxima das formas de paranoia que apresentam um desenvolvimento de delírio em rede, sendo o diagnóstico diferencial complicado em alguns casos⁽¹⁹⁾.

Durante a segunda metade do século XX, Henri Ey abordou a temática da parafrenia. Em 1960, na 5ª edição do seu *Manuel de Psychiatrie*, propõe a divisão das psicoses crónicas em sistematizadas (inclui a paranoia), fantásticas (inclui a parafrenia) e autísticas (inclui a esquizofrenia)⁽²⁰⁾.

Na edição de 1969 do tratado *Clinical Psychiatry* de W. Mayer-Gross, escrito, postumamente ao autor original, por Eliot Slater e Martin Roth, coloca-se a hipótese da individualização das

parafrenias em relação à esquizofrenia, expressando dúvidas quanto à metodologia do estudo de 1921 de Mayer-Gross e indicando alguns possíveis erros, como a falta de um grupo de controlo⁽²¹⁾.

A associação a um início tardio

Kraepelin referiu que as parafrenias tendem a ocorrer em idades mais tardias⁽⁹⁾. Outros autores também se debruçaram sobre esta característica.

Em 1931, Kurt Kolle refere-se à parafrenia como correspondendo às psicoses delirantes benignas que se compreendiam no grupo das esquizofrenias, que surgiam numa idade mais tardia⁽²²⁾.

Manfred Bleuler descreve, em 1943, a *esquizofrenia tardia* como entidade clinicamente próxima das restantes esquizofrenias, com início após os 40 anos e evolução menos desfavorável que as demais⁽²³⁾.

Martin Roth cunhou, em 1955, o termo *parafrenia tardia*, descrevendo um quadro com ideias delirantes paranoides e alucinações que surgem após os 60 anos, frequentemente em doentes do sexo feminino, com défices sensoriais, principalmente auditivo e visual, e maior isolamento social. Identifica traços pré-mórbidos esquizoides e paranoides de personalidade numa proporção significativa dos doentes com esta entidade, reforçando a menor existência de deterioração cognitiva e desintegração da personalidade. Acaba, no entanto, por referir mais tarde que poderá ser um modo de manifestação tardio de esquizofrenia, contradizendo o que teria dito anteriormente⁽²⁴⁾.

Devido à heterogeneidade das utilizações do termo *esquizofrenia de início tardio*, algumas das quais no sentido de designar parafrenia tardia, em 2000, o Grupo Internacional de Esquizofrenia de Início Tardio tomou o consenso de afirmar que existe evidência para a utilização de duas entidades diagnósticas: a esquizofrenia de início tardio (após os 45 anos) e as psicoses *esquizofrenia-like* de início muito tardio (após os 60 anos). Ambas mais frequentes no sexo feminino, estando a psicose *esquizofrenia-like* associada, à semelhança da parafrenia tardia de Roth, a défices sensoriais e a isolamento social. Afirmam que um início mais tardio destas entidades está associado a uma menor afeção a nível cognitivo. Não encontram diferenças significativas a nível patofisiológico ou etiológico, ainda que indaguem sobre o papel dos défices sensoriais nas psicoses *esquizofrenia-like*. Por fim, a nomenclatura acima referida é proposta para simplificar e fomentar a investigação destas, colocando de lado o termo parafrenia tardia⁽²⁵⁾.

A evolução da parafrenia nas classificações nosológicas oficiais

A parafrenia estreou-se nas classificações oficiais na 8ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), em 1965. Nesta podia ser vista a forma parafrénica da esquizofrenia paranoide e a parafrenia involutiva e tardia como categorias incluídas nos estados paranoides⁽²⁶⁾. Esta descrição manteve-se constante na 9ª edição da CID, em 1978, deixando de haver, no entanto, referência a idade em qualquer definição⁽²⁷⁾. Em 1993, a CID-10 menciona apenas a parafrenia tardia, considerando esta como incluída na perturbação delirante crónica⁽²⁸⁾. A 11ª edição da CID, em 2019, perde a referência à parafrenia tardia, e deixa de fazer referência à parafrenia, encontrando-se a menção à forma parafrénica da esquizofrenia, incluída, mas não definida, na codificação 6A20.Z - *esquizofrenia, episódio não especificado*⁽²⁹⁾.

Na 2ª e 3ª edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), a parafrenia surge como inserida nos estados paranoides⁽³⁰⁻³¹⁾. Contudo, desde o DSM-III, em 1980, a parafrenia iria manter-se excluída da classificação e considerada incluída na esquizofrenia, algo que se mantém no atual DSM-5⁽³²⁾.

É de notar um trabalho de 1988, de Fenton et al., no qual foram revistos, com base na revisão do DSM-III (DSM-III-R), 532 doentes diagnosticados com esquizofrenia segundo os

critérios de DSM-III⁽³³⁾. Os autores descrevem que cerca de 10% dos doentes passaram a ser diagnosticados como psicose atípica, designação esta que é dada, ainda nos dias de hoje, por falta de melhor designação, por psiquiatras que reconhecem doentes com quadros equivalentes às descrições da parafrenia⁽³³⁾.

Século XXI

Na viragem para o século XXI surge, em 1991, a proposta de Alistair Munro de novos critérios de diagnóstico para parafrenia (que se descrevem, na tradução, de 2010, por Nuno Borja Santos⁽¹⁶⁾, na tabela 2, baseado nas descrições originais de Kraepelin⁽⁵⁾).

Nesta publicação, Munro descreve a parafrenia como uma doença crónica, na qual o doente poderá manter, inicialmente, um comportamento relativamente normal, escondendo as ideias delirantes. Posteriormente, o crescimento do dinamismo das ideias delirantes traduz-se numa maior probabilidade de o doente agir de forma irracional ou até agressivamente. Refere um consenso quanto ao início na meia e terceira-idades. Mantém a ideia de existir preservação intelectual, havendo uma deterioração gradual da vida social pelo impacto das ideias delirantes. Postula que cerca de 10% dos casos poderão manifestar-se mais tarde como esquizofrenia e que, quanto mais idoso o doente for, maior probabilidade de desenvolver uma demência. Descreve ainda, como factores de risco, défice auditivo, isolamento social, ser emigrante e outros factores stressores crónicos. Por fim, a inicial distribuição equitativa entre os sexos, torna-se mais preponderante no sexo feminino na idade mais tardia. Sugere também uma prevalência de parafrenia correspondente a 10% dos casos internados de esquizofrenia⁽⁵⁾.

Em 1999, há a publicação de um estudo de investigação clínica, de A. Ravindran *et al*, que incluiu A. Munro. Este estudo conclui a individualidade da parafrenia segundo os critérios diagnósticos de Munro, com características que permitem distingui-la da esquizofrenia e perturbação delirante⁽³⁴⁾.

Nuno Borja Santos *et al*. traduziu, em 2010, os critérios de Munro para português⁽¹⁶⁾ (ver tabela 2).

No geral, todos os estudos posteriores acabam por defender que a parafrenia, ou a psicose alucinatória crónica, deverá ser considerada uma entidade nosológica independente⁽⁹⁾.

Conclusão

A parafrenia reúne controvérsia enquanto entidade independente. Se existiram, e existem, autores que a defenderam como tal, há também quem defenda que esta se detém apenas de um valor histórico, não tendo aplicabilidade nos dias de hoje face ao diagnóstico de esquizofrenia. A isto, não auxilia os esforços dos defensores deste diagnóstico a questão ainda presente quanto à estabilidade diagnóstica da parafrenia, algo que se tornou questionável desde o influente estudo de Mayer-Gross.

Mantém-se a necessidade de um esforço para incrementar a investigação clínica na área de forma a permitir esclarecer a validade da entidade em questão. Para isso, os critérios de Munro podem auxiliar a estabelecer grupos mais consistentes e homogéneos de doentes, com criação de casuísticas mais robustas e significativas que sejam acompanhadas em follow-up mais prolongado. Assim, poder-se-á efetivamente averiguar a estabilidade do diagnóstico, sua validade e descrição clínica.

Tabela 1. Resultados apresentados por W. Mayer-Gross (1921) ^(10,15)			
Subtipo de parafrenia	Descrição de Kraepelin	Revisão por Mayer-Gross	
		Mudança de diagnóstico	Parafrenia
Sistemática	45	28 14 – Esquizofrenia 5 - Paranoia 3 - Loucura maníaco-depressiva 2 - Psicose senil orgânica 2 - Psicopatía paranoide 2 - Não classificada	17
Expansiva	13	8 5 – Esquizofrenia 1 - Loucura maníaco-depressiva 1 - Psicose senil orgânica 1 - Não classificada	5
Confabulatória	11	5 5 – Esquizofrenia	6
Fantástica	9	9 8 – Esquizofrenia 1 - Não classificada	0
Total	78	50 32 – Esquizofrenia 5 - Paranoia 4 - Loucura maníaco-depressiva 3 - Psicose senil orgânica 2 - Psicopatía paranoide 4 - Não classificada	28

Tabela 2. Critérios de Parafrenias por A. Munro ⁽⁵⁾ (tradução para português de Borja Santos ⁽¹⁶⁾)
Duração de > 6 meses e as seguintes características: 1. Preocupação com uma ou mais ideias delirantes semi-sistematizadas, frequentemente acompanhadas de alucinações auditivas. Estas ideias delirantes <u>não</u> estão encapsuladas do resto da personalidade. 2. Os afetos mantêm-se notoriamente bem preservados e relativamente adequados. Mesmo em episódio agudo, o doente mostra uma capacidade de relação com os outros e uma proximidade afetiva que não é típica de qualquer forma de esquizofrenia. 3. <u>Nenhum dos seguintes</u>: deterioração intelectual, alucinações visuais, incoerência, perda marcada das associações, afetos aplanados ou marcadamente desadequados e comportamento grosseiramente desorganizado. 4. Compreensibilidade das alterações do comportamento em relação ao conteúdo delirante e alucinatório. 5. <u>Ausência</u> de perturbações orgânicas cerebrais e, quando muito, concordância parcial com o critério A para esquizofrenia da DSM-IV.

Bibliografia

- 1.KRAEPELIN, Emil - Über paranoide erkrankungen. *Zeitschrift gesamte neurol psychiatrie*. Vol. 11 (1912) 617-38.
- 2.KRAEPELIN, Emil - *A demência precoce (2ª parte) e parafrenias*. In: *obras de emil kraepelin*. 1ª edição, vol. 2. Lisboa: Climepsi editores, 2005. ISBN: 972-796-160-6.
- 3.BLEULER, Eugen - *dementia praecox or the group of schizophrénias*. Trad. De joseph zinkin. Nova Iorque: International Universities Press, 1950.
- 4.KUHN, Thomas - *A estrutura das revoluções científicas*. 5ª edição. São Paulo: Editora perspectiva, 1997.
- 5.MUNRO, Alistair - A plea for paraphrenia. *The canadian journal of psychiatry*. Vol. 36, nº 9 (1991) 667-672.
- 6.KRAEPELIN, Emil - *Psychiatrie - ein lehrbuch für studierende und äertze*. 5ª edição. Leipzig: Barth, 1896.
- 7.KRAEPELIN, Emil - *Psychiatrie - ein lehrbuch für studierende und äertze*. 6ª edição. Leipzig: Barth, 1899.
- 8.KRAEPELIN, Emil - *Psychiatrie - ein lehrbuch für studierende und äertze*. 7ª edição. Leipzig: Barth, 1904.
- 9.BORJA SANTOS, Nuno - *Parafrenias*. 1ª edição. Lisboa: Lidel, 2015. ISBN: 978-989-757-184-3.
- 10.PELIZZA, Lorenzo; BONAZZI, Federica - What's happened to paraphrenia? A case-report and review of the literature. *Acta Biomed*. Vol. 81, nº 2 (2010) 130-140.
- 11.MAGNAN, Valentin - *Le délire chronique à evolution systématique*. Paris: L'Harmattan, 1998. ISBN: 2-7384-6684-2.
- 12.BALLET, Gilbert - la psychose hallucinatoire chronique. *L'encéphale*. Paris. 2 (1911) 401-411.
- 13.DIDE, Maurice; GASSIOT, G. - la psychose hallucinatoire chronique. *L'Encéphale*. Paris. Vol. 5 (1910) 492-498.
- 14.BLEULER, Eugen - *Textbook of psychiatry*. Trad. De A.A. Brill. Montana: Literary licensing, 2013.
- 15.MAYER-GROSS, Wilhelm - Uber paraphrene psychosen. *Z gesamte neurol psychiatrie*. Berlim. Vol. 71 (1921) 187-206.
- 16.BORJA SANTOS, nuno; trancas, bruno; de oliveira, natasha - tradução para português dos critérios de alistair munro para parafrenia. *Acta med port*. Vol. 23(2010). 465-468.
- 17.NODET, Charles-Henri - *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique*. Paris: 1937. Tese.
- 18.HENDERSON, D.K.; GILLESPIE, R.D. - *A textbook of psychiatry*. 5ª edição. Edimburgo: Oxford University Press, 1940.
- 19.GUEIFI, Julien-Daniel; ROUILLON, Frédéric - *Manuel de psychiatrie*. 3ª edição. Paris: elsevier-masson, 2017. ISBN: 978-229-474-927-8.
- 20.EY, Henri - *Manuel de psychiatrie*. 5ª edição. Paris: Masson editeurs, 1960.
- 21.SLATER, Eliot; ROTH, Martin - *Clinical psychiatry*. 3ª edição. Londres: Baillière, Tindall & cassel Ltd, 1969.
- 22.KOLLE, Kurt - Die beteiligung der manisch-melancholischen anlage am aufbau paraphrener und paranoischer psychosen. *Klinisch-Genealogische Gefunden. Z. F. D. G. Neur. U. Psych*. Vol. 131 (1931) 171-196.
- 23.BLEULER, Manfred - Die spätschizophrenen krankheitsbilder. *Fortschr neurologie psychiatrie*. Vol. 15 (1943) 259-290.
- 24.ROTH, Martin - The natural history of mental disorder in old age. *Journal of mental science*. Vol. 101, nº423 (1955) 281-301.

- 25.HOWARD, robert [et al.] - Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry*. Vol. 157 (2000) 172-178.
- 26.World Health Organization, genebra, 1967 - *The icd-8 Classification Of Mental And Behavioural Disorders*. Genebra: World Health Organization, 1967.
- 27.World Health Organization, Genebra, 1977 - *The icd-9 Classification Of Mental And Behavioural Disorders*. Genebra: World Health Organization, 1977.
- 28.World Health Organization, Geneva, 1993 - *The icd-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders*. Genebra: World Health Organization, 1993.
- 29.World Health Organization, Geneva, 2019 - *The icd-11 Classification Of Mental And Behavioural Disorders*. Genebra: World Health Organization, 2019.
- 30.American Psychiatric Association, washington, dc, 1968 - *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 2ª edição. Washington, dc: American Psychiatric Association, 1968.
- 31.American Psychiatric Association, washington, dc, 1980 - *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 3ª edição. Washington, dc: American Psychiatric Association, 1980.
- 32.American Psychiatric Association, washington, dc, 2013 - *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5ª edição. Arlington, va: American Psychiatric Publishing, incorporated, 2013.
- 33.FENTON, Wayne; MCGLASHAN, Thomas; HEINSEN, Robert - A Comparison of DSM-III and DSM-III-R Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. Vol. 145. nº 11 (1988) 1946-1949.
- 34.RAVINDRAN, arun; YATHAM, lakshmi; MUNRO, alistair - paraphrenia redefined. *Can J Psychiatry*. Vol. 44. nº 2 (1999) 133-137.

DANÇA E DOENÇA MENTAL - UM PAS DE DEUX

Beatriz Abreu Cruz^{1*}; Joana de Freitas Sanches^{2*}; Carlos Perestrelo da Silva^{3**}

¹USF Reynaldo dos Santos, ACeS Estuário do Tejo; ²USF São Julião, ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras;

³Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

^{1,2} Médica Interna de Medicina Geral e Familiar; ³Médico Interno de Psiquiatria

Emails: beatrizcruz@campus.ul.pt; joana.sanches@arslvt.min-saude.pt; csilva8@campus.ul.pt

Resumo

Na História da Dança, são vários os casos de bailarinos que sofreram de patologia psiquiátrica, dos quais o mais conhecido será talvez Nijinski e a esquizofrenia. No entanto, a saúde mental é um tema que continua a ser estigmatizado, com prejuízo do prognóstico da doença.

Neste trabalho faz-se uma revisão actualizada da literatura sobre a associação entre patologia mental e dança. Verificou-se que a maioria dos estudos que avalia essa associação aborda principalmente os distúrbios do comportamento alimentar. No entanto, observa-se também alguma associação com outras patologias, designadamente perturbações do humor, da ansiedade e do uso de tóxicos. Nesta revisão pretende-se sensibilizar para esta realidade de modo a implementar medidas que visem a redução do impacto da doença psiquiátrica na saúde dos bailarinos.

Palavras-chave: saúde mental; doença mental; dança; prevenção

Abstract

During History of Dance, there are several cases of ballet dancers who suffered from psychiatric disease, namely Nijinski who suffered from schizophrenia. Although, mental health continues to be a stigmatized topic, with consequent loss in what concerns to the disease's prognostic.

With this work, we perform an updated review about the association between mental disease e dance. It was found that the majority of studies evaluating said association mainly addressed eating disorders. However, there is also some association with other pathologies, such as mood and/or anxiety disorders and substance use. This review intends to raise awareness of this reality in order to implement measures aimed at reducing the impact of psychiatric illness on the dancers' health.

Introdução

Na história da Dança, vários são os casos de bailarinos que sofreram de patologia psiquiátrica. O mais conhecido será talvez Nijinski e a esquizofrenia mas são também exemplo Martha Graham, que sofreu por síndrome depressivo e abuso de álcool, e Joseph Duell, também com o diagnóstico de síndrome depressivo que culminou em suicídio.

O estigma associado à doença mental, por vezes com origem no próprio doente, leva ao atraso na procura de ajuda especializada (1), o que pode acarretar prejuízo do prognóstico.

Sabe-se que a dança tem sido usada como adjuvante no esquema terapêutico de algumas doenças (2). No entanto, o ambiente exigente e competitivo do mundo da dança, onde a perfeição técnica mas também da imagem corporal são objectivos, pode ser factor adjuvante ao desenvolvimento de determinadas patologias psiquiátricas. (3,6)

Neste trabalho faz-se uma revisão actualizada da literatura sobre a associação entre patologia mental e dança.

Métodos

A pesquisa foi realizada em 22 de Abril de 2020, utilizando o termo MeSH “*Mental Disorders*” e o termo “*dancing*” para pesquisa de artigos científicos na bases de dados PubMed. Foram pesquisados artigos de revisão narrativa, estudos transversais e de coorte, ensaios clínicos aleatorizados e controlados, revisões sistemáticas e meta-análises, sem limitação de idioma e sem limitação de período de publicação.

Os critérios de exclusão utilizados foram os seguintes: artigos duplicados, artigos de opinião, sumários de sítios na Internet, artigos discordantes dos objectivos ou dos critérios de inclusão estabelecidos e ensaios clínicos incluídos em revisões sistemáticas ou meta-análises já seleccionadas.

Resultados

Da pesquisa inicial resultaram 161 artigos, dos quais foram seleccionados 15 trabalhos científicos através do seu título. Destes, após a sua leitura integral, foram seleccionados 6 para inclusão neste trabalho. Os restantes foram excluídos por estarem repetidos ou por incumprimento dos critérios de inclusão e dos objectivos.

O estudo transversal de ROBBESON, Justine G. et al. (2015) (3) pretendeu analisar a prevalência dos distúrbios de comportamento alimentar, do recurso a meios inadequados para controlo de peso e do estado energético de jovens mulheres estudantes de dança numa Universidade na África do Sul. Integraram o estudo 26 estudantes de dança (média de idades de 19 anos; vários estilos de dança) e 26 controlos (média de idades de 20 anos; não atletas). Os autores verificaram que mais de dois terços das estudantes de dança, nos questionários aplicados, obtinham resultados compatíveis com risco de desenvolvimento de distúrbios alimentares. No entanto, 39% das inquiridas do grupo controlo também apresentavam risco elevado para estes distúrbios. Estes resultados foram semelhantes aos já conhecidos a partir de outros estudos onde se verificou que mulheres jovens universitárias são mais vulneráveis a distúrbios do comportamento alimentar. Atribui-se que para tal haja o contributo de factores como o novo ambiente sócio-cultural quando iniciam a vida universitária, nomeadamente a pressão dos pares, e preocupações com o seu desenvolvimento. Relativamente à satisfação com a imagem corporal, as alunas de dança mostraram maiores níveis de insatisfação, indicando como motivações para diminuição de peso a aparência e o desempenho desportivo. Por seu lado, as jovens do grupo de controlo indicaram que as motivações para alteração do peso eram a aparência e a saúde. No que se refere ao recurso a medidas patológicas para controlo de peso, as mais praticadas no grupo das estudantes foram *binge-eating*, exercício excessivo, redução extrema de peso (≥ 9 Kg nos últimos 6 meses), utilização de laxantes e indução de vómito. No entanto, os autores consideraram que no grupo de controlo também existia uma elevada e preocupante percentagem de *binge-eating* e comportamentos purgativos. Verificaram também que a maioria das participantes (81% em ambos os grupos) apresentava níveis energéticos sub-óptimos mas dentro do recomendado quando o objectivo é a perda de massa gorda.

Como limitações deste trabalho, destaca-se o possível enviesamento dos resultados por ter sido utilizada uma amostra de conveniência de voluntários, bem como a impossibilidade de avaliar a existência de perturbações do comportamento alimentar (PCA) uma vez que o seguimento das jovens com pontuações compatíveis com alto risco não foi mantido.

Os investigadores concluíram que as estudantes devem ser educadas para um controlo do peso saudável de modo a diminuir o risco de PCA e de níveis energéticos sub-óptimos. Também a equipa que presta apoio a estas atletas, nomeadamente os profissionais de saúde, devem receber formação sobre alimentação saudável, riscos associados a défice de energia e promoção de objectivos corporais saudáveis e realistas. Por fim, reconhecem que é necessária mais investigação sobre as PCA em bailarinos, bem como noutros grupos de atletas.

Partindo do pressuposto de que os bailarinos apresentam risco de PCA, LIU, Chao Yu et al. (2015) (4) propuseram-se a caracterizar essas perturbações numa população de bailarinas de Taiwan, bem como as co-morbilidades psiquiátricas associadas, fazendo o seu acompanhamento durante 1 ano. O estudo foi desenvolvido em duas fases, sendo que na primeira participaram 442 bailarinas e na segunda 311 bailarinas, com média de idades de 16,3 anos. Verificaram que 15,4% das 442 inquiridas apresentavam uma PCA de acordo com o DSM-IV (anorexia nervosa 1,6%; bulimia nervosa 4,3% e 9,5% não especificada) e que mais de metade destas apresentavam pelo menos uma co-morbilidade psiquiátrica: 47,1% apresentava perturbação do humor e 30,9% perturbação de ansiedade. De entre as perturbações de ansiedade, verificou-se que Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) foi a que apresentou um risco relativo mais elevado de ocorrer nos doentes com PCA. Quanto a consumo abusivo de álcool ou substâncias, nenhum bailarino deste grupo o apresentava. Foi ainda detectado que o grupo com PCA tinha taxas mais elevadas de história de críticas relativas ao peso elevado, preocupação com a imagem corporal, stress psicológico, neuroticismo e baixa auto-estima quando comparado com o grupo sem PCA. A análise multivariável demonstrou que história de críticas ou provocações sobre o peso e preocupações relativas à imagem corporal estava significativamente associadas a PCA neste grupo. Verificou-se também que a prevalência de PCA era superior nos alunos de dança clássica (16,4%) comparando com os de outras danças (12%).

Tendo em conta que os factores mais associados a PCA foram insatisfação com imagem corporal e susceptibilidade a críticas relativas ao peso, e que esta crítica frequentemente parte dos treinadores e dos colegas, os investigadores ressaltam a importância de criar ambientes onde não sejam feitos julgamentos sobre o peso dos bailarinos. É ainda destacada a pertinência de desenvolver projectos para a promoção positiva da imagem corporal. Por fim, é realçada a importância de identificar e tratar as co-morbilidades, como ansiedade e depressão.

Neste estudo transversal, THOMSON, P. et al. (2015) (5) propuseram-se a avaliar a prevalência de PSPT, tipologia de evento traumático e psicopatologia associada em 209 bailarinos profissionais e pré-profissionais expostos a eventos traumáticos. Estudos prévios indicavam que a população em causa parecia ter maior proporção de situações de luto não resolvido e de eventos traumáticos. A amostra era composta em cerca de dois terços por mulheres e em um terço por homens. A média de idades dos participantes foi de 23,59 anos. Foram aplicados questionários e escalas de auto-reporte com o propósito de avaliar as vivências traumáticas, mecanismos de adaptação às mesmas e possíveis psicopatologias associadas. Os autores verificaram que o grupo dos bailarinos apresentava PSPT mais frequentemente do que a população geral (20,2% vs 7,8%), tendo experienciado mais adversidades durante a infância (abusos, negligência e disfunção familiar) e eventos traumáticos enquanto adultos. O mesmo grupo tinha também mais frequentemente familiares com doença mental; metade dos bailarinos com PSPT referia incapacidade para falar sobre o seu trauma e 17% referiu ideação suicida; o mesmo grupo apresentava também taxas mais elevadas de patologia psiquiátrica (ansiedade, depressão, dissociação). Entre aqueles que desenvolveram PSPT, foi mais frequente registar-se tendência para a fantasia e para o desenvolvimento de estratégias de adaptação (*coping*) orientadas pelas emoções, o que aumenta a instabilidade psicológica.

Tendo em conta o número significativo de bailarinos com PTSD e o importante impacto físico e psicológico que a patologia pode ter na vida dos doentes quando não identificada e tratada, os autores recomendam que os bailarinos e os seus professores procurem ajuda quando expostos a situações traumáticas. É também recomendado que os profissionais de saúde investiguem a hipótese diagnóstica de PSPT, que pode estar subdiagnosticado, e o desenvolvimento de planos de tratamento, melhorando a saúde mental desta população.

PERIC, M. et al. (2016) (6) procuraram explorar a prevalência e associação entre PCA, uso abusivo de substâncias e amenorreia, integrando factores sócio-demográficos. A amostra utilizada era composta por 21 bailarinas croatas profissionais de dança clássica com média de idades de 21,3 anos. Os dados do estudo foram resultantes de questionários e escalas aplicadas. Relativamente ao consumo de álcool, verificaram que 26% dos bailarinos referia episódios de *binge-drinking* uma vez por mês e 5% faziam-no mais do que duas vezes por semana. Em relação ao tabagismo, 40% das bailarinas eram fumadoras e 25% faziam-no diariamente, resultado inferior ao obtido em estudos anteriores. Quanto aos hábitos de consumo de outras substâncias, 35% das bailarinas referiu consumo de drogas, 58% utilizava suplementos nutricionais e 90% consumia analgésicos (53% de forma ocasional e 37% regularmente). Verificaram ainda que 63% das bailarinas já tentara perder peso durante a sua carreira, 32% fizeram três ou mais tentativas para tal e 10% estava a tentar perder peso aquando da realização do estudo. Foram também avaliadas as associações entre algumas das variáveis inquiridas: bailarinas com níveis académicos superiores apresentaram menor prevalência de tabagismo e *binge-drinking*; o consumo de álcool foi superior nas bailarinas que consumiam analgésicos e naquelas com maior pontuação nos questionários sobre PCA; mulheres que utilizavam suplementos alimentares tinham menos probabilidade de recorrer a analgésicos.

Os autores concluem então que o consumo de álcool se associa a PCA e que estas estão associadas à ocorrência de amenorreia em bailarinas profissionais. Tendo em conta os efeitos negativos que o consumo de álcool pode ter sobre o peso corporal, os autores consideraram inesperada a associação entre maior consumo alcoólico e pontuações mais elevadas no questionário relativo a PCA. Consideraram que tal pode acontecer por desconhecimento dos efeitos deste comportamento, resultando em PCA, pelo que este é um ponto que os autores destacam como merecedor de atenção na educação dos bailarinos. Os autores recomendam o aconselhamento dos bailarinos de modo a evitarem os riscos associados ao consumo inadequado, e por vezes concomitante, de álcool e analgésicos, nomeadamente risco de toxicidade por acetaminofeno e hemorragia gastrointestinal.

Partindo do princípio que bailarinos jovens têm maior risco de desenvolver distorções da imagem corporal, KAZAREZ, M. et al. (2017) (7) desenvolveram o seu trabalho sobre a percepção e distorção da imagem corporal de 298 alunas de programas profissionais de dança com idades entre os 11 e os 24 anos. Os investigadores aplicaram escalas para avaliação da percepção da figura feminina e masculina, da imagem percebida e ideal, da distorção, da insatisfação e dos índices entre a realidade e a idealização. No que concerne à avaliação da imagem corporal, verificou-se que as alunas tinham opiniões menos severas relativamente a figuras femininas do que a masculinas. Quanto ao índice de distorção da imagem corporal, verificou-se que apenas as alunas dos 5º e 6º ano do curso tinham menos tendência para distorção da imagem, havendo uma correlação inversa entre este parâmetro e a idade; alunas de cursos mais iniciados tinham mais tendência para a distorção da imagem corporal. Todos os anos académicos mostraram insatisfação quanto à sua imagem, considerando que deviam ser mais magras do que aquilo que percepcionavam ser – viam-se mais volumosas do que aquilo que realmente são – e esta conclusão foi mais evidente em níveis académicos inferiores. Quando comparados os índices de massa corporal (IMC) real com o idealizado pelas alunas, as bailarinas do 1º ano académico vêem como ideal um IMC superior ao seu, as dos 2º e 3º anos desejam ser tal como o são na realidade e as alunas a partir do 4º ano idealizam um IMC inferior ao que apresentam. Estas alterações da percepção da imagem corporal podem conduzir a insatisfação com a imagem e consequentemente a PCA. Ainda assim, no presente estudo, o número de participantes identificados como em risco de desenvolver PCA foi considerado baixo (n=10). Os investigadores apontam como necessário o desenvolvimento de mais trabalhos sobre a relação entre a distorção da imagem corporal, o grau académico e a idade das bailarinas, bem como a relação entre idade/ grau académico

e desenvolvimento de PCA. Por fim, é recomendada que haja formação dos bailarinos no sentido de reconhecerem a imagem corporal ideal para maximizar o seu rendimento e sem sacrificar a sua saúde.

ARBINAGA, F. (2019) (8) propôs-se a avaliar a relação entre o nível de dependência de nicotina e a qualidade do sono de 116 alunos de vários estilos de dança e que frequentavam conservatórios públicos de dança em Espanha. As mulheres representavam 83,6% da amostra e a idade média de todos os participantes foi de 21,16 anos. Em entrevista, foram colhidos dados sócio-demográficos dos participantes, dados relativos ao seu percurso na dança e dados biométricos. A qualidade do sono e a dependência de nicotina foram avaliados através de escalas adequadas. Relativamente à qualidade do sono, 59,5% (mulheres 62,9%; homens 42,1%) da amostra obteve resultados compatíveis com fraca qualidade. Quanto ao tabagismo, 20,7% dos participantes referiu ser fumador, a maioria dos quais (91,7%) com baixa dependência de nicotina. Verificou-se que os alunos fumadores obtinham resultados mais desfavoráveis nos questionários de qualidade do sono: menos horas de sono, mais tempo até adormecer, sono pouco eficaz e mais disfuncionalidade associada a questões relacionadas com o sono durante o dia. Não foram detectadas diferenças nos resultados entre os alunos de diferentes tipos de dança.

O autor concluiu que os dados existentes justificam que o abuso de tabaco e patologia do sono sejam abordados nos programas de treino dos bailarinos em fase pré-profissional.

Discussão

Perante os resultados obtidos, verifica-se que a maioria dos trabalhos feitos na área da saúde mental no mundo da dança foca-se principalmente nas PCA e nos abusos de tabaco, álcool e substâncias. Alguns trabalhos, como os de THOMSON, P. et al., abordam também as perturbações do humor e da ansiedade, com especial enfoque na sua associação com PSPT. Há necessidade de desenvolver estudos que abordem outras patologias, como as perturbações de personalidade, de ansiedade ou de humor.

Verifica-se também que a maioria dos estudos utiliza como amostra bailarinos de dança clássica, quer estes representem a totalidade ou apenas uma parte da amostra, sendo a investigação aplicada a bailarinos de outros tipos de dança menos frequente. Esta poderá ser uma limitação destes trabalhos por não tornar a amostra de praticantes de dança suficientemente diversificada. No entanto, reconhecemos que é igualmente relevante caracterizar de forma o mais detalhada possível a ocorrência de psicopatologia, pelo que pode ser importante analisar individualmente os eventos associados a cada estilo. Ainda em relação ao que à caracterização das amostras diz respeito, verifica-se que na maior parte dos trabalhos, os grupos estudados são maioritária ou totalmente constituídos por mulheres, o que representa uma limitação, à semelhança do já discutido no ponto anterior. Do mesmo modo, o facto de a maioria dos estudos utilizar populações muito jovens, não permite a caracterização da patologia mental em bailarinos de idades mais avançadas ou até mesmo já afastados dos palcos ou com funções de ensino, o que poderá ser um ponto importante para a investigação na área.

Será pertinente o desenvolvimento de mais trabalhos nestas áreas, tentando responder às limitações apontadas, de modo a caracterizar melhor estas associações e a ajudar os doentes de forma mais adequada.

Conclusão

Destaca-se a necessidade de desenvolver programas de sensibilização e educação para a prevenção da estigmatização da imagem corporal e da saúde mental. Estes devem ser desenvolvidos desde cedo na carreira dos bailarinos, para que desde jovens tenham ferramentas para prevenção de doença e para que saibam reconhecer quando e como procurar ajuda. Neste âmbito, é também importante esclarecer os bailarinos sobre os riscos

para o organismo associados ao consumo de substâncias e consequente impacto no seu rendimento.

Estes trabalhos destacaram a importância de sensibilizar profissionais de saúde para a pesquisa activa de patologias, permitindo uma intervenção atempada. Similarmente, aqueles que trabalham com bailarinos, como professores, devem receber formação para reconhecerem alunos com risco de doença mental e para evitarem atitudes que possam conduzir a estas patologias. Finalmente, há que sensibilizar os *media* para a saúde mental e promover a disseminação de imagens corporais positivas para que se alterem os estereótipos vigentes.

Bibliografia

- 1.SCHNYDER, Nina, et al. - Association between Mental Health-Related Stigma and Active Help-Seeking: Systematic Review and Meta-Analysis. *British Journal of Psychiatry*, vol. 210, n. 4 (2017) 261–68. DOI.org (Crossref), doi:10.1192/bjp.bp.116.189464.
- 2.FENNER, Patricia, et al. - Provision of Arts Therapies for People with Severe Mental Illness». *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 30, n. 4 (2017) 306–11. DOI.org (Crossref), doi:10.1097/YCO.0000000000000338.
- 3.ROBBESON, Justine G., et al. - Disordered Eating Behavior, Body Image, and Energy Status of Female Student Dancers». *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. vol. 25, n. 4 (2015) 344–52. DOI.org (Crossref), doi:10.1123/ijsem.2013-0161.
- 4.LIU, Chao-Yu, et al. - Comorbid Psychiatric Diagnosis and Psychological Correlates of Eating Disorders in Dance Students. *Journal of the Formosan Medical Association*. vol. 115, n. 2 (2016) 113–20. DOI.org (Crossref), doi:10.1016/j.jfma.2015.01.019.
- 5.THOMSON, Paula, e S. VICTORIA Jaque. - Posttraumatic Stress Disorder and Psychopathology in Dancers. *Medical Problems of Performing Artists*, vol. 30, n. 3 (2015) 157–62. DOI.org (Crossref), doi:10.21091/mppa.2015.3030.
- 6.PERIC, Mia, et al. - Disordered Eating, Amenorrhea, and Substance Use and Misuse among Professional Ballet Dancers: Preliminary Analysis». *Medycyna Pracy*, vol. 67, n. 1 (2016) 21–27. medpr.imp.lodz.pl, doi:10.13075/mp.5893.00294.
- 7.KAZAREZ M, et al.. - Percepción y distorsión de la imagen corporal en bailarinas españolas en función del curso académico y de la edad. *Nutrición Hospitalaria*. vol. 35 (2018) 661-668mDOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1388>
- 8.ARBINAGA, Félix - Dependence on Nicotine and Subjective Quality of Sleep in Conservatory Dance Students. *Journal of Dance Medicine & Science*, vol. 23, n. 3 (2019) 97–103. DOI.org (Crossref), doi:10.12678/1089-313X.23.3.97.

VALENTIM DE BARROS - A LOUCURA DE SER DIFERENTE

Beatriz Abreu Cruz^{1*}; Carlos Perestrelo da Silva^{2**}; Joana de Freitas Sanches^{3*}

¹USF Reynaldo dos Santos, ACeS Estuário do Tejo; ²Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria;

³USF São Julião, ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras

*Médica Interna de Medicina Geral e Familiar; **Médico Interno de Psiquiatria

Emails:beatrizcruz@campus.ul.pt; csilva8@campus.ul.pt;

joana.sanches@arslvt.min-saude.pt

Resumo

Valentim de Barros (1916-1986) foi um bailarino português que após uma curta carreira internacional acabou por viver a maior parte da sua vida no Hospital Miguel Bombarda, no pavilhão de alta segurança. Oficialmente, a doença psiquiátrica que justificava os internamentos e tratamentos a que foi submetido foi homossexualidade, ainda que outros diagnósticos pudessem ser e tenham sido ponderados. Após a descriminalização da homossexualidade em Portugal, em 1982, o bailarino continuou a residir no seu quarto-cela no Hospital Miguel Bombarda até à sua morte.

Palavras-chave: saúde mental; doença mental; dança; sexualidade

Abstract

Valentim de Barros (1916-1986) was a portuguese ballet dancer who, after a short international career, ended up most of his life at Hospital Miguel Bombarda, in the high security ward. Officially, the psychiatric disease that justified the internments and treatments applied was homosexuality, even though other diagnosis could be and were placed. After homosexuality descriminalization in Portugal, at 1982, the dancer continued to live in his cell-room until his death.

Introdução

Até há um Passado recente, durante o século XX, a homossexualidade foi vista em Portugal como doença e como crime. No século XXI, continua a sê-lo em algumas regiões do mundo. E mesmo onde a Ciência e a Justiça já abandonaram as suas antigas posições, o preconceito continua a vigorar.

Valentim de Barros, bailarino do século XX português, foi exemplo da abordagem da homossexualidade enquanto patologia psiquiátrica, mesmo quando outros sinais de verdadeira doença poderiam estar presentes.

Neste trabalho pretende-se revisitar o que foi a vida de Valentim, recorrendo a entrevistas que lhe foram feitas, a relatos daqueles que o conheceram e a trabalhos que se debruçaram sobre esta figura. Pretende-se ainda abordar a visão da homossexualidade como crime e doença psiquiátrica no Século XX em Portugal, reflectindo sobre o consequente impacto na saúde e liberdade do indivíduo, bem como o papel da Sociedade como agente para a Saúde Mental.

Valentim de Barros

Valentim de Barros nasceu em Lisboa em Novembro de 1916, ano em que foi oficialmente declarada guerra entre Alemanha e Portugal, no contexto da I Guerra Mundial, sendo que já desde 1914 os soldados portugueses combatiam os alemães nas colónias africanas. Valentim foi o último de uma fratria de oito, sendo que três dos seus irmãos já haviam morrido aquando do nascimento do filho mais novo de Ana da Encarnação e Joaquim José de Barros(1).

De acordo com os registos de internamento no Hospital Miguel Bombarda (HMB) citados por Bruno Horta (1), Valentim foi uma criança admirada e acarinhada pela mãe. Quanto ao pai, sabe-se que tinha formação académica em Ciências Histórico-Naturais, pertencia à Sociedade Broteriana de Coimbra e à data da sua morte era professor-assistente de botânica na Faculdade de Ciências de Lisboa. Em data incerta, os pais de Valentim separaram-se, tendo o pai posteriormente vivido com uma *senhora alemã*, como Valentim refere a Maria João Avillez na entrevista de 1980 para o jornal *Expresso* (2).

Valentim, segundo a mãe, já em jovem era prendado para trabalhos manuais como rendas e bordados. Mas foi a dança o seu interesse maior e cedo o revelou nas demonstrações que fazia em casa para os amigos (1). Aos 14 anos terá começado a ser ensinado por um homem, um amigo, cujo nome nos é desconhecido, que o visitava em sua casa e quem, nas palavras da mãe de Valentim, “*lhe meteu o vício no corpo*”. Este amigo terá morrido após um ano, deixando o jovem desolado: “*Estou inconsolável. Morreu o meu amante, morreu o meu marido... Nunca mais voltarei a ter alegria e felicidade... Daqui por diante não me chame mais de seu filho, chame-me sua filha, chame-me Valentina*”, terá dito à sua mãe que posteriormente o narrou ao médico do HMB (3).

Quanto aos estudos, segundo o próprio, fez o primeiro ano no Liceu Passos Manuel e depois começou a ter aulas de dança com a bailarina alemã Ruth Aswin no Teatro Nacional D. Maria II (2). Inicialmente a família não tinha conhecimento destas aulas mas ao descobrir, o pai tê-lo-á pressionado para abandonar a dança, o que Valentim não aceitou (1). Dedicou-se também ao teatro, à pintura e à música e terá sido dos primeiros bailarinos portugueses a internacionalizar-se, segundo Luís d’Oliveira Nunes (4).

Em meados dos anos 30, quando tem 20 anos, foge para Espanha com uma Companhia de Bailado e aí dança em bares e cabarés de Madrid e Barcelona. Com o desenrolar da Guerra Civil Espanhola, num ambiente de violência e falta de alimentos, é preso pelos republicanos, conseguindo fugir graças ao travestismo que praticava, vestindo-se de freira. Quando conseguiu fugir do cativeiro, foi para Itália, França e por fim Alemanha, continuando sempre a dançar. Neste país, passou por Essen, Berlim e finalmente Estugarda, onde permanece entre 1937 e 1938, e onde atinge um lugar de maior importância entre os bailarinos do Teatro da Ópera. Assistia-se ao crescimento da Alemanha nazi e Valentim relata que chegou a dançar em festas do regime em palácios e que recebeu uma condecoração alemã pelas mãos de Goering, em nome de Hitler (1-4).

Apesar do seu sucesso, em Maio de 1938 sai da companhia de Estugarda e regressa a Portugal. Os motivos do regresso são pouco claros: por um lado é referido o impacto do começo da II Guerra Mundial (4) mas também há registos de que nos seus últimos meses em Estugarda se terá envolvido em diversos conflitos, nomeadamente no local de trabalho, por sucessivos atrasos ou faltas de comparência, por se envolver com elementos da orquestra e também pelo consumo de estupefacientes com repercussão no seu comportamento (1). Luís d’Oliveira Nunes escrevia em 1968 no *Diário de Lisboa*:

“A guerra estava, contudo, prestes a estalar e, impulsionado pelos acontecimentos, Valentim de Barros teve de voltar à Pátria, desta vez já em circunstâncias dramáticas, porque, sem dinheiro, fora obrigado a recorrer ao auxílio do nosso representante diplomático. Este é um período um pouco confuso da sua vida. // Envolvera-se entretanto no uso de narcóticos, assim se acentuando as suas tendências nervosas.” (4).

Já Bruno Horta, faz referência a um período de prisão em 1937, em Berlim, posteriormente relatado por Valentim ao médico assistente, devido a um conflito com outro bailarino. No entanto, segundo o jornalista, os documentos oficiais obre a sua passagem por Estugarda contrariam que esta ocorrência se tenha dado naquele período (1).

Em Junho de 1938 chega a Lisboa e é-lhe imediatamente apreendido o passaporte de modo a que não possa sair do país. Assumindo uma identidade falsa, regressa à Alemanha mas é novamente devolvido a Portugal entre Dezembro 1938 e Janeiro de 1939, sendo nessa ocasião preso no Porto pela Polícia de Vigilância e Defesa do Estado (PVDE) (1,3). António Fernando Cascais, no texto “Onde eu não dance, a solidão fá-lo por mim: Valentim de Barros”, incluído na obra *Hospital Miguel Bombarda 1968*, refere que a PVDE chegou a averiguar uma possível motivação política associada à sua expulsão da Alemanha mas que esta hipótese foi excluída (5).

Durante os quase três meses em que esteve preso, tem alguns episódios de violência, levando os agentes da PVDE a questionar a sua sanidade mental. Em Janeiro é observado pelo médico da PVDE que assume a hipótese de apresentar “*alienação mental*” e que Valentim “*teve um acesso de melancolia, mas tem tido fases de excitação*”. Há ainda a indicação de que enquanto está preso não come por pensar que o querem envenenar. (1,3). Surge a dúvida se Valentim é efectivamente doente ou se o finge ser de modo a não ser responsabilizado pelas acusações que lhe são feitas. Em Março é avaliado no Hospital Psiquiátrico Conde Ferreira e é-lhe diagnosticada “*esquizofrenia paranóide*”. (3) Foi considerado inimputável.

No final de Março de 1939 regressa a Lisboa e é entregue à família, em liberdade (1,3). É também nesta altura que o seu pai morre. Valentim de Barros vive com a mãe em Lisboa e, segundo o artigo de Luís d’Oliveira Nunes, tornara-se agressivo, sonhava em delírio que era Nijinski e vestia-se de mulher publicamente. Terão sido estes os motivos que o levaram a ser internado pela família no Hospital Miguel Bombarda aos 22 anos. No seu trabalho, Bruno Horta cita excertos do processo clínico de Valentim à entrada no hospital psiquiátrico: o médico que o avalia descreve-o como tendo “*modos afeminados, melífluos, dengosos, denunciando a sua inversão sexual*”. No mesmo processo constam também relatos dos parceiros sexuais e relações amorosas do bailarino, tanto em Portugal como no estrangeiro, desde os 14 anos de idade (1). Seguem-se então alguns meses de internamento, ao fim dos quais tem alta, regressando ao hospital ao fim de outros tantos, em Janeiro de 1940 para um período de internamento mais longo e com os diagnósticos de “*psicopatia homossexual e pederastia passiva*” (1,3).

Os enfermeiros do hospital têm dificuldade em conter o bailarino, que lhes escapa facilmente com a graciosidade da sua agilidade. (3,4) É devido a um episódio de agressão a um enfermeiro que Valentim é transferido para a 8ª enfermaria do HMB, a enfermaria-prisão ou o Pavilhão de Segurança destinada aos criminosos com doença mental ou doentes violentos. Aí, chega também a agredir alguns dos outros internados (3).

No mesmo ano, em 1948 é submetido a uma leucotomia mas, novamente de acordo com os trabalhos de Bruno Horta e de Catarina Gomes, o médico que o acompanhava duvidava da indicação para tal procedimento no caso de Valentim - não lhe reconhecia que padecesse de psicose e não detectou alteração da personalidade após a intervenção, mantendo a mesma actividade sexual que até então:

“Será o doente portador de qualquer psicose? Examinei-o cuidadosamente nesse sentido e cheguei a resultados negativos. Fiz-lhe um interrogatório apertado, mandei-o resolver vários problemas, submeti-o a vários testes e conclui que não tem psicose. Eu, que tenho acompanhado o doente desde a sua primeira admissão até agora, acho que não houve qualquer alteração da sua personalidade depois da leucotomia.”

No entanto, o clínico verificava que deixara de agredir o pessoal de enfermagem e que era mais obediente e respeitador das regras do hospital (1,3).

Até ao começo de 1949 tem alta do hospital por alguns períodos, durante os quais trabalha como bailarino no teatro Éden. Após um novo episódio de travestismo e agressões, regressa

definitivamente ao antigo Hospital de Rilhafoles (1,3). Nas entrevistas ao *Expresso* e ao *Diário de Lisboa*, o bailarino parece não saber ao certo o motivo para estar internado:

“Eu não sei... Trouxeram-me para o hospital por enfraquecimento, por doença, falta de recursos...” e “Com a perda das minhas coisas e o falecimento do meu paizinho, comecei a sentir-me mal e a minha mãezinha pôs-me aqui.” (2,4)

De acordo com a investigação de Catarina Gomes, em nenhuma das admissões no HMB é referida a esquizofrenia paranóide anteriormente diagnosticada no Porto (3).

Durante os anos que passou no hospital passou por várias enfermarias, sendo que a 8ª enfermaria foi onde acabou por ficar definitivamente e por mais tempo. Aí viveu num quarto-cela onde tinha todos os seus pertences, transformando-o em “quarto-camarim” como descreveu Maria João Avillez: papéis, utensílios de cozinha, produtos de beleza, bonecas, roupas, livros, álbuns, os seus trabalhos de *crochet* e bordados e recordações dos seus tempos de bailarino (2). Chegou a dar aulas de dança aos outros internados, como forma de terapia ocupacional. Em 1968 revelava a Oliveira Nunes que tinha ainda projectos para um futuro fora do hospital: “*Quando sair daqui quero voltar a fazer aulas com a «madame», quero voltar a dançar*” (4).

Após mais de 30 anos de confinamento, dá-se o 25 de Abril de 1974 e com ele é concedida a Valentim autorização para se ausentar do hospital e para circular numa Lisboa que já não conhece. Refere que ocasionalmente visita a sua irmã Ester mas que acaba por sair pouco, apenas para comprar algo de que precise na droguaria ou na farmácia ou para comprar algum tecido para os seus trabalhos. Por vezes gosta de ir a Paço de Arcos, onde a família residia, para ir nadar e apanhar sol (1-3). No entanto, agora que o futuro chegara, os projectos que descrevera a Luís d'Oliveira Nunes já não estão presentes. Valentim vê o hospital como a sua casa:

“Aqui é o meu lar, tenho o meu ambiente, sossego. Entretenho-me muito com o *crochet*, cozo, às vezes dão-me algum dinheiro pela roupa que lavo dos outros doentes. As empregadas vão-me comprando os naperons, as camilhas, as colchas. Também bordo lençóis para caminhas de bebés, fraldinhas. Sei fazer toda a classe de bordados: em matiz, em...”

dizia em Maio de 1980 (2). Ocupa-se também dos saraus do hospital, dos quais é o grande impulsionador, criando os cenários, programas, números e figurinos com as suas próprias mãos (3,6).

Durante os vários anos de internamento no HMB, Valentim foi alvo da curiosidade de quem visitava o hospital e que também visitava o bailarino no seu quarto-cela. Manuel Matos, antigo enfermeiro do hospital, recorda-o a Catarina Gomes: “*Era uma atracção, uma figura exótica que andava ali. Ele gostava de mostrar.*” (3) Ainda que o acesso àquela unidade de internamento fosse limitado, além dos profissionais de saúde, também alguns jornalistas tiveram a possibilidade de visitar Valentim.

Em 1986, Valentim continuava a viver no hospital. É descrito que nos últimos meses antes da sua morte se encontrava debilitado, com dificuldade em sair da cama. Tem alta em 3 de Fevereiro desse ano como estando melhorado mas acaba por morrer nessa mesma noite no Hospital de São José (1,3).

Homossexualidade em Portugal no Século XX

Actualmente, Portugal é considerado um dos países mais tolerantes no que à homossexualidade diz respeito (7). No entanto, esta não era a realidade até há um Passado recente, especialmente no Passado de Valentim de Barros.

Do ponto de vista clínico, no final do século XIX, na obra *A Vida Sexual: Fisiologia e patologia*, Egas Moniz considera que o “*inverso sexual*” é um ser inútil por não contribuir para a perpetuação da espécie, mas que a homossexualidade é uma perversão tratável (3). Como Catarina Gomes destaca, Egas Moniz refere que é possível reconhecer a doença desde cedo, observando estas crianças diz que

“é interessante observá-los por vezes entregues aos seus labores femininos, ora fazendo meia, ora dedicando-se a bordados e outros trabalhos similares.” E ainda que “preocupam-se particularmente com o seu vestuário” e que “preferem as bonecas aos divertimentos dos rapazes”. Refere ainda que o homossexual “ama a dança extraordinariamente e, se a ocasião é propícia para o disfarce, como pela época do Carnaval, aparece vestido de mulher.” (3)

É já no final do século XX, em 1987, que a homossexualidade deixou totalmente de ser considerada como uma patologia pela *American Psychiatric Association* e consequentemente foi retirada essa classificação do *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* - até aí fora classificada como perturbação de personalidade sociopata, como desvio sexual e posteriormente como homossexualidade ego-distónica. Quanto à Organização Mundial de Saúde, foi há 30 anos, em 1990, que a homossexualidade foi retirada da *International Classification of Diseases (ICD-10)*. Em Portugal, em 1999, a Classificação Nacional das Deficiências considerava a homossexualidade uma “deficiência da função heterossexual”.

Em Portugal, em termos legais e sociais, a homossexualidade, ou “vício”, como era comum ser referenciada (3), foi punida pelo Código Penal desde 1886 até 1983 (8). Nesse período, as medidas a aplicar aos prevaricadores passavam pelo internamento em “manicómio criminal”, em “casa de trabalho agrícola”, “liberdade vigiada” e “interdição do exercício da profissão”. No entanto, embora não fosse uma prática permitida, não deixava de ocorrer de forma velada, quer em espaços públicos, como urinóis e jardins, como também em festas privadas em bares ou casas próprias. Sabe-se que durante o Estado Novo houve uma vigilância activa relativamente às relações entre pessoas do mesmo sexo, havendo lugar a prisão preventiva em situações de flagrante delito (9). As investigações recentes sobre o tema, como é o caso do trabalho de Ana Clotilde Correia, verificam que a maioria dos detidos eram de homens e de classes económicas baixas. Já aos elementos de classes mais elevadas eram toleradas as práticas homossexuais (9). Nos casos dos primeiros, além da detenção, havia ainda lugar a espancamentos e humilhações, como relatado por António Fernando Cascais a São José Almeida para o *Jornal Público* de 17 de Julho de 2009 (10). Após o 25 de Abril de 1974, ao contrário do que se verificou em relação a outros campos da Sociedade, a homossexualidade continuou a não ser uma prática liberalizada, apesar das tentativas de alguns grupos nesse sentido. Foi o caso do Movimento de Acção dos Homossexuais Revolucionários (MAHR) que após a revolução publicou o manifesto «Liberdade para as Minorias Sexuais» sobre os direitos de cidadania para os portugueses homossexuais (11).

Verifica-se assim que ao longo da maior parte do século XX, a homossexualidade foi vista como crime e como doença. É apenas nos anos 90 desse século e nos primeiros anos do século XXI que em Portugal começa a haver mais aceitação mas também mais apoio social e legal para a comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgénero), nomeadamente pela criação de grupos activistas e de legislação sobre não-discriminação pela orientação sexual, união de facto para casais do mesmo sexo e adopção (12).

Embora já um longo caminho tenha sido percorrido no que toca à aceitação e descriminalização da diversidade sexual, existem ainda comunidades onde a prática não é aceite e chega mesmo a ser punida com prisão e pena de morte (13). Em Portugal, um dos países mais abertos a esta realidade, soube-se em 2019 da existência de profissionais da área

da saúde mental a aplicar “terapias de conversão” ou de “reorientação sexual” na tentativa de “curar” homossexualidade.

Discussão

À luz dos conhecimentos científicos actuais e tendo por base os relatos que chegaram aos nossos dias relativamente à vivência e comportamentos de Valentim de Barros, poderá questionar-se se o bailarino sofreria de algum tipo de patologia psiquiátrica. Pelos relatos, antes de ser submetido à leucotomia, verifica-se que Valentim parecia ter comportamentos sugestivos de desorganização e de heteroagressividade em períodos distintos da sua vida: episódios de agressões que terão levado à sua expulsão da Alemanha, violência para com os familiares, levando ao primeiro internamento no HMB, agressões nos períodos entre internamentos e também violência para com o pessoal do hospital. É também relatado o consumo de estupefacientes pelo menos no período que antecedeu o regresso a Portugal. Após regressar, e durante a detenção no Porto, em 1939, segundo o trabalho de Catarina Gomes, o bailarino não comia no contexto uma possível ideiação delirante de envenenamento. Há ainda a recordar que durante o mesmo período foi-lhe diagnosticada esquizofrenia paranóide pelo médico do Hospital Psiquiátrico Conde Ferreira. Nas citações que os jornalistas Luís d'Oliveira Nunes e Maria João Avillez fazem nas suas entrevistas, já posteriores à leucotomia de 1949, verifica-se que Valentim parece apresentar um discurso pobre, néscio e sem crítica para a sua situação clínica.

Nesta situação, em que o diagnóstico assumido foi o de “*psicopatia homossexual e pederastia passiva*”, poderá questionar-se se o bailarino não poderia apresentar de facto outra patologia psiquiátrica, como aliás já fora alvitrado pelo clínico do Porto. No entanto, foram a homossexualidade e a feminilidade de Valentim que preponderaram nos seus registos de internamento mas também na história que chega aos nossos dias.

Há que ressaltar que à época não estavam definidos e universalmente difundidos critérios unificadores de diagnóstico e classificação de patologia psiquiátrica e que as abordagens feitas a estas situações eram aquelas que à luz dos conhecimentos e crenças existentes pareciam fazer mais sentido.

Conclusões

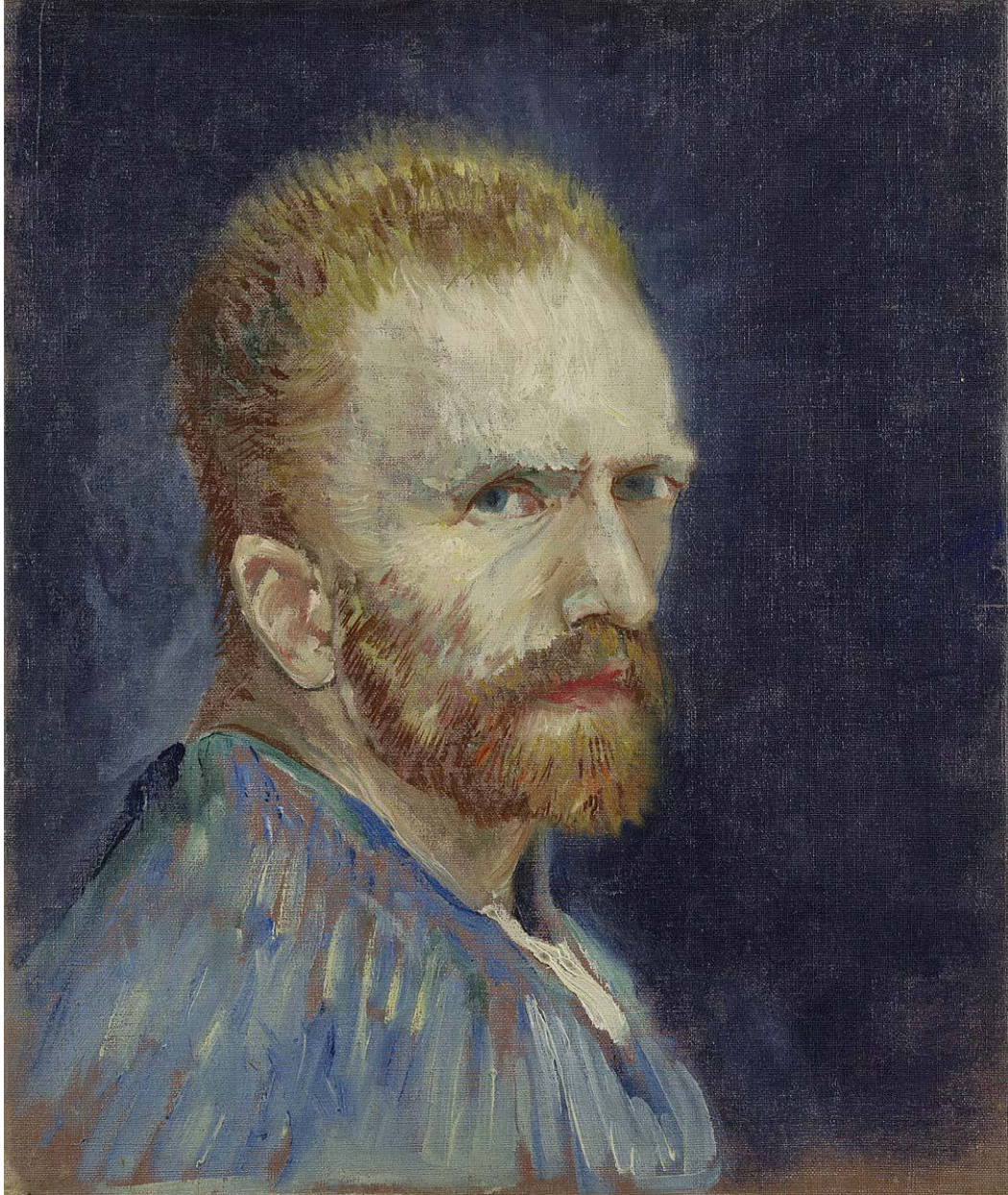
O caso de Valentim de Barros, como também o foi os de Alan Turing, Frederico García Lorca e de tantos outros, deve mostrar-nos como a patologização e criminalização de um comportamento pode levar a um tão marcado compromisso da vida humana. Até que ponto a retirada de Direitos, nomeadamente a limitação da liberdade provocada por esta patologização pode ela própria ser desencadeante ou agravante de patologia psiquiátrica?

Embora haja cada vez mais tendência para a aceitação das comunidades LGBT, há que olhar para o nosso Passado recente de modo a que situações discriminatórias, seja de que foro sejam, possam ser cada vez mais uma excepção e uma memória distante. Toda a sociedade tem um lugar na protecção de grupos vulneráveis, sendo que os profissionais de Saúde têm um importante papel na desmistificação e esclarecimento sobre o que é ou não doença, contribuindo assim para a prevenção da doença mental.

Bibliografia

- 1.HORTA, Bruno - *Valentim de Barros, o bailarino a quem roubaram a vida*. 2015 [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em <https://personagratatblog.wordpress.com/valentim-de-barros-o-bailarino-a-quem-roubaram-a-vida/>
- 2.AVILLEZ, Maria João - A memória de Valentim contada pelo próprio. *Expresso: Suplemento Expresso Revista*. 10 de Maio de 1980, pp. 18-R - 19-R
- 3.GOMES, Catarina - *Coisas de Loucos: o que eles deixaram no manicómio*. 1ª edição. Lisboa: Tinta-da-china, 2020. pp 149-184.

4. NUNES, Luís d'Oliveira - Está há 30 anos no manicómio o bailarino português que julgava ser Nijinsky. *Diário de Lisboa*. 6 de Abril de 1968, pp 33-34
5. FONTES, José; CASCAIS, António Fernando; MEDEIROS, Margarida - *Hospital Miguel Bombarda 1968*. 1ª edição. Lisboa: Documenta, 2016. pp. 137-153.
6. GONÇALVES, Marta - Ainda é melhor para ele não saber que a culpa é nossa? A “história terrível” de Valentim de Barros. *Expresso [online]*. 3 de Janeiro de 2020. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: <https://expresso.pt/sociedade/2020-01-03-Ainda-e-melhor-para-ele-nao-saber-que-a-culpa-e-nossa--A-historia-terrivel-de-Valentim-de-Barros>
7. SILVA, Cláudia Carvalho - Portugal é o destino mais *gay friendly* do mundo, “mas ainda há muita homofobia”. *Público*: P3. 1 de Março de 2019. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/03/01/p3/noticia/portugal-destino-gay-friendly-mundo-ha-homofobia-1863917>
8. CARROLL, Angus - *State Sponsored Homophobia 2016: A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition*. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Maio 2016. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: https://ilga.org/downloads/02_ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2016_ENG_WEB_150516.pdf
9. CORREIA, Ana Clotilde - O Estado Novo e a repressão da homossexualidade, 1933-1943. *Ler História [online]*. 70 (2017). [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: <http://journals.openedition.org/lerhistoria/2669>; DOI: <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.2669>
10. ALMEIDA, São José - O Estado Novo dizia que não havia homossexuais, mas perseguia-os. *Público*: Revista Pública. 17 de Julho de 2009. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2009/07/17/sociedade/noticia/o-estado-novo-dizia-que-nao-havia-homossexuais-mas-perseguias-1392257>
11. FREIRE, Isabel - *1º manifesto homossexual português publicado logo após a Revolução dos Cravos*. 2016. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: <https://spsc.pt/index.php/2016/08/02/1o-manifesto-homossexual-portugues-publicado-logo-apos-a-revolucao-dos-cravos/>
12. MAIA, João et al. *O movimento LGBTI em Portugal: datas e factos*. 2016. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: <https://www.esquerda.net/dossier/o-movimento-lgbti-em-portugal-datas-e-factos/41315>
13. MENDOS, Lucas Ramon et al. - *State-Sponsored Homophobia 2020: Global Legislation Overview Update*. Geneva: ILGA World, Dezembro 2020. [Acedido em 26/12/2020]. Disponível em: https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf



Autoportrait, hiver 1886-87, Wadsworth Atheneum, Hartford

PAINT AND DISEASE OF VINCENT VAN GOGH

Bogdan Horia Chicoș

Internal medicine, rheumatology, PhD
Clinical Center for Rheumatic Diseases Bucharest
Email :b_chicos@yahoo.com

Abstract

Vincent Van Gogh, a post-impressionist painter whose works honor every painting gallery, was born in Holland on March 30, 1853 into a family of painters and art merchants. Sensitive personality has been difficulty to integrate into society. He tried several professions, but could not adapt. He suffered from many diseases, especially psychiatric who influenced his behavior. Controversial, the cause of death, on July 29, 1890, is suicide. From childhood he loved nature and painting. During his life he was not appreciated as an artist but the more than 900 paintings and 1,100 drawings and sketches influenced art of the 20th century.

Keywords: post-impressionism, adaptability, personality, diseases

Vincent Van Gogh est né à Zundert, aux Pays-Bas, dans une famille de peintres et de marchands d'art le 30 Mars 1853. Durant son enfance, il souffre de migraines, de douleurs abdominales. Il était un peu communicatif, il était rapidement bouleversé. Le père, pasteur, pense que le fils s'occupera du commerce d'objets d'art et un oncle, marchand de tableaux à La Haye, avec une bonne situation matérielle, veut l'initier. A cette occasion, Vincent, grand amoureux de la nature, reste en admiration devant les tableaux exposés dans la maison de son oncle. Il ne peut pas être adapté au métier de peintre commerçant. Il connaît le premier grand rejet d'une jeune femme. [1]

En Mai 1877, il vint à Amsterdam pour étudier et devenir missionnaire. En 1878, il quitte la ville, et en août il est à Bruxelles. L'esprit de sacrifice dont il a fait preuve détermine le comité évangélique à lui donner un poste temporaire. Durant cette période il fréquente les ateliers de certains peintres, il connaît le deuxième important refus sentimental. Vincent fait preuve d'une personnalité sensible, qui ne peut pas s'adapter aux exigences, qui a des grandes difficultés à surmonter la période de refus. Il se plaint souvent d'un état de malaise, d'épuisement. Le 18 Janvier 1886, il s'inscrit à l'Académie des Beaux-arts d'Anvers. Il reste plusieurs semaines pour vérifier que sa façon de dessiner et de peindre est bonne. En mars, il est à Paris où il connaît la couleur vive des impressionnistes qu'il continue d'expérimenter en 1887. Il rencontre Toulouse Lautrec, Gauguin, Seurat, Signac, Pissarro, Cézanne. Il s'adapte difficilement à la vie parisienne, ne comprend pas la rivalité des peintres, la fatigue et la nervosité augmentent et il décide de partir dans un endroit très ensoleillé. Il choisit le sud de la France. En Février 1888, il est à Arles, qu'il compare au Japon. Lumière, paysages, fleurs sont l'inspiration d'un grand nombre d'œuvres. Il veut que son ami Paul Gauguin reste avec lui pour établir l'Atelier du Sud. Gauguin arrive à Arles en octobre, les premiers jours sont une détente pour Van Gogh. Les tendances esthétiques divergentes des deux conduisent au conflit. Vivre ensemble n'est pas possible pour réaliser l'atelier du Sud. Le 23 Décembre 1888, Van Gogh attaque Gauguin avec un rasoir et il s'échappe. Quand Gauguin revient, Van Gogh s'enfuit et quand il rentre chez lui, il se coupe l'oreille gauche. Vincent est interné. Quelques jours avant cet épisode, les deux ont évoqué la mélancolie des pêcheurs islandais isolés. Le 22 Décembre, Vincent regarde le portrait que Gauguin lui a fait et dit: "C'est moi, mais je suis fou." Le soir, les deux vont au café, boivent de l'absinthe, et Van Gogh jette sans raison le verre à la tête de son ami qui l'évite. Paul emmène Vincent, le conduit chez lui, dans la maison jaune et Vincent s'endort. Paul part. Le lendemain, Vincent est très calme,

il ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Paul annonce qu'il va partir. Le soir, Gauguin sort dans la ville, entend des pas derrière lui, voit Van Gogh l'attaquer avec une rasoir. Les yeux de Van Gogh sont ceux "d'un homme de Mars". Gauguin reste dans un hôtel, non sans lui se reprocher plus tard de ne pas l'avoir désarmé. Van Gogh rentre chez lui terrifié dans son délire par l'acte qu'il aurait pu faire, et a retourné contre lui l'intention meurtrière. Il se fait coupé son oreille gauche au niveau du crâne. L'hémorragie est forte, il l'arrête avec des bandages, retire son béret. Il envoie l'oreille soigneusement lavée et emballée à sa copine Rachel, "pour se rappeler de lui après revient à la maison jaune, allume une lampe et se couche. L'oreille est remise à un policier, le lendemain les policiers se rendent à la maison jaune où tout est plein de sang. Vincent est au lit, inconscient, enveloppé dans un drap. A 7h30 -8 Gauguin vient de l'hôtel à la maison jaune où il y a du monde. On pense que Vincent est mort. Gauguin le touche, le corps est chaud. IL dit au commissaire de le réveiller soigneusement et qu'il partira pour ne pas le déranger. Un médecin et une voiture sont appelés. Vincent est emmené à l'hôpital où il devint agité parce qu'il est fermé. Annoncé par cet épisode, le frère Theo, vient à Arles, parle avec Félix Rey, le stagiaire qui l'a soigné. Rey voulait coudre l'oreille, mais il l'a reçue trop tard. Il relate l'état de Vincent qui est en proie d'un délire colérique, inconscient dans la cellule d'isolement, une pièce aux murs nus, avec une fenêtre en fermée à la hauteur. Il crie, a des hallucinations visuelles et auditives. Le docteur Urpar, médecin des hôpitaux civils d'Arles considère la situation comme une "manie aiguë avec délire généralisé". Le patient se souvient de sa maison, de son jardin, de son église, de son cimetière. Celui qui ne chante pas, chante de douleur. Après trois jours de bromure, le délire s'apaise et Rey le transfère le 29 décembre dans un salon régulier. La force physique est maintenue, il mange, il ne veut pas parler au médecin. Le 1er janvier, il est autorisé à se promener dans la ville. Il se rétablit assez rapidement. Le 7 janvier, il rentre chez lui, va tous les jours se soigner la plaie de l'oreille a une évolution favorable. Il peint une nature morte, fait des autoportraits. Il peint "l'homme à l'oreille coupée", où le bandage est sur l'oreille droite bien qu'il ait coupé la gauche. Le stagiaire Rey a visité l'atelier de peinture, n'a pas compris la couleur des œuvres. Il a accepté Vincent de lui faire le portrait, mais il n'a pas aimé la façon dont il a été représenté. Le portrait a été utilisé pour boucher un trou d'un poulailler.[1]

A partir de 1896, les œuvres commencent à être vendues si "le prix est un peu baissé". Le portrait de Rey a été vendu à un marchand en 1900, aujourd'hui se trouve au Musée d'Art Moderne de Moscou. A Arles, Vincent est considéré comme un fou laissé en liberté. Les enfants jettent des pierres vers lui, crient, le fou, le suivent jusqu'à la maison et ils secouent le fragile état de tranquillité. Les citoyens demandent l'hospitalisation, le Dr Rey est n'est pas dans la localité, et le maire décide l'hospitalisation dans l'isolateur, La maison jaune de Vincent est fermée. Théo, son frère, lui écrit qu'il sera visité par Paul Signac. Celui ci pense qu'il va trouver un fou, mais il rencontre un homme "avec tout son esprit". Vincent est autorisé à quitter l'hôpital et se revient à la maison jaune. Immédiatement, Vincent a pris une bouteille de térébenthine pour la boire, Signac s'est rendu compte que celui ci devait retourner à l'hôpital. L'envie de peintre est revenue. Vincent estime qu'il n'est plus capable de mener sa vie, qu'il ne peut rester seul devant le chevalet et apprécie qu'il doit trouver refuge dans un hospice. Les crises ont été assez nombreuses et graves. Les frais d'hospitalisation étaient à la charge de Theo. A Saint Rémy les couts étaient trop élevés. Le 8 mai 1889, il quitte Arles, la cité du soleil, pour se rendre au centre de santé Sait Paul de Mausole, près de Saint Rémy, conduit par le Dr Peyron. La maison de santé est construite autour d'un monastère du XII ème siècle. Vincent dit au médecin qu'une tente et d'autres membres de la famille souffrent d'épilepsie. Le centre ressemble à une ménagerie dans laquelle les cris des patients sont entendus. Les soins consistaient en un bain de deux heures, deux fois par semaine. Vincent est autorisé à quitter l'hospice et il peint trois fois le champ du blé. Une autre fois, il a peint les roches rouges d'une carrière. Une autre crise commence

par des cris et il est amené à l'hôpital où il reste inconscient trois semaines. Il a des hallucinations, il crie, il est agité, il ne mange pas. Depuis son hospitalisation le 9 mai, le Dr Peyron a apprécié que «le traitement doive être maintenu sous longue observation,, Les crises se répètent après quelques mois. Dans les bons moments, il peint continuellement. Il semble s'adapter aux nouvelles conditions, mais l'état d'agitation ne l'affaiblit pas et la maladie connaît de nouveaux épisodes prolongés, la dépression le pousse à une tentative de suicide qui ne réussit pas. Durant cette période au "Mercure de France", une étude consacrée à sa peinture est publiée. Cet événement et la vente de son unique tableau *La Vigne rouge* (1888) pour 400 francs n'améliore pas sa situation mentale, et il demande à son frère Théo de l'aider à quitter Saint Paul. Il a été autorisé en février 1890 à se rendre à Arles pendant deux jours, mais ici un nouvel épisode puissant le ramène à Saint Paul et tout le mois de mars, il a des crises intenses associées à des périodes de dépression. En Avril on remarque une amélioration de sa santé. Il fut autorisé à sortir accompagné pour peindre, mais il frappe brutalement son compagnon. Il s'excuse. Peu de temps après, il est se jeté sur les tubes des peintures dont il mange le contenu. On lui donne un antidote. Fin d'Avril, il écrit à Théo qu'il est triste et amer, qu'il veut quitter le milieu des fous. Théo accepta et lui proposa de venir d'abord à Paris et après à Auvers sur Oise. Les dernières peintures de Saint Rémy sont avec des roses et des iris. Après 53 semaines, le 16 Mai 1890, il prend le train pour Paris. Les travaux restants à Saint Rémy ont servi de cibles pour le fusil du jeune Dr Peyron. Une seule peinture donnée à une amie a été sauvée. Le 21 Mai, il se rend à Auvers où il sera reçu par le Dr Gachet. Le médecin de 62 ans est amateur de peinture et admirateur des impressionnistes. Il est parmi les premiers qui se sont préoccupé a l'homéopathie, a inventé un fluide antiseptique, utilise l'électricité dans le traitement des maladies urinaires, s'est occupé des maladies cardiaques et nerveuses. Il a l'expérience des hôpitaux Salpêtrière et Bicêtre. Trois fois par semaine, il vient à Auvers ou il possède une élégante maison accompagné par son fils, sa fille. Ici il a de nombreux chats et chiens, une chèvre, une paone, une tortue. Il existe de nombreuses peintures signées par Cézanne, Guillaumin, Monet, Renoir, Sisley, Pissarro qui attirent l'attention de Vincent. Il y a de la sympathie entre le médecin et le patient. Il est conseillé de peindre tout le temps. Le médecin estime que les épisodes de la maladie du patient pourraient être causés par le fort soleil du sud et la térébenthine. Ce diagnostic diffère de celui du docteur Rey d'Arles et du dr Peyron de Saint Paul qui envisageait l'épilepsie. Vincent séjourna à Auvers dans le modeste grenier de la maison Ravoux. Il peint, une fois par semaine il est invité à la table du docteur Gachet et peint un tableau dans le jardin. Le médecin s'intéresse à la peinture de Vincent qui lui fait le portrait. Un autre portrait est celui de de Mlle Gachet. Le médecin considère que le retour des crises est peu probable. Pendant ce temps la santé de la famille de Théo, qui lui donne de l'argent, n'est pas très bonne. C'est l'une des raisons pour lesquelles la santé de Vincent se détériore, devient déprimée. Il pense que le Dr Gachet ne peut plus l'aider parce qu'il est plus malade que lui, il peint la plaine, le champ de blé, les corbeaux, le ciel orageux. Chez Gachet, Vincent devient violent. Il a mis la main dans sa poche où il a un pistolet pour tirer sur les corbeaux, comme il le dit. Gachet regarde Vincent, celui ci baisse la tête et s'en va. Pendant cette période, il peint en bleu cobalt et en jaune orange l'église d'Auvers qui a l'air de s'écrouler. Le 23 Juillet, il écrit à son frère : « J'aimerais pouvoir vous écrire auprès beaucoup de choses, mais j'ai perdu toute humeur, j'ai l'impression que c'est en vain, Il peint à nouveau le champ de blé, les corbeaux. C'est le soixante dixième tableau peint aux Auvers en neuf semaines. [1]

Dimanche le 27 Juillet Vincent est vu par un paysan sur le champ de blé. Il parlait seul. "Ce n'est pas possible" Le soir, il sort avec une arme trouvée dans la maison Ravoux. Il tirait vers la poitrine, tire, rate le cœur. Il trouva le pouvoir de se lever et alla vers la maison Ravoux. Plein de sang monta dans sa chambre. Son hôte y entra, Vincent dit qu'il tenta de se suicider, mais échoua. Le médecin du village fut appelé, viendra et soigna le patient. Celui ici ne fut pas envoyé à l'hôpital. Le Dr Gachet arriva à 21 heures, le patient réaffirma qu'il tenta de se

suicider. La nuit Vincent n'est pas laissé seul. Il fuma toute la nuit, le lendemain, 28 juillet, les gendarmes enquêtèrent l'événement. Le 29 Juillet 1890, à une heure et demie du matin, Vincent van Gogh décéda à l'âge de 37 ans. [1]

En 2011 a été lancée une autre possibilité de la mort du peintre. Il possible qu'il soit la victime des deux frères adolescents d'Auvers. Ceux-ci, a une autre occasion ont mis un serpent dans la boîte de peinture, du sel dans le café. Le peintre a déclaré aux policiers : "... *n'accuse personne d'autre*". Les frères n'ont pas reconnu le fait. Le musée d'Amsterdam a publié une objection : *Il serait prématuré d'exclure le suicide comme cause possible de la mort de Van Gogh*".[2]

Les 14 et 15 Septembre 2016, le musée Van Gogh a organisé un symposium sur la maladie de Van Gogh, à l'occasion de l'exposition auprès du bord de la folie.

Les diagnostics de nombreux médecins ont tenté de diagnostiquer la maladie de Van Gogh durant de dernier siècle, d'innombrables publications sont apparues explorant les causes possibles de sa crise et l'influence qu'elles pourraient avoir sur son œuvre. La science médicale étant en constante évolution, tous les diagnostics doivent être considérés dans le contexte de son époque.

Certains diagnostics ont été rejetés, tandis que d'autres sont encore des options envisageables. Cependant, une réponse sans ambiguïté et définitive ne peut être donnée à la question de savoir de quoi il a souffert. Bien que nous savons beaucoup il n'est plus possible d'examiner le patient Les maladies possibles que Van Gogh peut avoir ou non [3]:

1889 - Épilepsie

1922 - Schizophrénie

1923 - Neurosyphilis

1924 - Traumatisme juvénile et névroses

1930 - Psychopathie

1949 - Empoisonnement (de la peinture jaune comme Van Gogh parce qu'il pensait que cela ferait le bonheur en lui)

1953 - Intoxication alcoolique

1979 - Maladie de Ménière

1988 - Psychose cycloïde

1991 - Porphyrie aiguë intermittente

2000 - Trouble de la personnalité [3]

Une autre hypothèse fut le glaucome.[4]

Les spécialistes du Musée insistent sur le fait que les chefs-d'œuvre de Van Gogh ne sont pas le résultat de sa fragilité mentale. "Nous ne croyons pas à la vision romantique qui veut que ses problèmes psychiques soient à la base de son génie. Van Gogh fut un peintre talentueux, non pas à cause ou malgré sa folie". [5]

Les diagnostics posthumes de l'instabilité mentale de Van Gogh sont déterminés par la malnutrition, l'alcoolisme en passant par la syphilis tertiaire, l'excessive consommation d'absinthe, la schizophrénie paranoïaque, la maladie de Ménière, la maniaque-dépression, l'empoisonnement à la digitale, la porphyrie, et une intoxication à l'essence térébenthine.

Le diagnostic d'épilepsie posé par le Dr Peyron lors de l'internement volontaire de Van Gogh en 1889 semble lui aussi erroné, parce que les attaques d'épilepsie ne durent généralement que peu de temps et ne laissent pas de symptômes résiduels. Les crises,, de Van Gogh duraient des mois ne sont pas la preuve de l'épilepsie. L'épilepsie aurait été probablement accentuée par les émotions et la spiritualité de Van Gogh. Les patients épileptiques ont un risque de suicide accru une fois que les crises s'arrêtent. Durant les années '20 ont avancé prudemment le diagnostic de schizophrénie, mais l'auteur a été frappé par le contraste entre ses lettres profondes et cohérentes et son comportement quotidien imprévisible. A nos jours cette hypothèse n'est pas actuelle, à ce moment-là le traitement ne pouvait le faire travailler du matin au soir. ,, Cependant, certains symptômes tels que les hallucinations, les difficultés relationnelles, les idées monomaniaques (jeune, il était obsédé par la religion, et déployait un

zèle étonnant dans la pauvreté et le dénuement), persécutrices (sa crainte d'être empoisonné) et l'instabilité émotionnelle peuvent correspondre à une constellation de troubles dits schizoïdes ou schizoformes, une façon atténuée de parler de schizophrénie sans en poser le diagnostic définitif.,[6]

Un médecin Français a popularisé le diagnostic de l'épilepsie (1956) soutenu par la fréquence des symptômes psychiques comme l'automatisme où le patient se livre à des comportements étranges (il a coupé l'oreille) en l'absence de toute conscience., Il s'agit d'épilepsie psychomotrice ou partielle complexe, forme d'épilepsie qui ne s'étend pas à tout le cerveau, ne provoquant ni convulsions ni pertes de connaissance., Cette théorie n'est pas actuelle, mais reste plausible en rendant compte de l'intermittence des troubles. [7]

L'analyse de 796 de ses lettres démontre une personne qui souffre d'épisodes de vertige et de nausées, de hallucinations sensorielles, d'acouphènes, d'intolérance au mouvement et aux bruits forts. Les périodes d'accalmie suggèrent la maladie de l'oreille moyenne décrite par Ménière. (Institut neurologique du Colorado, publication dans le Journal de l'association médicale américaine, en 1990). , Quant à moi, je crains toujours le bruit et l'agitation de Paris., écrit le peintre à son frère et à Paul Gauguin. A Auvers il a été traité par le docteur Paul-Ferdinand Gachet, l'ami médical des peintres. Il n'était pas d'accord avec l'épilepsie. Il croyait que les manifestations de son patient sont dues à l'exposition au soleil du Midi, à l'intoxication par la térébenthine, au plomb contenu dans les couleurs (le saturnisme), au l'arsenic pour le traitement de la syphilis attrapée de sa jeunesse. . Van Gogh avait dit: „Oh! le beau soleil de la mi-été! Il me cogne sur la tête, et on ne peut nier que cela rende un peu bizarre.,[8]

Une autre explication pour les manifestations du peintre, pour les douleurs abdominales, la dépression a été la *porphyrie intermittente aiguë* (Université du Kansas). Je la considère hasardeuse, parce qu'il n'y a pas des dates pour les urines couleur Porto, qui aurait été remarquées par le peintre et communiquées à ses proches.[8]

L'intoxication à la digitale (Digitalis Lanata) est possible. Le docteur Gachet est représenté tenant une fleur de digitale à la main, dans un tableau. Le principe actif est utilisé pour le traitement d'insuffisance cardiaque depuis 1785, mais il a été recommandé dès 1640, par l'herboriste John Parkinson pour le traitement de l'épilepsie (deux poignées de digitale). Il est possible que le docteur Gachet ait recommandé à son patient ce traitement pour ses étranges manifestations. La digitale, en fortes doses est la cause des vomissements, des étourdissements et des troubles visuels. La couleur vive jaune, si fréquente dans les tableaux aux tournesols, de la maison jaune, les halos des étoiles, peut être la conséquence de l'intoxication à la digitale. Van Gogh s'était demandé : " pourquoi j'ai tant de jaune dans mes tableaux ? "[8]

La consommation de certaines substances, comme l'absinthe, peut déterminer la vue en jaune, la xanthopsie.[7] Possible, pour améliorer sa digestion, il utilisait la santoline, médicament vermifuge, dérivé d'une plante (*Semen contra, Florens cinae, Artemisia cina*). [8]

L'abus d'alcool peut être une autre cause qui a augmenté une pathologie existante. Van Gogh était un important buveur d'absinthe parfois mélange au cognac. Cette boisson très populaire à l'époque contient une haute concentration en alcool (70 degrés) et un mélange des plantes parmi lesquelles on trouve l'armoise (*Artemisia Absinthium*) dont l'agent actif est la thuyone. Celle-ci peut causer une excitation du système nerveux, perte de conscience et de convulsions. La condition induite par la thuyone a été étudiée comme modèle de l'épilepsie. Encouragé par Lautrec, Van Gogh se mit rapidement à l'absinthe. L'irritation de l'estomac, les hallucinations, sont communs pour les consommateurs.[8]

Toutes les crises psychotiques semblent avoir eu lieu lorsqu'il quittait l'établissement pour se rendre à Arles. Le péril de l'absinthe devient un tel fléau social et médical en France que sa consommation fut prohibée en 1922. Oscar Wilde l'a exprimé ainsi: «Après le premier verre, vous voyez ce que vous voulez qu'il soit. Après la seconde, vous voyez les choses telles

qu'elles ne sont pas. À la fin, vous voyez les choses telles qu'elles sont et c'est la pire chose au monde. »

Au début, cela ne diffère pas beaucoup d'une autre boisson, mais après un certain temps, vous commencez à voir des monstres et d'autres choses effrayantes. Si vous persévérez, vous entrerez dans un monde où vous verrez exactement ce que vous voulez, des choses absolument merveilleuses (...) Un verre à absinthe est la chose la plus poétique du monde. Quelle est la différence entre cela et un coucher de soleil?[8]

Certains spécialistes ont considéré que la consommation d'absinthe augmente l'agressivité, conduisant au crime, et peut même atteindre un état de folie. La production et la consommation d'absinthe ont donc été interdites en Belgique (1905), en Suisse (1908), aux États-Unis d'Amérique (1912), en Italie (1913), en France (1915) et en Allemagne (1923). Cependant, de nombreux pays dont le Royaume-Uni, la Tchécoslovaquie, l'Autriche, l'Espagne et le Portugal n'ont jamais interdit la production ou la consommation d'absinthe. [9] Van Gogh fumait beaucoup et la nicotine abaisse le seuil convulsif de la thuyone. A Saint Rémy il était traité avec le standard de l'époque, la bromure indiquée pour l'épilepsie. Possible, les bromures facilitaient les crises induites par la thuyone. Van Gogh a essayé de boire de la térébenthine, celle-ci contient des composés, les terpènes, qui sont chimiquement semblables à la thuyone.[6,8]

Le diagnostic actuel le plus accepté est celui d'un trouble affectif de type bipolaire, jadis nommé folie circulaire, cyclothymie ou psychose maniaco-dépressive. Il est caractérisé par l'alternation des phases dépressives et élans maniaques. L'euphorie la plus incontrôlable succède au désespoir le plus profond, dans une spirale délétère qui conduit souvent à la déroute complète ou au suicide. Ce diagnostic s'accorde plutôt bien à la plupart des symptômes de Van Gogh, y compris sa personnalité, sa frénésie créatrice et sa plongée finale: ainsi, Van Gogh traversait des périodes d'intense exaltation (successivement, la passion religieuse, amoureuse et picturale) ; mais aussi de dépression, comme celle de sa première déception sentimentale, accompagnée d'une réaction d'abattement exagéré. [7]

Il s'agit d'un désordre bipolaire, associée à une addiction à l'absinthe. La dernière dépression avait été induite par des modifications dans les relations avec son frère Theo, celui qui le soutenait financier. Un peu avant le suicide Theo se marie, est le père d'un garçon, n'abandonne pas Vincent, mais le dernier a l'impression d'être abandonné. [6,7]

Cette hyperactivité ouvre la voie à un autre diagnostic médical posé en 2005 par une équipe de scientifiques neuropsychiatrique. Van Gogh ne souffrait ni d'épilepsie ni de schizophrénie, mais plus probablement d'un trouble bipolaire. Une maladie caractérisée par d'importants changements de l'humeur, où se succèdent les périodes de grande excitation et de mélancolie profonde, entrecoupées de phases plus stables. Ce que l'on appelait communément il y a quelques années encore la psychose maniaco-dépressive.[10] La maladie peut influencer la créativité. «Si les cycles entre les épisodes dépressifs et maniaques sont très rapides, il n'y a pas d'influence, mais lorsque le trouble est d'intensité modérée, le malade passe par des phases d'hyperactivité lors desquelles il est rempli d'une grande énergie et fait preuve d'une certaine désinhibition, ce qui peut effectivement aider à la création. Van Gogh avait une conscience morbide de sa mélancolie, une lucidité courante chez les personnes bipolaires. Il n'y a pas de certitude, mais beaucoup d'arguments vont dans le sens d'un trouble schizo-affectif bipolaire. Que Van Gogh ait eu un trouble mental, cela fait assez peu de doute.[10] La dépression extrême est illustrée dans la peinture „Champ de blé aux corbeaux,, (103 centimètres de largeur et 50,5 de hauteur) réalisée peu de temps avant sa mort. Le ciel est celui d'une grande tempête, les corbeaux noirs dominent le ciel, le sentier est interrompu. Tout y suggère le désespoir. Ici il trouva le fin de sa vie.[10]

Il est bien possible que ce tableau ne soit pas sa dernière œuvre, on apprécie que Van Gogh en aurait réalisé au moins quatre ou cinq autres au même moment. Les facteurs génétiques sont bien importants. Son frère Theo est mort de paralysie de la syphilis (en 1891), mais

souffrait également d'insuffisance rénale ,de dépression intermittente, sa sœur, Willemine van Gogh, est décédée de démence (1941), hospitalisée près de quarante ans, plusieurs années dans un asile psychiatrique, et son frère Cor (Cornelis Vincent) s'est suicidé en 1900.[10] Vincent Van Gogh a peint entre 1880 et 1890 plus de 800 tableaux et de 1.000 dessins, et la peinture est une bonne thérapie. [5] Peu apprécié au cours de sa vie, sa renommée s'est accrue dans les années qui ont suivi sa mort. Il est considéré comme l'un des peintres les plus importants de l'histoire.

References

- 1.PERRUCHOT, Henri - Viața lui Van Gogh. București: Ed. Meridiane, 1969 (La vie de Van Gogh, Librairie Hachette , Paris 1955)
<https://www.franceculture.fr/peinture/vincent-van-gogh-le-suicide-et-les-mythes> (dernier accès le 18 février 2020)
- 2.<https://www.vangoghmuseum.nl/en/whats-on/exhibitions/past-exhibitions/on-the-verge-of-insanity> (dernier accès le 7 février 2020)
- 3.<http://www.ziare.com/cultura/cultura-generală/bolile-lui-van-gogh-170191> (dernier accès le 7 février 2020)
- 4.<https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-pourquoi-vincent-van-gogh-s-est-il-coupe-l-oreille-12969.html> (dernier accès le 18 février 2020)
- 5.http://psythere.free.fr/article.php?id_article=15 (dernier accès le 18 février 2020)
- 6.<https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychiatrie/van-gogh-le-champ-du-desespoir-2086.php> dernier accès le 18 février 2020)
- 7.http://www.vaniercollege.qc.ca/francais/francais-des-sciences/print_4-2.htm (dernier accès le 18 février 2020)
- 8.<https://www.historia.ro/sectiune/general/articol/absintul-licoarea-artistilor> (dernier accès le 18 février 2020)
- 9.<https://wp.unil.ch/alleswissen/vincent-van-gogh-lame-damnee-de-la-peinture/> (dernier accès le 18 février 2020)



Autoportrait, hiver 1886-87, musée Van Gogh, Amsterdam



Autoportrait, hiver 1886-87, musée Van Gogh, Amsterdam



Autoportrait, hiver 1886-87, Musée Kröller-Müller, Otterlo



Autoportrait au chapeau de feutre gris, hiver 1886-87, Rijksmuseum, Amsterdam



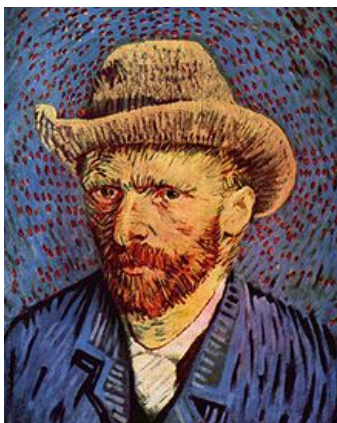
Autoportrait au chapeau gris 1887 huile sur carton, Musée van Gogh



Autoportrait 1887 huile sur carton Art Institute of Chicago



Autoportrait 1887 huile sur toile Musée d'Orsay



Autoportrait au chapeau de feutre gris 1887-1888 huile sur toile Musée van Gogh

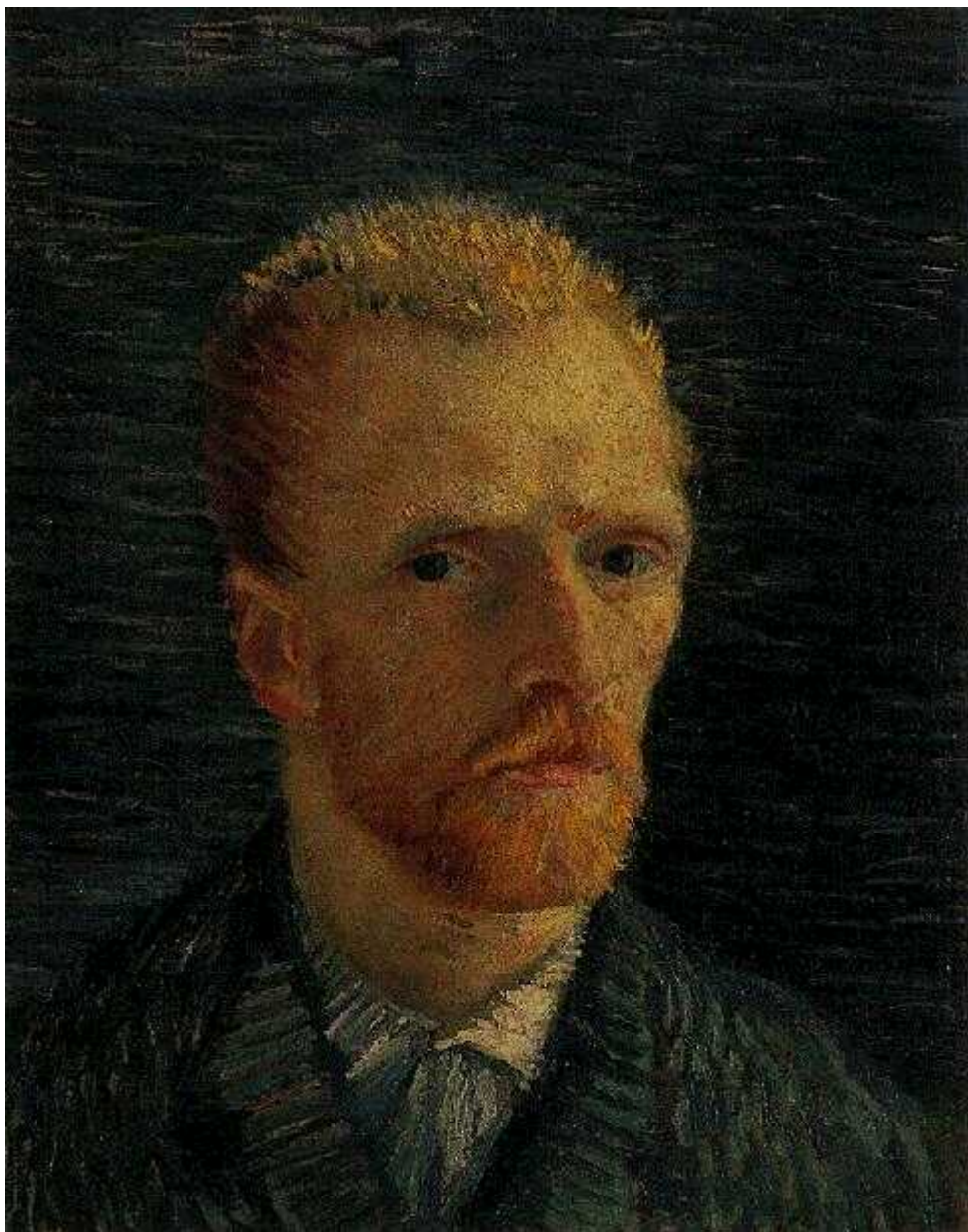


Autoportrait de l'artiste 1888 huile sur toile

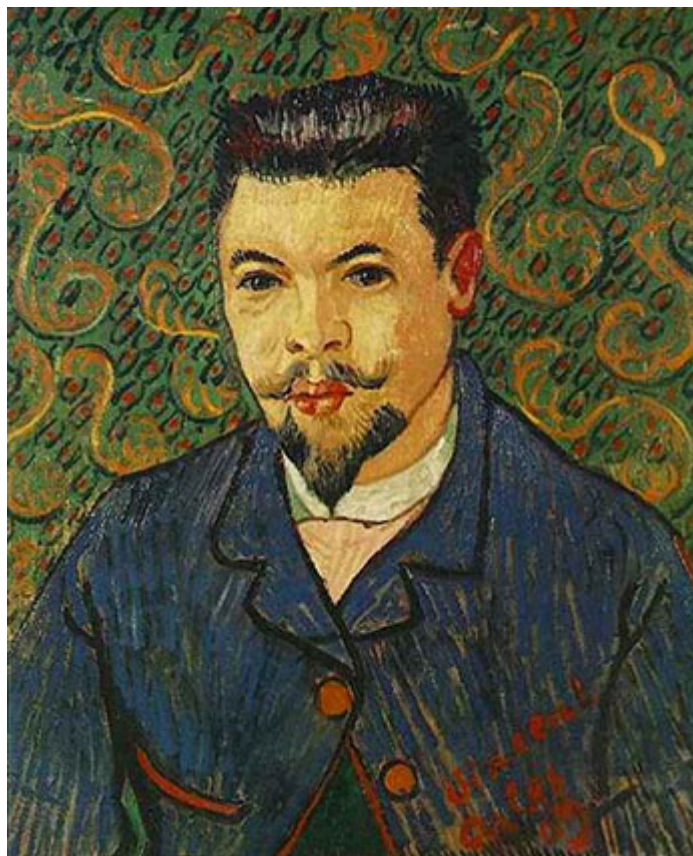




Autoportrait, automne 1886, Paris, musée municipal de Laa Haye, La Haye



Autoportrait, hiver 1886-87, musée Van Gogh, Amsterdam



Portrait du Dr. Félix Rey (1889) 53X64cm, huile sur toile. Musée Pouchkine (Moscou)



"L'Homme à la pipe" (ou "Autoportrait à l'oreille tranchée"), 1889. ©Van Gogh Museum, Amsterdam



La vigne rouge, la seule peinture vendue; Pushkin Museum of Fine Arts

La Vigne rouge a été exposée pour la première fois au Salon annuel du groupe des XX en 1890 à Bruxelles. Elle y est vendue, et cela quelques mois à peine avant le suicide de Van Gogh, pour la somme de 400 francs (ce qui correspondrait à 800 ou 850 € aujourd'hui) à Anna Boch, peintre impressionniste membre des XX et mécène d'art belge. Anna Boch est la sœur d'Eugène Boch, peintre impressionniste et ami de Van Gogh qui avait d'ailleurs réalisé son portrait (*Le Peintre aux étoiles*) à Arles durant l'automne 1888.

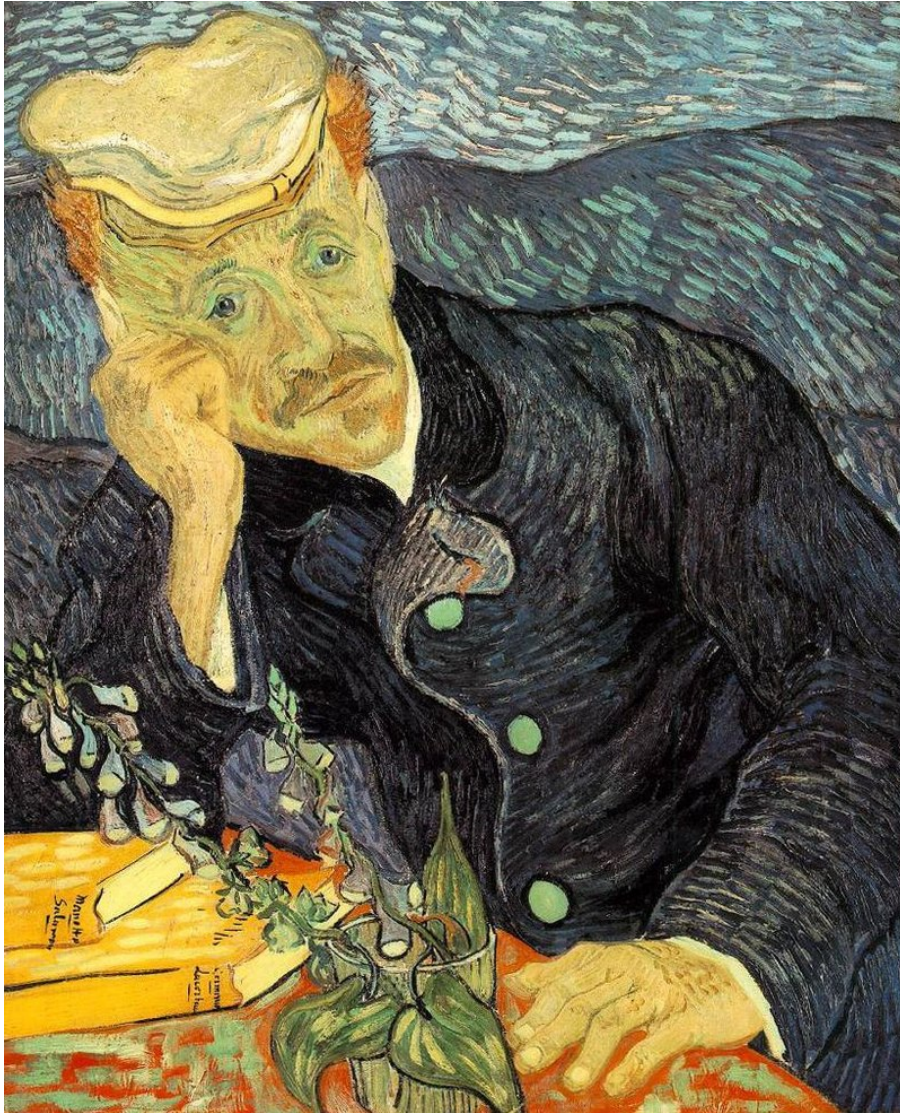
Elle fut acquise par le collectionneur d'art russe Sergueï Chtchoukine en 1906²³ lors de la dispersion de la collection d'Anna Boch. La collection de Chtchoukine ayant été nationalisée par les bolchéviques, la toile fut entreposée au Musée des beaux-arts Pouchkine à Moscou. (https://fr.wikipedia.org/wiki/La_Vigne_rouge, dernier accès le 6 mars 2020)



La plaine d'Auvers avec ciel nuageux, Vincent Van Gogh, juillet 1890, huile sur toile 73 x 92 cm.
Pittsburgh, Museum of Art



National Gallery, London



Le portrait du dr. Gachet (première version, collection privée); Digitalis lanata est présente



Le portrait du dr. Gachet (deuxième version) ; Digitalis lanata est toujours présente



Marguerite Gachet au piano, Vincent Van Gogh, juin 1890. Huile sur toile 102.6 x 50.0 cm.
Bâle Offentliche Kunstsammlung, Kunstmuseum



La maison jaune



Ciel de nuit (on remarque les halos jaunes)



Les bords de l'Oise à Auvers, Vincent Van Gogh, juillet 1890
Huile sur toile 73,3 x 93,7 cm. Detroit, The Detroit Institute of Arts



La cathédrale d'Auvers

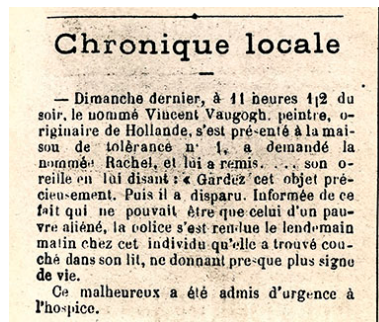
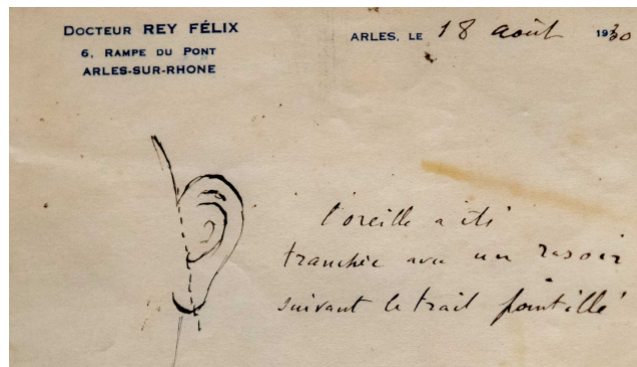


Le Champ de blé aux corbeaux : c'est l'une des dernières oeuvres de Van Gogh (juillet 1890).
Le peintre s'est suicidé dans ce champ 15 jours après sa réalisation



Wheatfield with Crows, Vincent Van Gogh, juillet 1890, huile sur toile, 50,3 cm x 100,1 cm.
Amsterdam, Van Gogh Museum

Cette peinture semble à première vue se composer d'un fouillis de couleurs vives et de formes abstraites. On distingue néanmoins des troncs d'arbres et des racines sur un terrain en pente. Ce sont des arbres utilisés pour le bois, qui poussent dans une carrière de marne (roche sédimentaire, mélange de calcite et d'argile utilisée autrefois pour la construction). De telles carrières se trouvaient autour d'Auvers. Le tableau n'est pas été entièrement terminé. C'est probablement le dernier tableau de Van Gogh. Andries Bonger, beau-frère de Théo, frère de Vincent, l'a décrit dans une lettre : "Le matin avant sa mort, il avait peint un sous-bois plein de soleil et de vie".



Fait divers publié dans le Forum Républicain, 30 décembre 1888



Salvia officinalis, fait part de la composition de l'absinthe

TRANSEXUALIDADE NO CINEMA

UM OLHAR SOBRE A DISFORIA DE GÉNERO ATRAVÉS DA SÉTIMA ARTE

Daniela Oliveira Martins¹; Margarida de Barros²; Mauro Pinho³; Ricardo Gil Faria⁴

Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

^{1,2,3}Interna(o) de Formação específica de Psiquiatria; ⁴Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: danielaoliveiramartins@hmlemos.min-saude.pt; margaridabarros@hmlemos.min-saude.pt;

mauropinho@hmlemos.min-saude.pt; ricardogilfaria@hmlemos.min-saude.pt

Abstract

Transsexuality is related to personal identity and not to sexual orientation. Before the Roman Empire, there are no references to transgender people. In 1980, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – III (DSM – III) codified it as a mental disorder and, in 2018, the World Health Organization no longer considered it as a mental illness, but a gender incongruity. The first films to portray the theme date from the 1950s, followed by others such as *La ley del deseo* (1987), *Transamerica* (2006) and *Una mujer fantástica* (2018) that portray aspects such as the difficulties of social integration that transgender people experience.

Palavras-chave: transexualidade, disforia de género, transgénero, cinema, sétima arte

Introdução

A primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) foi publicada em 1952 e desde essa que a transexualidade era considerada uma perturbação mental. Em 2013, com a introdução da DSM-5 deixou de se classificar como uma perturbação de identidade de género mas sim como disforia de género, que se define como uma incongruência entre o género experimentado ou expresso e o género designado de uma pessoa. Com esta alteração, o enfoque passou a ser o problema clínico, e não a identidade por si própria.

O cinema consiste numa expressão artística – a chamada Sétima Arte, que simultaneamente reflete o contexto sociocultural em que é produzido, mas também influencia esse mesmo contexto. Assim sendo, o objetivo deste trabalho consiste em refletir sobre a caracterização da pessoa transgénero, através da sua representação no cinema, e também analisar aspetos relacionados com a identidade, imagem corporal e estereótipos culturais.

Discussão

O cinema pode ser considerado um importante mediador da cultura, já que possibilita ao espectador, que fica numa situação de observador, uma reflexão (que é resultante de imagens e sons), e construção de uma realidade através das informações fornecidas (imagens e textos) e desta forma intuir diversos significados à narrativa apresentada. Existem dois tipos de cinema:

- O cinema clássico que apresentava o modelo masculino como heróis, bandidos ou guerreiros e o modelo feminino baseado na sensibilidade e fragilidade.
- O cinema contemporâneo permitiu abordar personagens mais “reais”, independentemente do género, permitindo uma maior abertura para temas como a transexualidade ou a homossexualidade e assim, ultrapassar a fronteira entre os papéis de género.

De seguida, serão apresentados e discutidas algumas obras cinematográficas que abordam a temática da transexualidade, consideradas pelos autores como representativas de diferentes momentos do século XX e XXI.

1. Glen or Glenda (1953)

Originalmente intitulado de *I Changed My Sex*, este é o primeiro filme que relata o caso de um homem heterossexual (Glen - Edward D. Wood Jr), que se traveste e que não pretende submeter-se à cirurgia de redesignação sexual. Este filme, de estilo noir, é contado por meio de *flashbacks* e estranhos ângulos filmados pela câmara. Ao longo do enredo vão sendo abordadas questões relacionadas com conhecimento médico e científico e os avanços médicos da época, em relação à cirurgia de redesignação sexual. Assim, a película intercala a narrativa com fatos científicos e com intervenções sobrenaturais e sinistras, entrando em conflito com a realidade.

A base de inspiração foi Christine Jorgensen que em 1952 realizou uma cirurgia de redesignação sexual muito noticiada pelos meios de comunicação norte-americanos. Contudo, o filme abordava sobretudo a temática do travestismo e não da transsexualidade, que era contrário à história de vida de Christine.

Este filme foi escrito e dirigido por Ed Wood que é reputado por alguns como o pior director de cinema. Wood, ele próprio um travesti, através deste filme tentou normalizar uma forma "desviante" de expressão de género, retratando-a, idealmente, como uma expressão livre de culpa da heterossexualidade masculina.

Na altura tratou-se de um filme muito controverso e hoje em dia ainda é considerado por muitos, como um dos piores filmes de todos os tempos.

2. Dog Day Afternoon (1975)

Este drama policial retrata a história de um assalto a um banco protagonizado por John Wojtowicz (Al Pacino) para financiar a cirurgia de redesignação sexual da sua namorada transgénero Leon Shermer (Chris Sarandon). Foi inspirado em artigos jornalísticos publicados no New York Daily News sobre um episódio ocorrido no bairro de Brooklyn, em Nova Iorque, a dia 22 de agosto de 1972.

A personagem da namorada transgénero foi baseada em Elizabeth Eden, uma mulher transgénero que esteve internada em hospitais psiquiátricos por inúmeras tentativas de suicídio e que acabou por falecer por complicações decorrentes da infeção por HIV, nos anos 80. O actor que deu vida a esta personagem, foi aconselhado a não aceitar o papel. Nesse sentido, não se pode deixar de refletir no facto de Chris Sarandon ter uma carreira praticamente inexistente, talvez por preconceito da época, enquanto Al Pacino tornou-se um dos mais consagrados actores de sempre.

Ao longo do filme, John Wojtowicz refere-se por inúmeras vezes a Leon Shermer pelo seu nome masculino, o que coloca questões sobre a sua aceitação da identidade de género da amante.

Filmes que retratavam pessoas transgénero eram praticamente inexistentes e este filme contribuiu para uma abordagem cada vez mais progressiva a esta temática. Provavelmente, este foi dos primeiros filmes em que muitos membros do público ouviram pela primeira vez a expressão: "*I went to this psychiatrist who explained to me I was a woman in a man's body*".

Na vida real, John Wojtowicz acabaria por vender a história a Hollywood e utilizar esse dinheiro para pagar a cirurgia de redesignação sexual de Leon Shermer.

Em 2013 foi lançado um filme documentário sobre a vida real de John Wojtowicz, intitulado "*The Dog*".

3. La ley del deseo (1987)

Nesta película, Pedro Almodóvar aborda uma relação complexa entre um casal homossexual, sendo que a irmã do protagonista é uma mulher transgénero (Tina, representada por Carmen Maura). Durante a sua adolescência, Tino havia mantido uma relação incestuosa com o pai,

tendo acabado por realizar a cirurgia de redesignação sexual para agradar ao progenitor. Após alguns anos, o pai abandona-a e Tina desenvolve um sentimento de desagrado perante o género masculino, gerado pelo trauma do abandono.

Tina é caracterizada como uma mulher destemida e extravagante, que tem como sonho ser atriz profissional. Na indumentária de Tina prevalecem os vestidos decotados e justos para realçar a silhueta feminina e, geralmente, em tons escarlate. O cabelo é ruivo e ondulado e usa acessórios marcados, tais como brincos longos e sapatos de salto alto.

Tina viveu como homem e mulher e manteve relações sexuais com ambos os sexos. Além disso, também desempenhou o papel de mãe, sendo que a película representa a relação de Tina e sua filha adotiva com a religiosidade, principalmente através das preces dirigidas à Virgem Maria. Não se pode deixar de salientar que Almodóvar escolheu a atriz transgénero Bibi Andersson, para representar o papel da verdadeira mãe da menina e uma mulher cis-género (Carmen Maura), para o papel de Tina.

Este filme foi lançado nos anos 80, numa altura em que os estudos teóricos sobre a temática da transexualidade estavam a ganhar força e visibilidade no campo social. Na cinematografia de Pedro Almodóvar, esta visibilidade era patente, já que sempre houve espaço para temas como, a homossexualidade, a transexualidade e a complexidade das relações humanas, tanto no campo amoroso como sexual.

4. Boys don't cry (1999)

Este filme da década de 90 é baseado na história verídica de Brandon Teena, um homem transgénero que viveu num meio rural dos Estados Unidos da América e que mantinha em segredo a sua identidade de género. A trama retrata a sua trajetória enquanto pessoa transgénero e os conflitos que viveu diante da sociedade, abordando temas sensíveis como a transfobia e a violência de género a que foi sujeito.

Foi o primeiro filme *mainstream* a focar a história num homem transgénero, já que as mulheres transgénero eram mais representadas enquanto travestis e os homens transgénero nem sequer eram incluídos nos guiões cinematográficos.

O filme retrata o desejo de masculinidade do protagonista, de acordo com uma visão socialmente construída do papel de género atribuído à figura masculina. O comportamento de Brandon é baseado em expectativas externas do papel masculino, tal como o facto dos meninos serem ensinados a não demonstrarem fragilidade e a não chorarem. A masculinidade é centrada na ideia de natureza forte e viril, reforçando as ideologias de masculinidade através de atos de violência.

Na vida real, Brandon Teena foi espancado, violado e assassinado em dezembro de 1993, quando tinha apenas 21 anos, por duas pessoas com quem mantinha relação de amizade, após estes terem descoberto que Brandon não era um homem biológico.

5. Transamerica (2005)

Conta a história de Bree Osbourne (Felicity Huffman), uma mulher transgénero que após obter as autorizações necessárias para a cirurgia de redesignação sexual, descobre Toby Wilkins (Kevin Zegers), seu filho adulto e até então desconhecido.

A relação que Bree mantém com seu corpo é abordada durante o filme, com a negação da existência do seu órgão sexual, já que deve ser o caso da maioria das mulheres transgénero, em que genitália masculina é entendida como algo a ser retirado, pois simboliza a masculinidade.

A descoberta da paternidade remete Bree para o seu passado, recordando-o da sua figura masculina (Stanley), que acima de tudo pretende esquecer. Seguem-se várias peripécias, que acabam por aproximar pai e filho, culminando na sua aceitação mútua.

Bree Osbourne é uma personagem tímida, discreta e reservada, que tenta eliminar qualquer traço masculino. Utiliza adereços como um chapéu de abas largas de forma a esconder o seu rosto e a evitar a atenção em lugares públicos.

Apresenta-se com uma indumentária o mais feminina possível, normalmente ligada às características femininas dentro da construção de um imaginário social ocidental. Veste-se, quase sempre, com saias ou vestidos em tons pastel, lilás ou rosa, acompanhados por saltos altos. Bree apresentava-se sempre cuidada e bem maquilhada, com as unhas pintadas e o cabelo arranjado. Antes de ser submetida à cirurgia de redesignação sexual, realizou algumas intervenções cirúrgicas, como mamoplastia, cirurgias no rosto e mandíbula, lifting das sobrancelhas, raspagem traqueal e treino vocal. Ao longo do filme a protagonista reforça o quão importante é a forma como se expressa ao mundo, e essa é diretamente ligada ao vestuário que elege. A sua indumentária constitui uma característica fundamental de si própria, pois determina controle sobre o modo como se apresenta ao mundo e como este a percebe.

6. Una mujer fantástica (2017)

Retrata a história de uma mulher transexual (Marina Vidal- Daniela Vega), empregada de mesa e cantora que após um curto período numa relação feliz, é surpreendida pela morte do seu companheiro (Orlando Partier – Francisco Reyes). É um filme chileno que recebeu aclamação da crítica e foi vencedor do Óscar na categoria de Melhor Filme Estrangeiro em 2018, o que fez com que se tornasse o primeiro filme protagonizado por uma mulher transgénero a ganhar esse prémio.

Para além das questões da morte, da dor e do luto, já que a família de Orlando não reconhece Marina enquanto sua legítima companheira e por isso lhe negam o direito à despedida e à tristeza, o filme também se debruça sobre o preconceito e hostilidade a que é sujeita. Assim, a rejeição é repetida continuamente no filme até que o espectador se depara com Marina sendo espancada e insultada por um grupo de parentes do seu companheiro que afirmam, em diferentes cenas, ser um ato natural.

Vemos retratado a desconfiança, injustiça e desdém a que é submetida e a atribuição de características pouco lisonjeadoras, considerando a sua diferença como algo aberrante. O insistente tratamento pelo seu nome masculino é utilizado como uma negação definitiva e pública do seu direito à condição de mulher.

"Una mujer fantástica" ensina-nos sobre a segregação na sua dimensão problemática. No enredo, Marina percorre continuamente o mesmo lugar, o rejeitado, a partir de três dimensões: de si mesma, diante de um espelho que lhe dá uma imagem difusa, diante da família do companheiro, que insistem em não a reconhecer o seu papel como mulher e ante a cultura que não a admite legalmente.

Marina, ao longo do filme, revela-se uma mulher forte e determinada, não se permitindo intimidar com o desprezo e a não ripostar contra o que não pode alterar, sem que isso abale a determinação para fazer valer os seus direitos mais básicos, conseguindo encontrar um final relativamente feliz e estável.

7. Girl (2018)

É um drama belga dirigido por Lukas Dhont, que acumulou prémios em festivais de cinema pelo mundo, incluindo no aclamado Festival de Cannes. Este filme narra a história de uma adolescente transsexual de 15 anos (Lara- Victor Polster), estudante de dança numa prestigiada academia. O papel principal é protagonizado por um jovem actor cisgénero.

Este filme foi inspirado na história real de uma pessoa transgénero que se tornou numa bailarina profissional de sucesso. Originalmente, o papel foi-lhe oferecido, mas recusou, justificando que queria viver uma vida normal e sem exposição pública.

Lara é introspectiva, disciplinada, perseverante e em constante conflito consigo mesma, temática que o filme aborda. O elemento de conflito para ela é unicamente o seu descontentamento nomeadamente com a sua genitália, chegando a adoptar medidas pouco usuais e que lhe acarretaram complicações médicas. Isto refere-se tanto ao modo como ela tenta adotar uma imagem tradicionalmente feminina, que inclui o esconder dos seus genitais com fita adesiva, assim como aos danos físicos que o extenuante treino de dança implica.

A sua família e professores são compreensivos e apoiam a decisão de realizar a cirurgia de redesignação sexual, apesar de viver algumas situações de *bullying* por parte dos colegas. Lara mantém acompanhamento médico e psicológico regular, mostrando-se impaciente para a sua cirurgia, o que permite uma reflexão sobre este processo e sobre o tempo de espera para a transição, motivando a protagonista a tomar atitudes drásticas, tais como amputar o próprio órgão sexual, de forma a diminuir este tempo.

Conclusões

Durante muito tempo as pessoas LGBT+ não eram representados nas grandes produções cinematográficas, tanto a nível da encenação, como na produção ou direcção dos filmes. Apartir da década de 80, alguns movimentos sociais começaram a organizar-se e os transgéneros passaram a ter mais notoriedade, o que se refletiu também a nível cinematográfico. As personagens vão sendo cada vez menos estereotipadas, apesar de ainda se manter algum estigma e o foco é cada vez mais direccionado para os conflitos experienciados pelos transgénero e não tanto para a visão da sociedade em relação a estas pessoas.

Fontes e bibliografia final

LIMA DA SILVA, Alexander – *Transexualidade e cinema: Um estudo Psicossocial*. Polêmlca. ISSN 1676-0727. Vol. 13, n.º 3 (2014) 1327-1334.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM 5 - *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2013.

POHL, Burkhard. TÜRSCHMANN, Jörg – *Miradas glocasles: cine español en el cambio de milenio*. Iberoamericana Editorial. ISBN: 84-8489-302-2. 2007

DE FREITAS, Alexander. *Representações da transexualidade no cinema contemporâneo: diferenças e repetições*. Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades. ISSN 2316-6185. Vol. 7, n.º 10 (2013) 113-132.

BROD, Marta. *Da invisibilidade à representação: Uma análise das desconstruções de gênero em a lei do desejo, de Pedro Almodóvar*. (2016)

STAM, Robert. *Introdução à teoria do cinema*. São Paulo: Papirus, 2013.

HISTORIA Y ESTADO ACTUAL DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL EN LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

**Miguel A. Miguelez Silva^{*1}, Adrián Gramary Cancelas^{**1};
Raimundo Mateos Alvarez^{****1}; Tiburcio Angosto Saura^{***1}**

^{*}Eoxi Vigo – Sergas; ^{**} Centro Hospitalar Conde de Ferreira, Portugal;

^{***}Hospital Vithas N^a S^a de Fátima; EOXI Santiago de Compostela – Sergas;

^{****}Programa de doctorado de neurociencia y psicología clínica de la
Universidad de Santiago de Compostela

¹Médico Psiquiatra

Emails:miguelang333@hotmail.com; adrian.gramary@gmail.com; raimundo.mateos@usc.es

Resumen

El proceso de Reforma Psiquiátrica en España, cuyo fundamento legal fue la Ley General de Sanidad del año 1986 (capítulo III, artículo 20), permitió iniciar la transformación comunitaria de la atención psiquiátrica, que se concretó en la creación de servicios de rehabilitación y reinserción social.

En Galicia, el Decreto 389/1994 por el que se regula la “Saúde Mental na Galiza”, fue el marco legal de la Reforma Psiquiátrica gallega, que posibilitó la transformación de la atención psiquiátrica institucional en comunitaria.

En el presente trabajo, los autores estudian el desarrollo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL) de la provincia de Pontevedra, analizando su origen, historia, trayectoria y tasa de ocupación.

Este análisis permite una caracterización y conocimiento más profundo de los CRPL, y demuestra que estas estructuras son indispensables para mantener a los pacientes con Trastorno Mental Grave en la comunidad.

Palabras clave: reabilitação psicossocial, centro de reabilitação psicossocial e laboral, transtorno mental grave

Abstract

The process of Psychiatric Reform in Spain, whose legal basis was the “Ley General de Sanidad” of 1986 (Chapter III, Article 20), allowed to initiate the community transformation of psychiatric care, which took shape in the creation of rehabilitation and reintegration services Social.

In Galicia, Decree 389/1994, which regulates “Saúde Mental na Galiza”, was the legal framework for the Galician Psychiatric Reform, which made possible the transformation of institutional psychiatric care into a community one.

In the present work, the authors study the development of the Psychosocial and Labor Rehabilitation Centers (CRPL) of the province of Pontevedra, analyzing their origin, history, trajectory and employment rate.

This analysis allows for a more in-depth characterization and understanding of CRPLs, and demonstrates that these structures are indispensable for keeping patients with Serious Mental Disorder in the community.

Keywords: psychosocial rehabilitation, psychosocial and labor rehabilitation center, severe mental disorder

Introducción

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL) son unas estructuras que sabemos que son indispensables para mantener al paciente con Trastorno Mental Grave en la Comunidad.

Tras la reforma psiquiátrica en España apoyada por la Ley General de Sanidad del año 1986 (capítulo III, artículo 20), y en concreto en Galicia, con la publicación del Decreto 389/1994 por el que se regula la “Saude mental en Galiza”; fueron apareciendo estructuras en la comunidad que permitiesen el tránsito de la atención psiquiátrica a los enfermos desde los hospitales a la comunidad. Estas estructuras serán los CRPL.

Para la recuperación de los pacientes con Trastorno Mental Grave, sabemos que las intervenciones de tipo psicosocial, la rehabilitación y la integración comunitaria serán fundamentales conjuntamente con el tratamiento psicofarmacológico¹.

Con este cambio de filosofía asistencial, vendrán acompañados más cambios. El principal, será pasar de un modelo obsoleto que se centraba en la institución, el profesional, y los síntomas de la enfermedad; a un modelo moderno, que se centrará en la persona, la comunidad y la rehabilitación centrada en los déficits y discapacidad individuales de cada paciente.

Existen autores, que nos proponen, que más que rehabilitar, se debería habilitar al paciente con recursos nuevos, y no centrarse en las habilidades anteriores². Esto daría lugar a crear una nueva narrativa vital.

Históricamente, en España, de los primeros dispositivos que apoyaron a los pacientes con trastorno mental grave en la comunidad, nació en el año 1985 en Madrid: el “Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización”³. Este programa requería la coordinación entre los servicios de Salud Mental y los dispositivos de Salud Mental.

Con este Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización se buscaba: “atender a las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y de sus familias mediante el desarrollo de los recursos de rehabilitación, atención residencial y soporte social en la comunidad, que son necesarios para posibilitar la reinserción e integración social de estas personas, evitar la institucionalización o marginación y, en definitiva, asegurar que pueden vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónomas y normalizadas posible”.

Desde los primeros CRPL que fueron surgiendo a finales de los años 80, se fueron desarrollando por toda la geografía española varios dispositivos con claro enfoque rehabilitador, adaptados a las características concretas del entorno del paciente.

Estos CRPL modernos que se fueron desarrollando deben buscar tener una filosofía rehabilitadora basada en los intereses y capacidades de los usuarios; y no en meros dispositivos donde reubicar a los enfermos. Esta distinción, no siempre es fácil de llevar a la práctica⁴.

Los CRPL, por definición siempre deberán tener al usuario como eje del proceso de rehabilitación, para lo cual deberán apoyarse en cuatro herramientas principales:

- Teoría de la recuperación: el usuario no participará solamente en el proceso terapéutico, sino que participará en la gestión de la misma. Se promueve el asociacionismo, autoayuda, etc.^{5,6}

- Teoría de la rehabilitación psicosocial: teoría similar a la anterior pero apoyada en técnicas basadas en la evidencia. Más desde una perspectiva profesional-usuario, pero siempre respetando el deseo del paciente. Engloba el concepto de esperanza y los derechos humanos.⁷

- Principio de normalización: se procura que el paciente pueda alcanzar una vida cotidiana normal, con las mismas posibilidades de desarrollo que el resto de personas de la sociedad.

- Autonomía: será sinónimo de menor dependencia de otras personas. Todos los CRPL

comulgarán con la Ley 39/2006, que es la Ley de Dependencia (ley que define la autonomía como la capacidad de afrontar la vida por propia iniciativa, y la dependencia como el estado permanente de pérdida de autonomía física, mental, ..., que hace que precisen de la atención de otras personas para desarrollar las actividades de la vida diaria.⁸

A continuación, repasaremos los CRPL de la provincia de Pontevedra, donde conoceremos su historia, desarrollo, tasas de ocupación entre otros datos. También dedicaremos un apartado a conocer FEAFES Galicia, que será la Federación que aglutine a todos los CRPL de Galicia, y finalmente repasaremos el marco legal por el que se rigen los CRPL.

DOA, SAUDE MENTAL

Reseña histórica

Asociación que nace en Vigo, a partir de familiares de pacientes con enfermedad mental, en febrero del año 1987. Entre estos familiares, estaban personajes como Jean Desclos (cónsul de Francia en Vigo y primer Presidente de la entidad), su esposa Liliane Desclos, M^a del Pilar Fernández Rey, Puri Sepúlveda, Rosa Sánchez Rubiñán y Benito Vázquez Puentes. Todos tenían como principio prestar atención a personas con Trastorno Mental y de esta manera mejorar la calidad de vida de los mismos.

Iniciará su actividad el 6 de abril de 1988, en un local alquilado con una psicóloga y una monitora de Taller. Posteriormente, fue creciendo, incorporando a su dotación pisos protegidos hasta gestionar 34 plazas en 7 domicilios.

Actualmente, cuenta con tres locales, de los cuales dos están en Vigo, y uno en Cangas permitiendo atender a los pacientes de esta región.

Importante es destacar que DOA inició en el año 2018 su último proyecto, que es un “Programa de Intervención Precoz en Psicosis”.

A nivel institucional, resaltar que DOA es reconocida de UTILIDAD PUBLICA por parte del Ministerio de INTERIOR el 22 de marzo de 2001.

Finalmente, referir que a principios del año 2019 contaba con 349 socios.

Plazas₁₀CRPL:

- Centro de Rehabilitación de Vigo - 64 plazas
- Centro de Rehabilitación de Cangas do Morrazo - 25 plazas

Plazas programas complementarios:

- Programa de viviendas protegidas - 34 plazas
- Programa de Intervención Precoz – 15 plazas

Programa de Intervención Precoz en Psicosis:

Se trata de un programa experimental, que funciona desde hace dos años y medio.

Cuenta con 10 plazas concertadas por vía Sergas, y debido a la gran demanda, lograron más financiación a través del programa Previr (IRPF) y de esa manera sumar 5 plazas más.

Cuentan con un neuropsicólogo y una trabajadora social para la atención de estos pacientes.

En definitiva:

-10 plazas concertadas con el SERGAS + 5 plazas concertadas con el Programa Previr (IRPF)

Otras actividades:

- Atención integral/ Atención a domicilio
- Atención a Familias y Allegados

Valores:

Orientados a las personas:

- Justicia (derechos de las personas con Enfermedad Mental y de sus familias)
- Solidaridad (buscando el bien común)
- Autodeterminación (fomentando autonomía)

Centrados en la organización:

- Universalidad (actitud abierta al entorno de Salud Mental)
- Equidad (lucha contra discriminación y estigma)
- Participación (promueve la participación de todos los grupos)
- Eficacia (mostrando compromiso con su misión, y la mayor eficiencia en la gestión de recursos)
- Liderazgo (representantes de las personas con Trastorno Mental Grave)

Orientados a la Sociedad:

- Transparencia (información clara y veraz de todas las actuaciones)
- Democracia (toma de decisiones dentro de DOA democráticas)

Tasa de ocupación actual CRPL(febrero 2020):

- Centro de Rehabilitación de Vigo - 3 plazas libres (reservadas para usuarios de programas de pisos protegidos de area sanitaria de Vigo)
- Centro de Rehabilitación de Cangas do Morrazo - 1 plaza libre

Tasa de ocupación en Plazas de programas complementarios (febrero 2020):

- Programa de viviendas protegidas - 4 plazas libres (2 de hombre y 2 de mujer).
- Programa de Intervención Precoz en Psicosis – completo (actualmente atendiendo a 17 usuarios, o sea 2 por encima del límite). Actualmente, cuenta con lista de espera de dos personas.

Asociacion Lar Pro Salud Mental¹¹:

Reseña histórica

Asociación que nace por iniciativa de un grupo de familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave de Vilagarcía de Arousa, que tras diversas reuniones en el año 1989, deciden crear un recurso alternativo al hospital psiquiátrico, que fuese comunitario y que contribuyese a la estabilización de sus familiares.

Por su especial implicación en la historia y en el propio desarrollo de la Asociación LAR PRO SALUD MENTAL, destacaríamos a Lolita Gallego que ostentó un importante cargo directivo en la Asociación, y Amelia Varela Artusio, que es psicóloga clínica de formación y actual directora de la Asociación.

El inicio de la actividad de la Asociación LAR fue en marzo del año 1990, y fue creciendo progresivamente hasta contar con un Centro de Día, un dispositivo Residencial, dos pisos protegidos, un Centro Especial de Empleo y un Centro de menores Terapéutico.

LAR está clasificada como de interés social por orden de la consellería da Presidencia e Administración Pública del 16 de Enero de 1998. Declarada de interés gallego por Orden de la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais del 20 de febrero de 1998, figurando inscrita con el nº 1997/21 y provista con C.I.F. G-36302776. N° de inscripción en el Registro de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales de la Consellería de Familia e Pormoción do Emprego, Muller e Xuventude como ENTIDADES IN.SOCIAL con el número F-01576. Área de actuación: Familia/Infancia/Menores.

Plazas CRPL:

- Centro de Día - 65 plazas (55 concertadas con Sergas)

Plazas programas complementarios:

- Residencia - 24 plazas
- Pisos protegidos - 10 plazas
- Centro terapéutico de menores - 15 plazas

Otros actividades:

- Intervención Familiar
- Programa de Ayuda Domiciliaria
- Programa de Voluntariado
- Programa Mentalízate (divulgación/sensibilización)
- Respiro Familiar
- Centro Especial de Empleo

Funciones₁₁:

- Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial y laboral individualizados.
- Ofrecer actividades de día de apoyo y soporte social a las personas con Trastorno Mental Grave con un alto nivel de deterioro.
- Apoyar y entrenar a las familias de las personas con Trastorno Mental Grave.
- Coordinarse y colaborar con los servicios de Salud Mental de referencia y con los servicios sociales.
- Coordinarse con los recursos sociocomunitarios de cara a la integración social de las personas atendidas.
- Apoyar y coordinarse con otros recursos específicos de rehabilitación que existan o se creen en el área de salud.
- Colaborar en la formación y el asesoramiento a otros profesionales, entidades, asociaciones, etc; facilitando un mejor conocimiento de la realidad y la problemática del enfermo mental.
- Fomentar la implicación y colaboración de empresarios e instituciones de inserción laboral.
- Desarrollar actividades de contacto y coordinación con el mercado laboral.

Objetivos₁₁:

- Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación; y utilización de las habilidades y competencias personales y sociales para integrarse y desenvolverse con autonomía en el medio familiar, social y laboral.
- Promover la educación para la salud modificando factores de riesgo y promoviendo factores de protección para prevenir el riesgo de hospitalizaciones, deterioro, marginalización o institucionalización.
- Habilitar soportes sociales y afectivos que apoyen a la persona con enfermedad mental grave y crónica (familia, pareja, amigos, etc.).
- Dotar a las familias y entorno próximo de la persona con Trastorno Mental Grave de las habilidades y el conocimiento necesario para ser más competentes en el manejo de problemas derivados de la enfermedad de su familiar.
- Articular y organizar contactos con los dispositivos de formación ocupacional y profesional, fomentando la implicación de empresarios, instituciones, asociaciones y organizaciones en la inserción socio-laboral del colectivo de personas con Trastorno Mental Grave.
- Ofrecer apoyo y seguimiento para asegurar el mantenimiento en la comunidad y en el ámbito laboral cuando sea necesario.
- Promover una visión realista de la enfermedad mental en la comunidad y en la población en general.

Tasa de ocupación (febrero 2020): completo. Atendiendo por encima de su capacidad.

Tasa de ocupación en Plazas de programas complementarios (febrero 2020):

- Pisos Protegidos - completo
- Sin plazas en Unidad Residencial.
- Centro de menores – 1 plaza libre.

Asociación de Familiares y Enfermos Mentales “MOREA”

Reseña histórica¹²:

Asociación que nace en el año 1994, por intermedio de un grupo de familiares de enfermos con Trastorno Mental Grave en Ourense, que en palabras propias¹² “estaban unidos para hacer frente a una de las problemáticas sociosanitarias más desesperantes del ser humano”.

Se trata de una asociación que fue creciendo exponencialmente, con actividad principalmente en Ourense. El CRPL de Ourense y Verín iniciaron su actividad en el año 1998, el CRPL de Verín abrió en el año 2003 y la delegación de Lalín que pertenece a la provincia de Pontevedra abrió en el 2005. Posteriormente, en el año 2007 es cuando MOREA concertará las plazas con el SERGAS.

Plazas CRPL:

- Centro Rehabilitación Psicosocial Ourense – 50 plazas
- Centro Rehabilitación Psicosocial Verín – 20 plazas
- Centro Rehabilitación Psicosocial O Barco – 20 plazas
- Centro Rehabilitación Psicosocial Lalín – 15 plazas

Plazas programas complementarios:

- Casa Hogar – 22 plazas, de las que 20 plazas están concertadas (Ourense)
- 2 Pisos Protegidos de 4 plazas cada uno. Uno será de hombres, y otro de mujeres.

Otras actividades:

- Servicio de Atención a Domicilio.
- Asistencia al Centro Penitenciario de Aguiar.
- Escuela de familias.
- Programas como: Club social, Respiro Familiar, Grupo de Autoayuda y Voluntariado.

Funciones¹²:

- El mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedad mental crónica, promoviendo y apoyando su integración psicosocial.
- Mejorar el funcionamiento psicosocial del enfermo, promoviendo la mayor autonomía e independencia posibles.
- El apoyo a las familias de los enfermos mentales crónicos, favoreciendo sus capacidades y recursos de adaptación a la enfermedad, y promoviendo una mejoría en su calidad de vida.
- La prestación de servicios de rehabilitación psíquica, social y laboral, pudiendo estar conectados con otros recursos que las realicen.

Tasa de ocupación CRPL (provincia Pontevedra), febrero 2020:

- Centro Rehabilitación Psicosocial Lalín – 3 plazas libres

Tasa de ocupación CRPL (provincia Ourense), febrero 2020:

- Centro Rehabilitación Psicosocial Verín – 4 plazas libres

Tasa de ocupación en Plazas de programas complementarios (febrero 2020):

- Pisos Protegidos - 2 plazas libres, una de hombres, y otra de mujeres.
- Sin plazas en Unidad Residencial.

ASOCIACION ALBA¹³:

Reseña histórica:

Asociación de familiares que se crea en el año 1997¹³, para favorecer que los pacientes con enfermedad mental grave tengan una vida digna y plena, tratando de alcanzar un mejor ajuste psicosocial y de calidad de vida.

Previo a la creación de Alba, se celebró un acuerdo pionero del Servicio de Psiquiatría de Pontevedra con el Instituto Nacional de Empleo (INEM) de Pontevedra en el año 1989, para realizar un curso de alfarería y cerámica dirigido a pacientes con patología mental.

Con los resultados positivos que se fueron obteniendo con este curso, en el año 1991, se decide mediante un acuerdo con la Diputación de Pontevedra mantener el curso de forma indefinida. También se obtuvo la cesión de un espacio en la Ciudad Infantil Príncipe Felipe adecuado para esta actividad. A partir del éxito de este curso, y atendiendo a las necesidades de los enfermos con Trastorno Mental Grave y de sus familiares, se creó ALBA en el año 1997.

Plazas CRPL:

- Centro Rehabilitación Psicosocial – 50 plazas

Plazas programas complementarios:

- 6 Pisos Protegidos, donde 5 pisos son de hombres y 1 piso es de mujer. Contabilizan 30 plazas en total.

Funciones¹³:

- Promover aquellas intervenciones en el ámbito de la salud mental no cubiertas por las instituciones existentes, buscando una mejor relación entre la persona con enfermedad mental, el medio familiar, social y, a ser posible, laboral.

- La información, formación y concienciación sobre las personas con enfermedad mental.

- Estimular aquellas iniciativas propias y ajenas dirigidas a facilitar la posible reinserción psicosocial de las personas con enfermedad mental.

Tasa de ocupación CRPL (febrero 2020):

- Ninguna plaza disponible. Actualmente atendiendo por encima de su capacidad.

Tasa de ocupación en Plazas de programas complementarios (febrero 2020):

- Pisos Protegidos - 1 plaza de mujer libre

Asociacion de Saude Mental Lenda^{14, 15}

Reseña histórica:

Asociación que nace en el año 1994 en Redondela, para cubrir la precariedad del sistema para el cuidado de los pacientes con enfermedad mental grave y la marginación social a la que se exponen estos pacientes. Nace a partir de familiares y personas cercanas a estos enfermos.

En la historia de LENDA serán fundamentales Pilar y Esperanza por su formación y compromiso, que conjuntamente con Jaime, Paqui y Camino dieron sus primeros pasos

formando la “Cooperativa de Trabajo Asociado Lenda”, que será la antesala de la actual Asociación de Saúde Mental Lenda.

En su historia se pone de relieve las grandes dificultades por las que fueron pasando: dificultades económicas, sociales, poca ayuda por parte de la administración; que hace más meritorio el crecimiento que fueron logrando.

Finalmente, desde la asociación se señala la precariedad asistencial por parte del sistema público de Salud, como una agravante para el apoyo de los pacientes con Trastorno Mental Grave y sus entornos. Esta precariedad ya existía en el año 1994 y consideran que en la actualidad “endémica”.

La ASOCIACION DE SAUDE MENTAL LENDA fue declarada de Utilidad Pública por el Ministerio de Interior en la Orden del 22 de febrero del año 2006 (BOE n.º 71/ 2006). Cuenta con 120 socios.

Plazas CRPL:

Centro de Rehabilitación – 45 plazas (las 45 plazas están concertadas con el Servicio Galego de Saúde)

Plazas programas complementarios:

Centro Ocupacional – 10 plazas (9 concertadas con Consellería de Política Social)

Otras actividades:

Programa de Acompañamiento – 14 plazas

Programa Habilidades Vida Diaria – 15 plazas

Programa de Respiro Familiar – 48 plazas

Pacientes atendidos en Centro Penitenciario – 76 plazas

Programa de Información y Orientación – 69 plazas

Objetivos^{14,15}:

- Prestar atención, asesoramiento e información a los enfermos y familiares.
- Luchar por los derechos y oportunidades de las personas con enfermedad mental y sus familiares.
- Sensibilización de la población, y lucha contra el estigma que sufren los enfermos mentales.
- Aumentar posibilidades de inserción laboral de los enfermos con trastorno mental grave.
- Programar actividades de ocio dirigido a enfermos con trastorno mental grave.
- Empoderar pacientes con trastorno mental grave.
- Participar activamente en diversas actividades del entorno como fiestas, ferias, etc.

Tasa de ocupación CRPL(febrero 2020):

- Centro de Rehabilitación – 1 plaza libre.

Avelaiña Saude Mental^{16,17}:

Reseña histórica:

Avelaiña nace en el año 1997, tal como las anteriores asociaciones, por iniciativa de familiares de personas con trastorno mental grave. También contó con el apoyo de profesionales preocupados por la situación del colectivo de los enfermos mentales.

La acta de la constitución de Avelaiña fue firmada el 30 de octubre de 1997.

En la historia de Avelaiña se cuenta que el centro creció en parte, gracias a los profesionales de San Xerome Emiliani, que es un centro dedicado la atención de discapacitados intelectuales en La Guardia. Desde un primer momento, los profesionales de San Xerome captaron la necesidad de crear un centro específico para Salud Mental.

La actividad se inició en La Guardia, extendiéndose posteriormente a Val Miñor (actualmente con un centro en Baiona) y más recientemente a Condado y a Paradanta (dos centros, uno en A Cañiza y otro en Pontearreas). Este crecimiento obedece a la creciente demanda por parte de usuarios, familiares y en algún caso con subvención de Política Social.

Avelaiña fue declarada de Utilidad Pública en el DOG de la Orden del 16 de noviembre del 2010. Cuenta en la actualidad con 400 socios.

Plazas CRPL:

- Rehabilitación Psicosocial Baixo Miño – 25 plazas
- Rehabilitación Psicosocial Val Miñor - 25 plazas

Plazas programas complementarios:

- Piso protegido – 4 plazas
- Dispositivo de Pontearreas – 15 plazas
- Dispositivo de La Cañiza – 10 plazas

Otras actividades:

- Baixo Miño: Respiro familiar (25 usuarios), Escuela de Familias (15 usuarios), Acompañamiento integral, gestión y tramitación (31 usuarios), Orientación e integración laboral (12 usuarios), Atención Domiciliaria (6 usuarios) e Información y asesoramiento (20 usuarios).
- Val Miñor: Respiro Familiar (23 usuarios), Escuela de Familias (24 usuarios), Acompañamiento integral, gestión y tramitación (11 usuarios), Orientación e integración Laboral (32 usuarios), Atención domiciliaria (1 usuario) e Información y asesoramiento (280 usuarios).
- Condado y A Paradanta: Respiro Familiar (19 usuarios), Escuela de Familias (21 usuarios), Acompañamiento integral, gestión y tramitación (3 usuarios), Orientación e integración laboral (6 usuarios), Atención domiciliaria (1 usuario) e Información y asesoramiento (573 usuarios)

Objetivos₁₆:

- Promover aquellas intervenciones en el área de salud mental no cubiertas por las instituciones existentes, buscando una mejor relación entre la persona con enfermedad mental y su medio.
- Informar, educar y concienciar sobre la enfermedad mental.
- Facilitar el apoyo solidario entre las familias afectadas.
- Estimular aquellas iniciativas propias y las dirigidas a facilitar una posible reinserción psicosocial de los afectados.
- Potenciar y promover la formación profesional de las personas con enfermedad mental.

Tasa ocupación CRPL (febrero 2020):

- Rehabilitación Psicosocial Baixo Miño – completo
- Rehabilitación Psicosocial Val Miñor - completo

Tasa ocupación programas complementarios (febrero 2020):

- Piso protegido – Completo
- Dispositivo de Pontearreas – completo (trabajando con 3 pacientes por encima del límite). Cuenta con una lista de espera de 6 personas.
- Dispositivo de La Cañiza – completo. Sin lista de espera.

CRPL	DOA VIGO	DOA CANGAS	LAR	MOREA LALIN	ALBA	LEDA	AVELAIÑA BAIXO MIÑO	AVELAIÑA VAL MIÑOR
Plazas disponibles CRPL	64	25	65 (55 concertadas)	15	50	45	25	25
Número Plazas libres Febrero 2020	3	1	0	3	0	1	0	0
Sobreocupación Plazas Febrero 2020	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sobreocupación Plazas en el Pasado	SI	SI	SI	No tenemos información	SI	NO	SI	NO
Lista de espera Febrero 2020	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO

FEAFES Galicia₁₈:

Reseña histórica:

FEAFES GALICIA (Federación de Asociaciones de Familiares y personas con enfermedad mental de Galicia) se trata de una entidad sin ánimo de lucro, cuya actividad se inició en el año 1995, aglutinando en la actualidad un total de 14 asociaciones ubicadas por la geografía gallega.

El motivo de la creación de FEAFES fue el contexto creado posteriormente a la aprobación de la Ley General de Sanidad del año 1986, que impulsó el nacimiento de un movimiento asociativo de salud mental. En Galicia surgió en primer lugar APEM en Coruña, en el año 1980 y DOA en Vigo en el año 1987.

La finalidad de FEAFES es dar apoyo a pacientes con trastorno mental grave y a sus respectivas familias. Con este apoyo, se espera mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus entornos.

Actualmente, FEAFES está presente en 30 localidades gallegas, dando voz a más de 41.500 pacientes de la comunidad, presentando cerca de 5.000 socios.

Objetivos₁₈:

- Prestar atención personalizada, asesoramiento e información
- Dar apoyo a los familiares
- Trabajar para defender los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familiares
- Realizar labores de sensibilización, promocionando la salud la mental y luchando contra el estigma que sufren las personas con enfermedad mental
- Trabajar para aumentar las posibilidades de inserción laboral del colectivo, ofreciendo orientación, formación e intermediación con las empresas
- Programar actividades de ocio, entre las que se incluyen excursiones, viajes y deportes
- Ofrecer asesoramiento legal y ponemos a disposición de los usuarios pisos tutelados y viviendas
- Trabajar por la participación y el empoderamiento de las personas con enfermedad mental

FEAFES Pontevedra¹⁸:

- DOA (CANGAS y VIGO)
- LAR (VILAGARCIA)
- LENDA (REDONDELA)
- ALBA (PONTEVEDRA)
- AVELAINA (A GUARDA, BAIONA)
- MOREA (LALIN)

Base legal vigente en materia de centros de rehabilitación psicosocial

Para la constitución de los distintos CRPL que fuimos describiendo anteriormente, en Galicia la “Orden de 23 de octubre de 1998 de regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitarios (DOG Número 212, Lunes 2 de noviembre de 1998)¹⁹”, dispone con exactitud las diversas características que deben tener los CRPL para poder operar dentro del marco legal.

Previamente, el Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia, ya promovía el encauzar los programas de rehabilitación psiquiátrica al ámbito comunitario, tratando de reducir en la medida de lo posible la hospitalización.

Tanto el Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia, como el Decreto 240/1995, de 28 de julio, por el que se regulan los servicios sociales de atención primaria, “establecen como criterio para la atención al usuario la rehabilitación, la integración y el ajuste personal mediante programas específicos del discapacitado, siendo muy amplio el colectivo que puede verse beneficiado de estas actuaciones.”¹⁹

Los CRPL se constituyen dentro de los centros de carácter sanitario, perteneciendo al ámbito del artículo 2.f) del Decreto 99/1984, de 7 de junio, sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios.

De vuelta a la Orden de 23 de octubre de 1998, la definición que se hace de CRPL¹⁹ es: “aquéllos que prestan una atención diurna, globalizadora y multidisciplinar, dirigida a los enfermos mentales crónicos estables y a sus familiares, con la finalidad de la rehabilitación e integración social y laboral de los usuarios“. “El centro de rehabilitación constituye un dispositivo de apoyo social comunitario con el fin de acercamiento de la atención al usuario.” Sus funciones serán¹⁹:

- a) El mantenimiento en el entorno comunitario de las personas con enfermedades mentales crónicas, promoviendo y apoyando su integración psicosocial y laboral.
- b) Mejorar el funcionamiento psicosocial del enfermo, posibilitando la mayor autonomía e independencia posible.
- c) El apoyo a las familias de los enfermos mentales crónicos, favoreciendo sus capacidades y recursos de adaptación a la enfermedad, y promoviendo una mejoría en su calidad de vida.
- d) La prestación de servicios de rehabilitación psíquica, social y laboral, pudiendo estar conectados con otros recursos que los realicen.

En la Orden de 23 de octubre de 1998, se describe que el tipo de paciente que se beneficiará de los CRPL serán enfermos con disminución de sus “habilidades psíquicas, en su funcionamiento psicosocial y en la integración social y laboral”. Estos CRPL se regirán por “los principios de igualdad, normalización, rehabilitación, integración y participación del usuario”.

Las actividades de los CRPL descritas en la Orden de 23 de octubre de 1998¹⁹ son:

- Adiestramiento en habilidades sociales.
- Adiestramiento en actividades de la vida diaria.
- Actividades del tiempo de ocio.
- Psicoeducación del usuario.
- Prevención de las recaídas.

- Actividad prelaboral.
- Terapia ocupacional.
- Apoyo a las familias.

En relación a los usuarios, se especifica en esta Orden¹⁹ lo siguiente:

1. “El centro de rehabilitación psicosocial y laboral deberá orientar sus recursos y actividades a las personas adultas que tengan una enfermedad mental crónica en situación de estabilidad clínica, que no requieran de una atención más especializada para el control de los síntomas y tratamiento farmacológico que deba prestarse en un centro sanitario, bien en un hospital de día, bien en una unidad de internamiento. Además, el usuario deberá residir en su hogar o en cualquier otro de los dispositivos de apoyo comunitario.”
2. “El acceso y atención de los usuarios a los centros de rehabilitación psicosocial y laboral estará condicionado al informe de un médico psiquiatra relativo al grado de estabilidad del enfermo mental crónico y su dificultad en el funcionamiento psicosocial y en la integración laboral.”

Finalmente, en la Orden de 23 de octubre de 1998, también se describen como deben ser los elementos materiales del centro, recursos humanos del CRPL (mínimo una ratio de 1 por cada 10 usuarios, con un mínimo de 2 trabajadores), procedimiento para obtener la Autorización Sanitaria, horario de funcionamiento del CRPL que debe ser con un mínimo de 30 horas, con que elementos se deberá coordinar el CRPL y el sistema de información que deberá mantener (por ejemplo, una memoria anual con la actividad llevada a cabo).

Discusión

Los CRPL de la provincia de Pontevedra, son unos dispositivos, que como indica la bibliografía especializada, son fundamentales para mantener al paciente con Trastorno Mental Grave en la Comunidad.

El primer dispositivo en nacer en la provincia de Pontevedra fue DOA, en Vigo, en el año 1988. Posteriormente surgió LAR en Villagarcía de Arousa en el año 1989. En el año 1994 surgirá LENDA en Redondela, y finalmente, en el año 1997 surgirán ALBA (Pontevedra) y AVELAÑA (La Guardia). MOREA va a nacer en el año 1994, en Orense, pero lo incluimos como objeto de estudio porque tiene una delegación en Lalín.

Todas van a tener en común el haber nacido al abrigo de iniciativas de familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave. Cada una tendrá su historia particular que siempre incluirá la superación, el sobreesfuerzo, el máximo aprovechamiento de los escasos recursos económicos disponibles; y una máxima implicación por el bienestar de los pacientes con Trastorno Mental Grave y de sus familiares.

FEAFES, a su vez, será la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental en Galicia. Siendo una entidad sin ánimo de lucro, comenzó a prestar apoyo en el año 1995 a las distintas asociaciones ubicadas en Galicia.

Los objetivos de FEAFES y de las distintas asociaciones serán comunes, en forma de prestar atención especializada, apoyo a paciente y familiares, labores de sensibilización de la Enfermedad Mental, promover la Salud Mental, buscar la inserción laboral del colectivo, programas de ocio saludable, y lo más importante; el empoderamiento de las personas con enfermedad mental.

De destacar, que todos los dispositivos presentan estructuras similares en los CRPL, pero de forma añadida, cuentan con programas auxiliares, como pueden ser: los pisos protegidos de LAR, DOA, AVELAÑA y ALBA, el Programa de Intervención Precoz en Psicosis de DOA, el Centro de Menores Terapéutico CHAVEA de LAR, la residencia para enfermos con Trastorno Mental Grave de LAR, entre otros.

A nivel del marco legal, observamos que las asociaciones se adaptan perfectamente a lo expuesto en la Orden del 23 de octubre de 1998.

Analizando la ocupación de los CRPL, observamos que LAR, ALBA, AVELAINA BAIXO MIÑO y AVELAINA VAL MIÑOR, estaban completas en febrero del 2020. DOA VIGO tenía 3 plazas en febrero 2020, porque esas plazas estaban reservadas para pacientes en programa de Piso Protegido del área de Vigo. Igualmente, DOA CANGAS contaba con 1 plaza disponible en febrero 2020, también ligada al programa de pisos protegidos.

Si cuenta con 1 plaza libre en febrero 2020 LENDA, y con 3 plazas libres MOREA LALIN. Muy significativo es comprobar, que varias de las asociaciones trabajaban con una sobreocupación tanto en febrero 2020 como en el pasado (DOA VIGO, DOA CANGAS, LAR, ALBA, AVELAINA).

Finalmente, la tasa de ocupación, los datos de sobreocupación y el hecho de tener lista de espera (datos de febrero 2020, presentaban lista de espera DOA VIGO, DOA CANGAS, LAR y AVELAINA BAIXO MIÑO); indican claramente que los CRPL de la provincia de Pontevedra tienen una gran demanda y son un apoyo fundamental para los pacientes con Trastorno Mental Grave.

Conclusiones

- 1.Los CRPL son dispositivos fundamentales para mantener al paciente con Trastorno Mental Grave en la Comunidad.
- 2.Todos los CRPL tienen como origen el haber nacido a través de iniciativas de familiares de pacientes.
- 3.Las elevadas tasas de ocupación en febrero 2020, las elevadas tasas de sobreocupación en febrero 2020 y en el pasado, y la existencia de lista de espera en febrero 2020 en gran parte de los CRPL, refrendan la importancia asistencial que atesoran estos centros.
- 4.Los CRPL tienen funcionamientos similares, que se rigen por un marco legal común.
- 5.Existen programas diferenciados en los distintos CRPL adicionales, tales como pisos protegidos, residencia, etc.
- 6.FEAFES GALICIA es la federación que une a todos los CRPL de la provincia de Pontevedra.

Bibliografía

- 1- Hernández M, Nieto P. Psicoterapia y Rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid: Ed. Grupo 5, 2012
- 2- Vázquez C, Nieto M. Rehabilitación en salud mental: viejos problemas y nuevas soluciones. En: Navarro D. (Coord.) Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Síntesis, 2010
- 3- Rodríguez A (Coord.). Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Madrid: Pirámide, 1997.
- 4- Watts F, Bennet D. Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica. México: Limusa; 1990
- 5- Chamberlin J. Servicios dirigidos por usuarios. En: Read J, et al. Modelos de Locura. Barcelona: Ed. Herder, 2006
- 6- Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Londres: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008
- 7- Gisbert C. Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento del Trastorno Mental Severo. Madrid: A.E.N. Estudios, 2003
- 8- Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España: Boletín del Estado, Nro 299, del viernes 15 de diciembre de 2006.
- 9- http://www.asodoa.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&id=47
- 10- http://www.asodoa.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showart&id=25
- 11- Proyecto de atención y apoyo comunitario para personas con Trastorno Mental Persistente en Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. LAR. Vilagarcía de Arousa.

- 12- <https://morea.org/index.php/inicio/sobre-morea>
- 13- <http://www.albapontevedra.org/>
- 14- <https://lendasaudemental.com/asociacion/>
- 15- Memoria da Asociación Saude Mental LENDA 2018. Asociación LENDA Saúde Mental. Redondela. 2018
- 16- <http://www.avelaiña.es/conócenos/historia/>
- 17- Memoria actividades 2017. 20 aniversario Avelaiña Saúde Mental. Asociación Avelaiña. A Guarda.
- 18- <http://feafesgalicia.org/ES/content/Federacion-Gallega-De-Asociaciones-De-Familiares-Y-Enfermos-Mentales>
- 19- https://www.xunta.gal/dog/Publicados/1998/19981102/AnuncioD47E_es.html

BIPOLAR DISEASE AND CREATIVITY, WHAT BORDERS?

Catarina Pedro Fernandes*¹; Beatriz Jorge Cardoso *¹; Mariana Duarte Mangas**¹

* Hospital de Braga; ** Hospital de Beja

¹Interna de formação específica de psiquiatria

Emails: catarinap_fernandes@hotmail.com; bea.negocios@gmail.com; mariana_mangas@hotmail.com

Abstract

Since ancient Greece, bipolar disorder has been associated with creativity. In fact, there are countless examples of brilliant artists who carried the burden of mental illness, such as the painter Vincent van Gogh, the writer Ernest Hemingway and the composer Tchaikovsky. Some studies suggest that artists are up to 10 times more likely to develop bipolar disorder than the general population. There is also evidence that mild manifestations of the bipolar spectrum can confer advantages in creative terms, whereas more severe manifestations of the same symptoms associated with the disease negatively influence creativity.

Hypomanic and schizotypal personality traits, cyclothymic temperament and impulsivity seem to be associated with both creativity and bipolar disorder, contributing to the creation of models of shared vulnerability.

Thus, creativity seems to result from a complex interaction between temperament, personality and cognitions.

Key words: bipolar disorder, bipolar spectrum, humor, creativity, shared vulnerability.

Introduction

Since ancient Greece, bipolar disorder has been associated with creativity. In fact, there are countless examples of brilliant artists who carried the burden of mental illness, such as the painter Vincent van Gogh, the writer Ernest Hemingway and the composer Tchaikovsky. Some studies suggest that artists are up to 10 times more likely to develop bipolar disorder than the general population. There is also evidence that mild manifestations of the bipolar spectrum can confer advantages in creative terms, whereas more severe manifestations of the same symptoms associated with the disease negatively influence creativity.

This article aims to gather existing evidence on the topic, exploring the mechanisms that explain the relationship between bipolar disorder and creativity, namely the most recently proposed model - the shared vulnerability model.

I. Bipolar disease and creativity

Bipolar disorder is a chronic psychiatric illness, with a strong hereditary component and is characterized by excessive variations in mood, energy and activity, with consequences for the functioning of the individual. In its most severe forms, bipolar disorder affects about 1% of the population. However, if we consider the entire spectrum of the disease, it can affect up to 6% of the world population.

Creativity, recognized as a significant driving force for humanity, has been widely studied by researchers from various fields, but it is still difficult to define precisely. Anthony Storr defined it as the ability to bring something new into existence. One of the most commonly accepted definitions for creativity is “the capacity to produce new or original ideas, insights, or inventions” or elaborated as “a process of becoming sensitive to problems, gaps in knowledge, searching for solutions, making guesses, or formulating hypotheses: testing and

retesting these hypotheses and possibly modifying and retesting them; and finally communicating the results.

Creativity is also regarded as an array of multi-dimensional intrinsic and stable characteristics affected by genetic factors, personality traits, cognitive abilities, environment, and certain social contexts.

Although creative individuals are usually described as seekers who take novel or insightful approaches to solve problems, many may be also well known for the accompanying unstable emotional and psychological characteristics, giving rise to the “mad genius” stereotype.

In fact, some studies suggest that artists are up to 10 times more likely to develop bipolar disorder than the general population.

Creativity is repeatedly associated with the spectrum of bipolar disorder, particularly in patients with milder forms of the disease and unaffected first-degree relatives, who also seem to have a preference for professions linked to creativity and greater job success.

Motivated by the aforementioned information, several hypotheses were put forward for the association between bipolar disorder and creativity:

1. Mood disorder causes creativity: Theories of how mood disorder may influence creativity tend to focus on the potential benefits of bipolar disorders. Although depressive states have been suggested to provide opportunity for introspection, increased sensitivity, and “greater depth and subtlety of feeling”, which may be beneficial for creative expression, the diminished energy, interest, and cognitive ability that is characteristic of depression suggests that it is unlikely that creativity is enhanced during a depressive episode. Instead, researchers suggest that it is the characteristics of (hypo)manic states (e.g., increased energy and cognitive fluency) or the fluctuations between depressive and (hypo)manic episodes that produces a creative advantage in those with bipolar disorder. Depressive episodes may provide material for creative work, due to increased awareness and insight into the human condition, whereas (hypo)manic episodes provide the motivation and drive to express such insights. Furthermore, mood lability in bipolar disorder may enhance the affective integration of both positive and negative material in memory, allowing for more complex and creative associations.

2. Creativity causes mood disorder: Murray and Johnson suggested five factors related to the pursuit of creativity that may negatively affect mood regulation: “reinforcement of emotionality, occupational stress, substance misuse, irregular sleep and activity schedules, and challenges to goal regulation”

Given that creativity in the arts (i.e., visual arts, writing, performance, etc.) often requires the channeling and expression of intense emotions, artistic endeavors may lead to a dysregulation in mood particularly when the mode of expression lacks a narrative. (e.g., poetry). Difficulties characteristic of the creative lifestyle, including financial instability, immense competition, and stresses that accompany public recognition (i.e., increased criticism and self-consciousness) may also put individuals at risk for mental health issues, including mood disorder.

Creative individuals may use illicit substances as a coping strategy for stress related to creative pursuits or in an effort to enhance creativity, which may also contribute to dysregulated mood. Irregular schedules may also contribute to poor health, and circadian rhythm instability may directly contribute to the onset of bipolar disorder. Drive and ambition have been identified as central traits related to creative accomplishment and have been found to predict bipolar disorder and symptoms.

3. An unknown variable causes creativity and mood disorder: Some researchers suggest that a link between creativity and mood disorder may be due to a common underlying factor that causes both creativity and mood disorder. The theory of compensatory advantage suggests that creativity and mood disorder may be different expressions of the same genes.

Although normal variations in temperament exist within the population, it has been suggested that a dysregulation of temperament is the fundamental abnormality that predisposes to the development of bipolar spectrum disorders, with more extreme variations in temperament conferring greater risk. In this model, cyclothymic temperament, for example, is influenced by numerous genes of small effect, resulting in a continuous distribution of mood regulation and reactivity. More extreme manifestations of cyclothymic temperament might in turn predispose individuals to episodes of mania and depression. By focusing on the underlying affective dysregulation, temperament might be a phenotype that is more sensitive and closer to the underlying biological abnormalities.

There also exists a historical connection not only of bipolar disorder and creativity but also between Schizophrenia and creativity. Healthy first-degree relatives of schizophrenia patients are overrepresented in creative occupations, which supports the familial association of schizophrenia with creativity.

Much research on creativity has focused on aspects of schizotypy, which is thought to reflect the subclinical expression of psychosis. Many studies have demonstrated strong associations between schizotypal personality traits (primarily positive schizotypal traits related to unusual beliefs and perceptual experiences) and enhanced performance on tests of creativity and fluency as well as elevated levels of positive schizotypy in individuals active in the creative arts.

Interestingly, the association between creativity and schizotypal traits is also observed among individuals with bipolar disorder, who score higher than controls on several measures of schizotypy.

Other personality factors, such as increased sociability, strong ambition, and a desire for recognition by others, characterize those who excel because of their creative talent and are features observed in bipolar patients and their relatives, which may partially explain the stronger link between bipolar disorder (relative to schizophrenia) and creativity. Additionally, the deficits in executive function in schizophrenia patients, which are primarily associated with negative symptoms, may explain the relatively poor performance of schizophrenia patients for measures of creativity involving fluency and cognitive flexibility.

II. An Evolutionary Paradox

The persistence of severe mental illness has long puzzled evolutionary psychologists and psychiatric geneticists. Bipolar disorder and schizophrenia in particular are common, highly heritable disorders that are associated with substantial fitness costs related to social and cognitive impairment and increased mortality. Additionally, these disorders often manifest before or during the peak reproductive years and follow a lifelong course. This seems contrary to the expectations of natural selection, which maintains long-term stability of the species by removing genetic variants associated with a loss of fitness, primarily those with effects on fertility and survival. Genetic variants associated with risk for illness should therefore be subject to strong negative selection. Given the apparent relationship with creativity, a possible selective advantage for mood and psychotic disorders has long been speculated.

Data from the 1950–1970 Swedish Birth Cohort confirm prior reports that schizophrenia is under strong negative selective pressure, with reduced fertility rates observed for both male and female schizophrenia patients, consistent with an evolutionary model of mutation–selection balance. However, bipolar disorder does not appear to be under strong negative selective pressure, and increased fertility rates are observed for unaffected siblings, consistent with an evolutionary model involving a balancing selection model. Fertility rates for individuals with major depression are shown for reference and do not differ from rates for the general population. The hypersexuality that is often observed in association with mania should be adequate in and of itself to provide individuals with bipolar disorder an advantage in propagating their genes. The data suggest that, unlike schizophrenia, mood disorders are

not under strong selective pressure and may instead be characterized by a large contribution of common genetic variants and gene–environment interactions that may facilitate adaptability.

Many have speculated that the persistence of bipolar disorder in the population may be explained by balancing selection. Under this model, variants contributing to risk for illness also confer adaptive advantages for associated traits in affective and cognitive domains that increase fitness in the first-degree relatives of patients and other allele carriers in the general population. The observation of increased fertility rates among the unaffected siblings of individuals with bipolar disorder is consistent with such hypothesis, because they presumably carry a reduced burden of risk variants and may express the associated traits in a milder, more advantageous form.

Balancing selection serves to maintain advantageous genetic and phenotypic diversity in human populations. Such models predict that risk alleles are maintained in the population by clinically unaffected individuals with moderate genetic loading for bipolar disorder, who express the associated traits in a milder, more advantageous form.

However, balancing selection models have been subject to much debate, and their feasibility remains to be shown. Bipolar disorder is an extremely complex clinical phenotype. This topic awaits a better understanding of the genetic architecture of both illness and creativity and their relationship to shared vulnerability traits.

III. The inverted-U hypothesis

While some studies have provided evidence for increased creativity among those with bipolar disorder, others have shown that creativity and professional success are significantly enhanced among the clinically unaffected first-degree relatives. These observations led to the inverted-U hypothesis of creativity and psychopathology.

Intriguingly, this model suggests that the phenotype being transmitted in the population is not bipolar disorder per se, but rather traits that modulate behavior in healthy individuals, enhancing creativity. Thus, mild or moderate doses of certain genes/traits hold advantages for unaffected allele carriers, with the disorder representing the extreme on a continuum of variation in such traits.

The risk variants are presumably maintained in the population by clinically unaffected individuals, who benefit from the shared vulnerability traits.

Unaffected individuals would thus serve as a genetic reservoir, maintaining bipolar risk alleles in the population and benefiting from the positive traits, with the disorder occurring only as an unfortunate side effect of extreme genetic loading. Characteristics such as energy, self-confidence, thought production, drive, and risk-taking, social skills, leadership ability, exploratory and risk-taking behavior, insight problem solving, and creativity are often enhanced among unaffected relatives. This suggests that genes increasing one's risk for bipolar disorder may have originated to promote human advancement and expansion and continue to provide advantages.

IV. The shared vulnerability model:

Building on the inverted-U model, some have suggested that bipolar disorder and creativity result from a shared vulnerability.

This model builds on Carson's hypothesis of a shared vulnerability between psychopathology and creativity to summarize the temperament, personality, and cognitive characteristics that may be shared by creative individuals and those with a genetic liability to bipolar disorder. All shared vulnerability traits listed are characteristic of both bipolar patients and creative individuals and correlate with enhanced creativity in bipolar disorder. Cyclothymic temperament reflects mood instability. Hypomanic personality reflects milder bipolar traits (high mood, increased energy, etc.). Openness reflects imaginative, curious, and open-minded qualities. Positive schizotypy refers to unusual beliefs (magical thinking) and unusual

perceptual experiences. Conceptual overinclusiveness relates to divergent (i.e., outside-the-box) thinking and involves loose associations that facilitate originality.

V. The patients' perspective:

A recent case study of 10 individuals with bipolar disorder demonstrated that the positive aspects cluster into several themes, the first of which concerned a direct positive effect on daily life during elevated mood states. One such positive effect, which was termed “amplification,” involved an increased perceptual sensitivity, creativity, focus, and clarity of thought. Another related to “ease and ability,” by which tasks that were usually difficult or time-consuming would suddenly feel incredibly easy. Participants reported that they could achieve at a high level during these times and would often embark on complex tasks (e.g., attempting to write a novel despite lacking relevant experience or talent). There was also a sense of “human connectedness,” in which participants reported experiencing a drive to share their positive emotions with others, as well as increased self-confidence, leading to a perception of more open interactions that would not have occurred otherwise. They also reported that the illness was generally perceived as an inherent part of identity and not separately as a disorder that needed to be managed.

In another recent study, 62.2% of 111 surveyed patients with bipolar disorder reported advantages associated with their illness, most commonly citing increased empathy, self-awareness, creativity and spirituality.

Despite the evidence supporting a shared vulnerability, creativity is far from a ubiquitous trait in bipolar disorder. Indeed, a large study of psychiatric patients estimated that only 8% of those diagnosed with a bipolar spectrum disorder may be highly creative.

For those who are both creative and bipolar, there are important considerations for clinical care. Current practice in psychiatry is geared more toward controlling the symptoms of bipolar disorder than toward understanding a patient's true needs and potential capabilities. Because many individuals with bipolar disorder consider increased creativity a truly positive aspect of their illness—one that is directly related to extreme fluctuations in mood—the goal of mood stabilization may not be motivating. In fact, many bipolar patients discontinue their medications because of their perception of diminished creativity. Even when stabilized on lithium, some will risk the relapse of severe symptoms by decreasing their own dosage in an attempt to achieve a “controlled cyclothymia” that they believe will enhance their creativity. Others find the hypomanic phase so enjoyable and so integral to their creative work that they prefer to go untreated rather than risk limiting or losing it.

However, there is no evidence that bipolar symptoms themselves result in increased creativity. In fact, most research suggests that creative bipolar individuals are most productive when their symptoms are properly managed. Therefore, promoting a deeper understanding of patients' needs and experiences and facilitating more personalized treatment is crucial to enhance medication compliance.

Conclusions

Creativity seems to result from a complex interaction between temperament, personality and cognitions. Hypomanic and schizotypal personality traits, cyclothymic temperament and impulsivity seem to be associated with both creativity and bipolar disorder, a correlation that led to the creation of shared vulnerability models. The mechanisms by which such vulnerability mediates creativity are not fully understood. Current clinical practice aims to control the symptoms of bipolar disorder, possibly failing to understand patients' real needs and potential.

Bibliografia

1. GREENWOOD, Tiffany A. - Creativity and Bipolar Disorder: A Shared Genetic Vulnerability. *Annual Review of Clinical Psychology*. 16 (2020) 239–264.
2. GREENWOOD, Tiffany A. - Positive Traits in the Bipolar Spectrum: The Space between Madness and Genius. *Molecular Neuropsychiatry*. 2:4 (2016).
3. MACCABE, J. H., et al. - Artistic creativity and risk for schizophrenia, bipolar disorder and unipolar depression: A Swedish population-based case-control study and sib-pair analysis. *British Journal of Psychiatry*. 212:6 (2018) 370–376.
4. MILLER, N., PERICH, T., MEADE, T. - Depression, mania and self-reported creativity in bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 276 (2019), 129–133.
5. MULA, M., HERMANN, B., TRIMBLE, M. R. - Neuropsychiatry of creativity. *Epilepsy and Behavior*. 57 (2016), 225–229.
6. LI, H., et al. - Genome-wide association study of creativity reveals genetic overlap with psychiatric disorders, risk tolerance, and risky behaviors. *Schizophrenia Bulletin*. 46:5 (2020) 1317–1326.
7. TAYLOR, C. L. - Creativity and Mood Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*. 12:6 (2017) 1040–1076.

A REPRESENTAÇÃO DA ESSÊNCIA PSICOPATOLÓGICA DO ÁLCOOL NA PINTURA ITALIANA

Pedro Mota

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.
Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatra
Email:93.pedromota@gmail.com

Resumo

Desde a antiguidade clássica que o tema do vinho tem vindo a ser retratado em diversas obras de diferentes épocas ao longo da História. De facto, percorrer o caminho da História da Arte é como que reviver a própria História do Homem. Ao reconstruir-se uma cronologia histórica entre a produção artística e o álcool, está-se a reproduzir uma relação psicológica e a influência histórico-cultural que este último exerceu sobre as sucessivas realidades históricas. Nesse sentido, afigura-se particularmente significativa a representação e a influência que o vinho, a vindima e a vinificação tiveram na pintura italiana. Na sequência desta relação, o autor faz referência à essência psicopatológica do efeito alcoólico, particularizando a obra de Caravaggio.

Palavras-chave: álcool; psiquiatria dual; pintura italiana; arte; história da arte

Abstract

Since ancient times, the theme of wine has been portrayed in several works from different eras throughout history. In fact, walking the path of Art History is like reviving the History of Mankind itself. In this sense, the representation and the influence that wine and vinification had on Italian painting are particularly significant. Following this relationship, the author makes reference to the psychopathological essence of the alcoholic effect, particularizing the work of Caravaggio.

Introdução

Desde a antiguidade clássica que o tema do vinho tem vindo a ser retratado em diversas obras de diferentes épocas ao longo da História. De facto, percorrer o caminho da História da Arte é como que reviver a própria História do Homem: a análise de cada fenómeno de produção artística fornece-nos instrumentos e métodos para compreender a situação, o papel e a função de um determinado comportamento sociocultural na história de um povo.

Ao reconstruir-se uma cronologia histórica entre a produção artística e o álcool, está-se a reproduzir uma relação psicológica e a influência histórico-cultural que este último exerceu sobre as sucessivas realidades históricas. Nesse sentido, afigura-se particularmente significativa a representação e a influência que o vinho, a vindima e a vinificação tiveram na pintura italiana. Na sequência desta relação, o autor faz referência à essência psicopatológica do efeito alcoólico, particularizando a obra de Caravaggio.

O uso de substâncias pelo homem

A História mostra que o relacionamento do Homem com as substâncias é moldado por vários fatores, incluindo a cultura, a sociedade, a religião e as suas crenças, e também por fatores psicológicos individuais (personalidades aditivas, ansiosas e anti-sociais), cognição, neurobiologia e genética. Assim, revela-se particularmente pertinente reconhecer no indivíduo a influência mútua, por um lado, da cultura e, por outro, das substâncias psicoativas.

O uso destas substâncias pelo Homem é datado de vários milhares de anos, pelo que na História recente é reconhecido o seu uso por diferentes povos em contextos e finalidades distintas, desde a sua utilização em rituais religiosos, o seu uso medicinal no tratamento de

diversas efemeridades, ou até a sua utilização massiva por grandes segmentos da população de uma forma socialmente aprovada. Os padrões de uso dominantes numa determinada sociedade variaram de acordo com as épocas e os locais. Por exemplo, as plantas do Novo Mundo, como o tabaco (nicotina) e a coca (cocaína), são relativamente recentes no Velho Mundo; por outro lado, a papoila (ópio) e a canábis são originários da Eurásia. Em contraste, o álcool pode ser facilmente produzido pela ação da levedura numa variedade de plantas contendo amido ou açúcar e tem sido usado por praticamente todas as culturas, permanecendo na atualidade como a substância globalmente mais consumida.¹ É uma substância praticamente universal nas sociedades modernas e foi um dos primeiros produtos agrícolas humanos identificados.

As evidências mais remotas de agricultura revelam o cultivo da uva desde 7000 a.C., concebendo-se como berço da vinicultura as regiões que envolvem a Arménia, a Geórgia e a costa do Mar Negro. O cultivo da vinha cruzou o Egito e a Grécia e alastrou-se a outras partes da Europa, fazendo-se necessidade económica e social. Por consequência, em várias áreas da Arte e do saber, o vinho foi sendo representado enquanto símbolo da fertilidade, do conhecimento, do prazer, da iniciação, e também do sagrado e do amor divino. Representa a poção da vida, da imortalidade, considerado, acima de tudo, a bebida sagrada dos deuses.

O vinho como objecto de representação

Naturalmente, a pintura italiana é redundante em cenas místico-religiosas cristãs nas quais o vinho manifesta todo o seu simbolismo. A tradição do vinho no Cristianismo faz parte de uma cultura religiosa disseminada até os dias atuais, capaz de inserir a própria fé, representada pelo cristão que crê na transformação do vinho em sangue de Cristo durante a Eucaristia. O vinho desempenhou então um papel importante nos mais diversos ritos iniciáticos ou místéricos, ao predispor os iniciados a uma "saída de si", pela qual se colocavam noutra perspetiva, clarividente. A videira é um símbolo maior de clarividência e o seu produto, o vinho - a imagem mesma do conhecimento. Propicia uma embriaguez que arrebatava e desprende e que foi, para a tradição cristã, símbolo de alegria e sinal maior de dádiva divina, patente na refeição ritual comunitária - a santa ceia em comum.

Não é, por isso, de estranhar a presença deste elemento naquela que será uma das mais adoradas obras do século XVI - *L'Ultima Cena* de Leonardo da Vinci, onde o vinho reúne em cena as figuras mais diversas entre si. Nesta, o vinho, além de representar o místico antitético de aliança e sacrifício, parece marcar o confim entre o Traidor e os restantes Apóstolos. Curiosamente, na pintura italiana, também Baco é frequentemente representado, a maioria das quais como criança ou adolescente. Baco é o nome que os Romanos davam ao deus grego Dionísio, cujos ritos religiosos eram conhecidos como os "mistérios dionisiacos", os quais implicavam normalmente agentes tóxicos, na sua maioria vinho, para induzir transe que erradicavam as inibições. É o deus do vinho, da ebriedade, dos excessos (especialmente sexuais) e da natureza.

O tema da elaboração da uva é retratado na pintura italiana como representação da vindima, da vinha e da vinificação. A totalidade destas representações aparece permeada pelo sentimento de harmoniosa cooperação existente entre os homens no ato de produzir aquele que é o fruto do próprio trabalho por excelência. Assim, autores como Paris Bordone da escola de Veneza celebram a suprema dignidade deste processo que, através do trabalho manual, da sabedoria popular e do cuidado agrícola, leva à transformação da uva no "néctar dos deuses".

Outro tema deveras recorrente é o do vinho enquanto vínculo social: o vinho põe-se como coluna central à volta da qual se organiza toda uma estrutura social. Verifica-se, assim, em múltiplos exemplares, que o copo, a garrafa ou jarra de vinho encontram-se no centro geométrico das pinturas ou em posição de destaque, que faz captar a atenção do observador.

Assim, nas representações de reuniões familiares, festas populares ou cerimónias reais, o vinho aparece como símbolo e ao mesmo tempo artífice do convívio, da comunhão e do diálogo. Deste modo, acaba muitas vezes por se apresentar como facilitador dos contactos e dos desabafos e em muitas obras parece até incitar o canto e a dança. Todavia, enquanto confere dignidade a personagens ilustres e imperadores, simultaneamente parece acabar por sacrificar os mais desfavorecidos, usualmente representados com fâcies rosadas e aspeto bobo, alegremente dispostos em torno de grandes canecas, conferindo-lhes uma impressão de certa dependência.

Muito significativa é também a quase completa ausência da representação da mulher neste meio, o que contraste com as tendências epidemiológicas atuais do alcoolismo que vê um aumento do género feminino entre os abusadores de álcool.

Essência psicopatológica do álcool – o baco de Caravaggio ²⁻⁴

A temática certamente mais representada e que melhor se presta a considerações sobre a relação interior entre o artista e o vinho é a do mito de Baco.

Michelangelo Merisi (1571–1610) nasceu perto de Bérgamo, na cidade de Caravaggio, cujo nome acrescentou mais tarde ao seu. Em 1592, logo após se mudar para Roma, adoeceu e passou seis meses no hospital de Santa Maria della Consolazione, fundado em 1506. Terá sido nos dois anos seguintes que pintou *Bacchino malato*. O sinal externo mais evidente desta afeção de Baco é a icterícia que pode atestada pelos tons amarelados da pele e das escleróticas (que, de resto, é a mesma cor dos pêssegos na mesa em que se apoia). Esta obra faz por transparecer a relação íntima entre o bebedor e a substância, uma relação de dependência e contemplação, de ódio para com a própria incapacidade de usufruir dos benefícios. Paradoxalmente, acaba também por transparecer a vontade de continuar a proclamar as maravilhas do vinho até perante o afloramento do mal; a vontade de continuar a acreditar que a única fonte de onipotência à qual se pode beber é a uva perfeita que lhe está de frente, em contraste com aquela – também doente – que segura. Caravaggio, surpreendentemente, conseguiu desta forma expor uma angústia e dor de maneira tão real que podemos até senti-la.



Figura 1 - *Bacchus* (1596)
(<https://www.uffizi.it/en/artworks/bacchus>)

Por seu turno, *Bacchus* (1596), uma das suas mais acalmadas obras, exposta na Galleria degli Uffizi de Florença, Caravaggio pinta a figura de um vulgar Baco sem traços físicos refinados, que se afasta das representações de outros artistas, onde acrescenta alguns elementos de natureza morta - como uma romã madura e uma maçã apodrecendo -, que a maioria dos estudiosos interpreta como sendo um *memento moris* para nos lembrar que a morte é inevitável, e a juventude é tão-somente efémera. Embora seja possível encontrarmos uma coroa de folhas (habitualmente um símbolo do poder), estas também se encontram senescentes. Porém, a atenção centra-se no gesto de Baco oferecendo a taça a que a obra observa, o que induz uma ímpar aproximação entre divindades e o observador: Baco parece oferecer a embriaguez alienante, o esquecimento de si, prometendo a efémera libertação das preocupações do Homem. O gesto de dar o cálice da salvação, com extrema cristologia simbólica, permite a quem aceita o cálice de confundir-se com a imagem de um Deus ou de até apagar os contornos da sua própria identidade. Baco também não aparece feliz, ou eufórico, como sugere a tradição grega. Numa releitura da mitologia, Caravaggio aponta para um sentimento de seriedade e desencontro - como quem bebe não por felicidade, mas para felicidade. Usando o simbolismo codificado na natureza-morta, Caravaggio foi capaz de ilustrar as características psicológicas dos indivíduos alcoólatras: retratou a diminuição da inibição e o aumento dos comportamentos sedutores da modelo usando o simbolismo da vida eterna. A romã está rachada, inferindo queda da graça e aberta à natureza pecaminosa. As uvas pretas que coroam a cabeça do modelo estão maduras e pungentes, enquanto as folhas, simbolizando a perda da inocência, estão a amarelecer e a secar. Este retrato é uma face triste e sombria da vida que não inclui a salvação ou a ressurreição.

Acredita-se que estas obras possam representar autorretratos do próprio pintor, uma vez que o italiano terá sido um alcoólatra temido pelas tabernas de Roma, onde constantemente se envolvia em brigas. A própria história da biografia de Caravaggio descreve-o como inquieto, frequentemente em contacto com a violência, procurado até pela Lei, embora sempre perdoado por causa do seu génio. A vida pessoal do pintor era bastante errática, com períodos de intenso trabalho seguidos de longas fases de vida boémia, repleta de excessos. Era notável, porém, que o artista buscava inspiração entre os “esquecidos da sociedade”, sem-abrigo, prostitutas e alcoólatras de Roma que, para Caravaggio, tinham grande expressão. As duas obras acabam por contrastar com a maioria das restantes que o autor pintou, onde os bebedores representados são geralmente nobilitados pelo facto de serem excelentes músicos, que alternam alegres brindes e virtuosismos musicais.

“Bebe-se porque se é alegre ou para se ficar alegre, porque se está melancólico ou para fazer cessar a melancolia, porque se está sozinho ou para selar a ligação que une alegres comensais, para seduzir ou para ser seduzido, para comemorar ou para esquecer, para construir ou para destruir. Na figura do bebedor, o pintor chega mesmo à lucida análise: qualquer seja o motivo de partida, o resultado último é a autodestruição.”

Estas palavras do psiquiatra (e entusiasta de Arte) italiano Adolfo Petiziol fazem-nos assumir que o vinho frequentemente representa um prazer tão vivo quanto fugitivo, acabando o pintor por descobrir e contactar com a essência psicopatológica do efeito alcoólico: a de uma ilusória estimulação da atividade mental que encobre a depressão do sistema nervoso central, que ora provoca uma grotesca desinibição ora um estado de acalmia aparente, e que conduz a uma redução aparentemente benévola dos processos críticos que leva à efémera diminuição das instâncias do *super-ego*. Atrás de qualquer presumida qualidade, prometida pelo vinho, há o engano e o silêncio da “natureza morta”, que por um lado a celebra, mas por outro o põe de sobreaviso.

Neste aspeto, parece oportuno fundir estas interpretações com as classificações médicas modernas. De novo focando-nos na obra *Bacchus* (1596), alguns historiadores e psiquiatras

consideram que exclusivamente através deste retrato é possível estabelecer um diagnóstico da designada Perturbação por Uso de Álcool do DSM-5.

Critérios Diagnósticos de Perturbação por Uso de Álcool* (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5</i>)
1 - Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2 - Existência de um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3 - É gasto muito tempo em atividades necessárias para a obtenção de álcool, no consumo de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
4 - <i>Craving</i> ou um forte desejo ou necessidade de consumir álcool.
5 - Consumo recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6 - Consumo continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados/exacerbados pelos seus efeitos.
7 - Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do consumo de álcool.
8 - Consumo recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9 - O consumo de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10 - Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o consumo continuado da mesma quantidade de álcool.
11 - Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos: a. Síndrome de abstinência característica de álcool. b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepinas) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

* presença de pelo menos dois dos anteriores critérios, ocorridos durante um período de 12 meses.

Tabela 1 - Critérios Diagnósticos de Perturbação por Uso de Álcool (DSM-5)

Ao analisarmos a obra, percecionamos que a figura humana representada apresenta um rosto corado, pálpebras inchadas e mãos avermelhadas, as quais representam características físicas de um indivíduo que padece desta perturbação. A pele com rosácea e unhas sujas aludem à deficiência nutricional e má higiene pessoal (*Critério 9*). Por sua vez, a presença da grande taça de vinho corresponderia ao *Critério 1*. Também se permite inferir que os movimentos motores deste Baco estariam prejudicados - o tremor da mão resulta no vinho ondulante dentro do cálice, o que correntemente está associado a abstinência etílica (*Critério 11*).

Conclusão

O vinho possui uma longínqua importância histórica e religiosa e remonta a diversos períodos da humanidade. Ao longo dos séculos, do mundo exaltante da embriaguez da vida foi surgindo a matéria prima indispensável, que esclarecida e organizada pelas formas serenas da intuição estética, desabrochou em múltiplas obras de arte que cultivam, ainda hoje, a admiração do Homem.

A obra de Caravaggio é, sem dúvida, complexa em relação aos seus temas e a como ele os aborda. Apontado como um dos pioneiros da pintura barroca, Caravaggio imprimiu aura de realismo nos cenários que pintou, procurando retratar a vastidão das emoções e expressões humanas, com profunda carga dramática, uma criatividade talvez também alimentada pela própria relação patológica que desenvolveu com o vinho.

BIBLIOGRAFIA

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2019. *European drug report 2019. Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019.
2. ARONSON, J. K., & RAMACHANDRAN, M.. The diagnosis of art: Caravaggio's jaundiced Bacchus. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007. 100(9) 429–430.
3. HAASS-KOFFLER, C. L.; KENNA, G. A. Bacchus by Caravaggio as the Visual Diagnosis of Alcohol Use Disorder from the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). *Frontiers in psychiatry*. 2013. 4, 86.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (2017). Arlington, VA: 2017

O PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO DE MERLEAU-PONTY NA LEITURA PSICOPATOLÓGICA DE CÉZANNE

João Martins Correia*, Isabel Fonseca Vaz*, Sara Freitas Ramos*, Bianca Jesus*

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde da Guarda

*Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Psiquiatria

Emails: joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt; mafalda.soares@ulsguarda.min-saude.pt;

sara.i.ramos@ulsguarda.min-saude.pt; bianca.jesus@ulsguarda.min-saude.pt

Resumo

Em *Le doute de Cézanne* (1942), o pensamento estético de Merleau-Ponty é palco de encontro entre a interpretação psicopatológica da arte e a compreensão reflexiva do artista, lugar de confrontação do sujeito consigo e com o outro, num enredo dialético que expõe o mórbido a partir da lucidez.

Denunciado por Merleau-Ponty, traço e gesto alinham-se na revelação de um perfil esquizoide em Cézanne, coerente com a expressão de perplexidade e com a sensação de ambiguidade presentes no despertar perceptivo.

Pela lente de Merleau-Ponty e a partir da profundidade dos contornos e dos vazios de Cézanne é proposta a análise crítica da experiência perceptiva e são definidas as linhas que se esperam poder permitir pensar, pela arte, o fenómeno psicopatológico.

Palavras-chave: Merleau-Ponty; Paul Cézanne; psicopatologia

Abstract

In *Le doute de Cézanne* (1942), Merleau-Ponty's aesthetic thought is the stage for the encounter between the psychopathological interpretation of art and the artist's reflective process, a place for the subject to confront himself to the other, in a dialectical plot that exposes the morbid from lucidity.

Denounced by Merleau-Ponty, line and gesture are aligned in the revelation of a schizoid profile in Cézanne, consistent with the expression of perplexity and the sense of ambiguity present in the perceptual awakening.

Through the lens of Merleau-Ponty and from the depth of the contours and voids of Cézanne, a critical analysis of the perceptual experience is proposed and the lines that are expected to allow thinking, through the art, the psychopathological phenomenon are defined.

Introdução

A exploração da arte enquanto palco à compreensão da experiência perceptiva marca o encontro entre Merleau-Ponty e Paul Cézanne. Distanciado do racionalismo cartesiano e do conjunto de falsas assunções dicotómicas que ao mundo se imprimem, Merleau-Ponty define um movimento, imbuído em contornos reflexivos e alimentado em relações metafóricas, que coloca em paralelo percepção e expressão. É uma relação dialética, disposta, ou procurada sê-lo, num espaço pré-reflexivo, despido de quaisquer considerações pré-estabelecidas. A criação pictórica é apresentada enquanto experiência fundamental e individual do mundo, não analítica e constituinte, não fundada no pensamento mas a partir da qual ele se funde. As linhas e as cores em Cézanne não são, portanto, uma aproximação estanque à realidade visível, alicerçada à simples manifestação das modalidades sensoriais individuais, tradução simplista do objetivamente captável; as linhas e as cores em Cézanne são antes o resultado de uma experiência corpórea no mundo, singular e autêntica, e que adquirem, por si só, a função de expressar uma dimensão do ser. As linhas e as cores são a expressão visível de um fundo invisível com o qual se contrapõem.

Com este trabalho é proposta, assim, a exploração do fundo psicopatológico que a Cézanne se possa impor a partir da reflexão fenomenológica de Merleau-Ponty, pela arte.

Discussão

Maurice Merleau-Ponty, nascido em 1908 em Rochefort-sur-Mer, na região sudoeste de França, apresenta-se como um dos nomes mais importantes da filosofia do século XX. É na obra *Phénoménologie de la Perception*, de 1945, que a construção filosófica crítica de Ponty ganha forma, alicerçada num movimento intermediário, de oposição ao dualismo subjetivismo-objetivismo, coerente com o conceito de corporeidade, condição totalitária do ser no mundo. Nesta é feita a exploração do conceito de sensação, na sua íntima relação com o corpo e com o movimento, e enquanto ponto de partida à possível compreensão do fenómeno percetivo. De acordo com o filósofo, as sensações poderão apenas ser compreendidas em movimento, ancoradas às experiências do corpo, à ação corporalizada, «a cor, antes de ser vista, anuncia-se então pela experiência de uma certa atitude de corpo que só convém a ela e com determinada precisão». A forma como Merleau-Ponty nos apresenta a sensação contrapõe-se àquela proposta pelo pensamento objetivo, própria da abordagem empirista ou intelectualista, limitada e reduzida ao objeto no mundo e ao tangencial contacto com este. Neste sentido e, partindo desta nova conceção, uma alteração à noção de percepção acaba por ser naturalmente definida, condicionada pelos contornos de subjetividade que dinamicamente preenchem aquele que percebe e despida do simples vislumbra do conjunto de formas, pré-existentes, que ante ele se colocam. O fenómeno da percepção é assim o resultado da inserção corporal, individual, no mundo objetivamente disposto, possibilitando este movimento de intencionalidade a construção de um sentido indeterminado e primitivo. A percepção corresponde assim ao contacto primário com os outros e com o mundo, não resultante e não condicionada pelo pensamento elaborado, de carácter pré-reflexivo e movida pela sensibilidade, «berço das significações, sentido de todos os sentidos, e solo de todos os pensamentos».

Arte e filosofia são colocadas, a partir do pensamento crítico de Merleau-Ponty, em paralelo, ancoradas a um mesmo estado de reflexão, que se entende como inesgotável pelos traços de subjetividade que a si se imprimem. Pela arte é possível o despertar do sujeito do seu silêncio existencial e direcioná-lo na sua tarefa de vivenciar significativamente o seu estar no mundo. A expressão artística, enquanto tradutora da experiência percetiva individual, é entendida pelo filósofo como uma possível via de acesso a uma percepção primordial do mundo, encerrando, com isso, um estatuto ontológico e colocando-se em linha com a própria intenção filosófica de Ponty, a do reencontro com esse campo primitivo, no qual a própria origem do conhecimento se anuncia. Para tal, Merleau-Ponty recorre ao método fenomenológico enquanto orientador desse caminho a incorrer, procurando experimentar o mundo vivido, descrevendo-o na sua essencial naturalidade, definindo, tão simplesmente, um movimento de retorno às coisas elas-mesmo. Como afirma Barahona Fernandes, «é um método empírico que foca dados subjetivos». Em *Phénoménologie de la Perception*, Merleau-Ponty esclarece a importância da fenomenologia, método de investigação filosófica fundada por Edmund Husserl no começo do século XX, à estruturação daquele que define como o seu objetivo:

Qu'est-ce que la phénoménologie? Il peut paraître étrange qu'on ait encore à poser cette question un demi-siècle après les premiers travaux de Husserl. Elle est pourtant loin d'être résolue. La phénoménologie, c'est l'étude des essences, et tous les problèmes, selon elle, reviennent à définir des essences: l'essence de la perception, l'essence de la conscience, par exemple. Mais la phénoménologie, c'est aussi une philosophie qui replace les essences dans l'existence et ne pense pas qu'on puisse comprendre l'homme et le monde autrement qu'à partir de leur «facticité». C'est une philosophie transcendante qui met en suspens pour les comprendre les affirmations de l'attitude naturelle, mais c'est aussi une philosophie pour laquelle le monde est

toujours «déjà là» avant la réflexion, comme une présence inaliénable, et dont tout l'effort est de retrouver ce contact naïf avec le monde pour lui donner enfin un statut philosophique. C'est l'ambition d'une philosophie qui soit une «science exacte», mais c'est aussi un compte rendu de l'espace, du temps, du monde «vécus». C'est l'essai d'une description directe de notre expérience telle qu'elle est (...).

Considerando a existência de um enraizamento entre homem e mundo, assumindo, cada um, parte intrínseca do outro, a descoberta da realidade apenas poderá ser estabelecida com recurso à redução fenomenológica. Em consequência, a realidade objetivamente apresentada adquire uma importância meramente secundária, passando a ser enfatizada a sua vivência, tão simplesmente; ou seja, a verdade tida pelo sujeito acerca do mundo. Trata-se do assumir de uma atitude ingênua por contraponto a uma atitude natural. «Há um minuto do mundo que passa. É preciso pintá-lo na sua realidade. E, para fazer isso, é preciso esquecer tudo o resto. (...) Dar a imagem daquilo que vemos, esquecendo tudo o que apareceu antes de nós», refere Cézanne, em concordância.

É através da obra de Paul Cézanne, pintor pós-impressionista francês, nascido em 1839 em Aix-en-Provence, que Merleau-Ponty encontra objetivamente suporte à necessária reflexão sobre a primordialidade do mundo, pela tradução do invisível no visível através da experiência sensível. A criação artística é assim apresentada enquanto experiência ontológica do ser sensível, a partir da qual se torna possível o acesso ao mundo na sua fundamental elementaridade. É através da exploração estética da obra de Cézanne que Merleau-Ponty equaciona a nossa relação com o mundo concebido como original, o qual se expressa aos nossos sentidos na sua total profundidade, de forma ambígua, obscura e não distante. Em *Le doute de Cézanne*, artigo que integra a obra *Sens et Non-sens*, contemporânea de *Phénoménologie de la Perception*, Merleau-Ponty evidencia a imbricada relação, materializada pelo artista através da pintura, entre o ser e o mundo, a criação do visível, totalidade do mundo, a partir do invisível, preenchido pelo silêncio das vozes primordiais.

Abraçado a um incontornável sentimento de solidão, Cézanne procura, através da pintura, em tentativas repetidas, que se alinhavam e sucediam, a representação da natureza, tal como ela a si se apresentava, com toda a ingenuidade e naturalidade. O seu objetivo passava pela captação do real, imbuído no mesmo sentido de renovação que ao olhar se colocava, a cada instante, com toda a essência. Um movimento no sentido do encontro, ou reencontro, com as essências, do contacto com a realidade primordial experienciada, primeiro, pelo corpo, traduzida, posteriormente, pela confluência entre cor, traço e gesto, em cada uma das suas telas. O paralelismo entre Cézanne e Merleau-Ponty é assim inevitável, assim como inevitável se tornaria a convergência entre o percurso de ambos.

Pela exploração da obra de Cézanne surge naturalmente a dúvida quanto à existência de um eventual eco do seu ser invariavelmente impresso em cada criação, pelo que o acesso conseguido através da leitura fenomenológica das suas obras não se encerra, porventura, apenas naquele consignado ao mundo primordial. Existe, na verdade, um elo inesgotável entre vida e obra, tal como aquele que se assume entre corpo e mente, uma relação dialética que inviabiliza a consideração individualizada de cada ponto.

Cézanne viveu para a pintura e a pintura era sua forma de ser no mundo. Os seus declarados traços de insociabilidade, envoltos em solidão e preenchidos em ausências, determinaram a atribuição, ao artista, de um perfil esquizoide, envolvendo-o num fundo patológico e colocando invariavelmente neste a sua própria pintura. Por esquizoidia considera-se, globalmente, um padrão evasivo de distanciamento de relações sociais, com associada tendência ao isolamento, e marcado por um significativo grau de pobreza emocional. O termo esquizoide foi introduzido em 1908 por Eugen Bleuler para designar a tendência do homem a dirigir a atenção para a vida interior, distanciando-se, em consequência, do mundo

externo. Em *Le doute de Cézanne*, Merleau-Ponty traça as seguintes considerações acerca do pintor de Aix:

Cette perte des contacts souples avec les hommes, cette impuissance à maîtriser les situations nouvelles, cette fuite dans les habitudes, dans un milieu qui ne pose pas des problèmes, cette opposition rigide de la théorie et de la pratique, du « grappin » et d'une liberté de solitaire, tous ces symptômes permettent de parler d'une constitution morbide, et par exemple, comme on l'a fait pour Greco, d'une schizoïdie (...) Son extrême attention à la nature, à la colore, le caractère inhumain de sa peinture (il disait qu'on doit peindre un visage comme un objet), sa dévotion au monde visible ne seraient qu'une fuite du monde humain, l'aliénation de son humanité.

Cézanne pinta como vê e como sente e, com isso, a realidade é recolocada em tela pela manifestação das sensações originais, uma reconciliação paradoxal entre a objetificação do mundo e a expressão do sensível. Cada pintura define em si um caminho no sentido do campo da percepção. Da sua percepção. Da sua experiência corpórea no mundo, singular e autêntica. Condição prévia à condicionante tendência imposta pelo processo reflexivo. O contorno, ou a sua ausência, assume, em parte, uma centralidade distintiva na expressão artística de Cézanne, surgindo deste, ou, por este, o caminho necessário a uma possível compreensão fenomenológica do fundo psicopatológico do pintor de Aix, coerente com a indelével relação defendida entre percepção e expressão. Pelo uso da cor azul, procurando apenas conferir profundidade, segundo múltiplos gestos, Cézanne coloca de lado a perspectiva clássica e a necessária delimitação dos contornos dos objetos representados em tela, passando estes a estar apenas espacialmente dispostos na ausência de uma sólida e inquebrável linha contentora. Marcados pelo esbatimento dos limites entre o *eu* e o mundo, dimensões colocadas em amalgama num espaço de indefinição, encontram-se os quadros da linha psicótica, que em muito se alimentam dos traços de esquizoidia a Cézanne atribuídos. Nestes quadros patológicos é perdida a linha responsável pela efetiva separação entre o mundo interno e o mundo externo. É certo que uma assunção reducionista entre a relação exposta e o eventual conteúdo patológico do pintor falharia inevitavelmente em validade e rapidamente ganharia em dubiez, ainda assim, certo é também que a experiência perceptiva de Cézanne, a partir da qual toda a criação é estabelecida, poderá ser moldada pela eventual presença de uma condição que incorra no comprometimento, ou mesmo distorção, do seu modo perceptivo. Pelo descrito, a obra não deixaria de ser um veículo de acesso preferencial ao campo de percepção do artista, mundo primordial experienciado, ainda que esse campo perceptivo se pudesse naturalmente encontrar subordinado a fenômenos psicopatológicos que o alterem.



Fig.1 Paul Cézanne: *Bottle, Carafe, Jug and Lemons*, 1902-1906 © Museo Nacional Thyssen-Bornemisza, Madrid. All rights reserved.

Nas suas últimas obras, Cézanne, imbuído na aparente liberdade das sensações vividas, deixa, na tela, vários pontos em branco, não preenchidos, despidos de cor, envoltos num fundo de incompletude, como se o gesto fora insuficiente para poder alcançar a pintura em toda a sua extensão, ou a realidade em toda a sua extensão. A rotura do *eu* com a realidade e a resultante incapacidade de percepção do mundo tal como este se apresenta poderá ser metaforicamente identificada nos vazios deixados por Cézanne em várias das suas telas. O branco sinalizaria assim o comprometimento da capacidade percetiva do pintor, voltado para si, desligado do mundo, e traduziria a impossibilidade deste em transformar o invisível no visível, permanecendo o primeiro numa total irreversibilidade. Os traços de desumanização que acercavam Cézanne limitavam-no quanto à possibilidade de se abeirar da própria realidade, integralmente.

L'hérédité avait pu lui donner des sensations riches, des émotions prenantes, un vague sentiment d'angoisse ou de mystère qui désorganisaient sa vie volontaire et le coupaient des hommes (...).

A montanha de *Sainte-Victoire* dispõe de um lugar praticamente icónico no repertório artístico de Cézanne. Pintada cerca de 122 vezes, cada nova tentativa, sempre sucedida por uma outra invariavelmente destinada ao fracasso, era entendida como um despertar do pintor perante a novidade do mundo, perante a novidade da montanha. Como se Cézanne a redescobrisse novamente, a cada instante. E a cada instante a montanha se apresentasse novamente como estranha, pedindo para que pudesse ser, uma vez mais, retratada, num incansável movimento de busca pelo seu significado, num constante movimento de interrogação pelo mundo. Lado a lado com a montanha de *Sainte-Victoire*, mais de 40 retratos da sua esposa, mais de 35 do seu filho. Mais de 30 autorretratos. E nestes, uma cortante sensação de ambiguidade – um olho, frequentemente, em confrontação com o observador, o outro, retraído, acercado a uma necessidade de fuga, voltado para si, numa aparente tentativa de desenlace com a realidade. Metáfora da ambiguidade que ao ser-no-mundo se coloca. Mundo interno e mundo externo numa simbiótica relação de conflitualidade.



Fig.2 Paul Cézanne: *Mount Sainte-Victoire*, 1904 © Fordhouse, Michigan. All rights reserved.

Em Cézanne, as múltiplas representações de uma mesma realidade, entoadas num permanente sentimento de redescoberta, poderão ser eventualmente interpretadas à luz do conceito de perplexidade. Enquanto experiência psicopatológica, a perplexidade é definida como a perda da sensação de naturalidade na experiência comum e óbvia do dia-a-dia, perda de uma certa auto-evidência do ambiente e dos seus objetos e consequente consumação de um sentimento de estranheza inquietante e incapacidade de captação dos signos.

C'est un monde sans familiarité, où l'on n'est pas bien, qui interdit toute effusion humaine.

Assim, para Merleau-Ponty, Cézanne exemplifica a forma como a expressão artística se imprime no movimento imediato do gesto a partir da capacidade perceptiva, desligada dos contornos eventualmente castradores determinados pelo pensamento reflexivo. Considerando a existência como resultado da ambiguidade de estar entre dois *eus*, o *eu* alienado no campo perceptivo e o *eu* devidamente afirmado através da reflexão, Merleau-Ponty abraça naturalmente o caráter esquizoide que a Cézanne se coloca, definindo-o como uma mera possibilidade na expressão do homem:

Il y a un rapport entre la constitution schizoïde et l'œuvre de Cézanne parce que l'œuvre révèle un sens métaphysique de la maladie – la schizoïdie comme réduction du monde à la totalité des apparences figée et mise en suspens des valeurs expressives – que la maladie cesse alors d'être un fait absurde et un destin pour devenir une possibilité générale de l'existence humaine quand elle affronte avec conséquence un de ses paradoxes – le phénomène d'expression – et qu'enfin c'est la même chose en ce sens-là d'être Cézanne et d'être schizoïde.

Conclusão

Pela entoação da experiência sensível, fundada na incontornável relação entre corpo e mundo, Merleau-Ponty define um movimento reflexivo no sentido da primordialidade que encontra suporte na conceção artística de Cézanne e na dialética relação observada entre expressão e percepção. Com recurso ao método fenomenológico, Merleau-Ponty propõe-se à exploração da experiência perceptiva do sujeito, enquanto resultado da inserção corporal num mundo objetivamente disposto, considerando esta como a única via possível no acesso às essências. Traço e gesto, elementos expressivos dotados de significação, definem em Cézanne o encontro entre este e o mundo, moldado em ambiguidade e condicionado pela profundidade das sensações, revelando, em coerência, e tacitamente, um possível fundo esquizoide, «la peinture réveille, porte à sa dernière puissance un délire qui est la vision même, puisque voir c'est avoir à distance, et que la peinture étend cette bizarre possession à tous les aspects de l'Être».

Bibliografia

- A. CÓRDOVA, Chad – Merleau Ponty and Cézanne: Describing and Painting Existence. *Circé. Histoire, Savoirs, Sociétés*. n.º 1 (2012). Disponível na Internet: <http://www.revue-circe.uvsq.fr>.
- MERLEAU-PONTY, Maurice – Le doute de Cézanne. In *SENS ET NON-SENS*. Paris: Fontaine. Vol. 47 (1945) 85-100.
- MERLEAU-PONTY, Maurice – *Phénoménologie de la perception*. Paris: Librairie Gallimard, 1945.
- BRODSKY, Joyce – A Paradigm Case for Merleau-Ponty: the Ambiguity of Perception and the Paintings of Paul Cézanne. *Artibus et Historiae*. Vol. 2, n.º 4 (1981) 125-134. Disponível na Internet: <http://www.jstor.org>
- TIAGO PEDROSO DE LIMA, João – Maurice Merleau-Ponty, Paul Cézanne e o problema da essência da pintura. *Revista Filosófica de Coimbra*. Vol. 13 (1998) 149-161. Disponível na Internet: <http://www.uc.pt/fluc>.
- CARBONI BITENCOURT, Amauri – Merleau-Ponty e Cézanne: restituição da natureza primordial. *DAPesquisa*. Vol. 5, n.º 7 (2010) 174-183. Disponível na Internet: <http://www.revistas.udesc.br>.
- C. OLIVEIRA, Wanderley – Cézanne e a arte como resposta à existência: Um estudo de A dúvida de Cézanne de M. Merleau-Ponty. *Existência e Arte*. n.º 1 (2005) 1-13. Disponível na Internet: <http://ufsj.edu.br>.

LACAN E O MÉTODO CRÍTICO-PARANÓICO DE DALÍ

Sofia Neves Martins; João Quarenta; Tânia Teixeira; Bruno Ribeiro

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
Médica/o Interna/o de Formação Específica de Psiquiatria
Email: sofianevesmartins444@gmail.com

Abstract

Salvador Dalí and Jacques Lacan represent the faces of two different knowledge areas, respectively Surrealism and Psychoanalysis. Although at first glance it may seem strange to combine these two names in the same sentence, their work helped catalyse what the world knows about paranoia. Hereupon, this work aims to probe the correlation between Art and Psychoanalysis.

Key words: Lacan; paranoid critical method; Dalí; art; psychoanalysis

Introdução

Em meados dos anos 20, o Surrealismo emerge na Europa libertando e expressando a irracionalidade e os desejos reprimidos de uma população a viver num cenário pós-guerra. Uma das personagens mais marcantes deste movimento foi Salvador Dalí, que, assumidamente influenciado pela psicanálise, desenvolve uma hipótese de criação artística, o método crítico-paranoico. Através deste, o artista tenta sistematizar o seu delírio de modo a utilizá-lo como uma ferramenta artística.

Aquando da elaboração da sua tese de doutoramento, o jovem psiquiatra Jacques Lacan remete a Dalí e elabora o constructo da paranoia utilizando os pressupostos do método criado por este último.

Assim, pretende-se salientar os diversos vínculos existentes entre o Surrealismo e o mundo da Psicanálise, através da ressonância do trabalho desenvolvido por Dalí e do seu método, na teoria lacaniana.

1. Notas biográficas

1.1. Salvador Dalí

Salvador Domingo Dalí Domènech é conhecido como o pai do Surrealismo. Este nasceu a 11 de maio de 1904, em Figueres, Girona, Espanha. Em meados da década de 20, muda-se para Madrid, começando a desenvolver um círculo de amigos estimulantes em diversos campos da Arte, quando se instala na Residência dos Estudantes, onde conhece o poeta e dramaturgo Federico García Lorca e o cineasta Luis Buñuel. No ano de 1922, ingressa na Academia de Belas Artes de San Fernando.

Mais tarde, desloca-se para Paris onde foi incluído no grupo Surrealista, tendo sido mais tarde expulso por André Breton dadas as suas ligações com os regimes de extrema-direita. Neste período, gerou grande parte das suas obras mais famosas e icónicas, quer na pintura, quer no cinema (juntamente com Buñuel).

Em 1929, conhece a sua eterna musa, Helena Diakonova, mais conhecida por Gala Éluard. Mudou-se para os Estados Unidos da América em 1940, onde realizou uma das suas maiores exposições no *Museum of Modern Arts* (MOMA). (DESCHARNES, 1989)

Para além do cinema e da pintura, Dalí contribui com o seu talento para o teatro, ópera e bailado, tendo escrito a sua autobiografia em 1942, intitulada de *A Vida Secreta de Salvador Dalí*. Através de capítulos como “Memórias intra-uterinas” e “Eu sou renegado pela minha família”, o artista reflete sobre as suas vivências primordiais, permitindo ao leitor construir a envolvimento psicopatológica da sua arte e da sua pessoa. (DALÍ, 1942)

Em 1983, imortalizou o seu legado ao criar a Fundação Gala-Salvador Dalí, tendo vindo a falecer cerca de 6 anos depois, onde foi sepultado no Teatro-Museu que tinha criado.

1.2. Jacques Lacan

Jacques Marie Émile Lacan nasceu a 13 de abril de 1901 em Paris, no seio de uma família de classe média, tendo pertencido às principais correntes de intelectuais da psicanálise e filosofia que nasceram e viveram em França nos anos 50 e 60.

Iniciou o seu percurso académico no Hospital Sainte-Anne, em Paris, em 1927, onde concluiu o seu internato em Psiquiatria em 1931, sob a alçada de Gaëtan Gatian de Clérambault, conhecido pelos seus trabalhos sobre as psicoses tóxicas, a Erotomania e a edificação do conceito de Automatismo Mental.

Posteriormente, foi professor na Universidade de Paris em 1953, focando-se na recuperação e divulgação dos postulados de Freud. Pertenceu também à Sociedade Francesa de Psicanálise que foi mais tarde extinta em 1965.

Em 1966, e após anos de rigoroso trabalho e estudo, publica *Écrits*, onde compila grande parte da sua visão científica e filosófica no que diz respeito ao ser e à sua realidade. Não obstante, salienta-se a relevante importância que Lacan teve na literatura e filosofia que, através de Saussure e Lévi-Strauss, ganhou o seu lugar como marco da corrente do Estruturalismo.

O psicanalista vem a falecer em 1981 em Paris. (CESAROTTO, 2001)

2. Surrealismo e Psicanálise

O surrealismo representou um grande marco na Arte dos anos 20 por ter dado oportunidade ao afloramento da psicanálise em França, promovendo o amadurecimento das suas teorias neste contexto.

Esta corrente artística e do pensamento nasce a partir do dadaísmo (criado em 1916, durante a Primeira Guerra Mundial) que correspondia a um movimento de índole perscrutadora da burguesia, o qual através de um estilo anárquico e consequente capacidade de “chocar” o público-alvo, pretendia combater o pressuposto de incutir interesse monetário na produção de arte. De salientar que o dadaísmo tinha um cunho quase paradoxal, visto que contestava os seus próprios mecenas.

Assim, e apesar de o Dadaísmo ter aberto as portas ao nascimento do Surrealismo, este último regia-se por princípios e teorias contrastando com a acracia que caracterizava o seu movimento de berço.

É, então, em 1924, pelas mãos e mente de André Breton, escritor francês, que o Surrealismo se vem a consagrar através do Manifesto Surrealista, trazendo assim uma nova maneira de encarar a arte. (STANGOS, 2000) O manifesto postulava que as suas obras seriam produzidas à margem da razão, sem o intuito de um desígnio puramente estético. Neste pode-se ler: “Acredito na resolução futura destas condições aparentemente contraditórias de sonho e realidade numa espécie de realidade absoluta, se assim se pode dizer: surrealidade. Após a conquista aspiro a certeza de não os alcançar, também despreocupado com minha morte, no entanto, para não pesar pelo menos as alegrias de tal posse”. (BRETON, 1924)

Sabe-se que a psicanálise nunca escondeu a apreciação (mútua) e a ligação que nutria pela arte, mas também por outras correntes de saber como a mitologia (que gerou epónimos como o Complexo de Édipo), que acabaram por funcionar como catalisadores do seu pensamento.

Assim, da mesma maneira que a arte influenciou a psicanálise, inversamente o mesmo também sucedeu, visto que os surrealistas utilizaram este método e promoveram uma interpretação própria dele, elaborando as suas respectivas teorias. Não obstante, estas acabaram por divergir da psicanálise da época, não chegando a ser cientificamente reconhecidas pela mesma. (ROUDINESCO, 2003)

Deste modo, enquanto que a psicanálise fazia uso da chamada associação livre para aceder ao inconsciente, o Surrealismo procurava fazê-lo de uma forma ativa, mais especificamente sob a forma de método-crítico paranóico criado por Dalí. Consequentemente, esta divergência acaba por propiciar duras críticas a esta corrente da Arte, principalmente pelo próprio pai da psicanálise. Freud chega a redigir uma carta a Stefan Zweig, famoso escritor austríaco, questionando o interesse que os surrealistas tinham por ele e que, apesar de valorizar o seu trabalho como movimento artístico, recusava a reconhecê-los como uma construção teórica válida e passível de ser usada na prática clínica.

De certo modo, Lacan e as suas elaborações teóricas sobre a paranoia apresentaram noções compatíveis com os surrealistas, unindo, mais uma vez, a psicanálise e a Arte, propiciou o espaço necessário à discussão sobre as possíveis contribuições do surrealismo à psicanálise, como um corpo teórico estabelecido. (SOUZA LIMEIRA, 2010)

3.Método Crítico-Paranóico de Dalí

Tal como já tinha sido mencionado anteriormente, Salvador Dalí consagrou-se não só como pintor, mas também como escritor e consequentemente como teórico. Foi então, na década de 30, que definiu um conceito artístico denominado método crítico-paranóico, que tinha como objetivo sistematizar o seu delírio em prol da criação artística.

Foi descrito pelo próprio como “um meio espontâneo de conhecimento irracional baseado na associação crítico-interpretativa de fenómenos delirantes”, em que estes fenómenos psicopatológicos eram interpretados e organizados como material artístico.

A falta de rigor comprometia a sua interpretação, porém isso não impediu que servisse de inspiração a outras identidades. Souza Limeira considera mesmo que o trabalho desenvolvido por este não tem como objetivo perceber se os constructos são verdadeiros ou falsos, mas sim perceber a influência que Dalí teve nos trabalhos psicanalíticos, não procurando validar cientificamente as suas teorias. (SOUZA LIMEIRA, 2010)

Em 1968, Dalí refere: “O meu pai causou desde o nascimento, por excesso de amor, inspirado não só por mim, mas também por meu irmão morto, uma ferida narcísica por onde a minha razão quase se escapou, e que meu gênio conseguiu, ajudado por Gala, não fechá-lo completamente, mas utilizá-lo positivamente. Nasci duplo [...]. Por causa desse Salvador fui o bem amado que se ama demais. Não há, para a criança pequena, um choque mais catastrófico do que o amor em demasia, e esse exagero de amor-por-causa-de-um-outro-eu-mesmo, eu o sentiria com a violência e a extensão que o mundo simbiótico e indiferenciado dos primeiros anos permite”. (DALÍ, 1963) Neste excerto, o artista expõe o falecimento do seu irmão como um fator determinante no desenvolvimento de traços da sua personalidade. A Dalí foi atribuído o nome do seu irmão, Salvador, assim inconscientemente, os seus pais projetaram o afeto e ambições que tinham para o seu primogénito no pintor, levando à formação de uma identidade narcísica.

Aqui pode-se também evidenciar a matriz que levou à criação do método crítico-paranoico, não só como um estímulo artístico, mas quase como um processo psicoterapêutico para o seu próprio sofrimento. Chega mesmo a referir-se a este procedimento como: “Há menos loucura no meu método do que método na minha loucura, e por isso continuo a dizer que a única diferença entre um louco e eu, é que eu não sou louco”. (DALÍ, 1963)

Através da criação de objetos anamórficos, também conhecidos como objetos surrealistas, Dalí declarou a técnica primária do seu método. Pelas suas próprias palavras, esclareceu que “o objeto surrealista é um objeto absolutamente inútil do ponto de vista prático e racional, criado unicamente com o fim de materializar de um modo fetichista, com o máximo de realidade tangível, ideias e fantasias de carácter delirante”. Deste modo, estas figuras eram criadas com uma função simbólica e de forma a sistematizar os seus delírios, estando organizadas em várias categorias, tais como:

- Objetos simbólicos – categoria de objetos mais utilizados pela vertente surrealista, surgem de um processo automático de caráter inconsciente, sem preocupação com o seu caráter estético ou visual;
- Objetos transubstanciados – constituem um caráter afetivo;
- Objetos projetados – de origem onírica, abandonam os sonhos para se projetarem no real. Podem ser de sentido figurativo ou físico;
- Objetos embrulhados – aqueles que provêm de fantasias diurnas, ou seja, aquelas que são provenientes de um estado de vigília.
- Objetos maquínicos – figuras com caráter cinético em que lhes é atribuída uma “pseudoutilidade”;
- Objetos moldados – objetos de caráter onírico que passam a fazer parte do período de vigília. (BARBOSA, 2003)

Um dos quadros mais conhecidos de Dalí e um dos melhores exemplos da aplicação deste método é “A Persistência da Memória”, de 1931, onde os relógios apresentados foram denominados por Dalí como o “camembert do tempo”, uma metáfora que alude ao tipo de queijo francês, visto que se derretem e, associados à presença de formigas, como espelho da putrefação, remete para o desejo latente e a paranoia da mente humana com o medo inconsciente da morte a que este quadro reporta.

Na obra “Face Paranóica”, primariamente publicada como rascunho em 1931 no jornal “*Le Surrealisme au Service de la Revolution*”, vê-se uma formação rochosa que configura a face, as árvores desenham o cabelo e as pessoas sentadas formam os olhos, nariz e boca. Este quadro foi baseado numa fotografia de aldeões africanos, que Dalí, à primeira vista, interpretou como sendo a face de Picasso, alvo da sua adoração e respeito. Porém, quando revelou esta imagem a Breton, o mesmo visualizou o Marquês de Sade, aristocrata e escritor francês, objeto da sua admiração. Por conseguinte, Dalí racionalizou que o indivíduo revê as características desejadas por este, ou seja, “vê o que quer ver”, tal como o paranoide que inverte os factos de acordo com a sua perspectiva e com o que quer provar. Estas imagens que apresentam “duplo sentido” e a sua interpretação depende apenas do olhar do observador, sendo uma característica presente no discurso de teor paranoide. (SOUZA LIMEIRA, 2010)

4. Influências de Dalí e Lacan

A aproximação de Dalí e Lacan é imperativa na obra do artista “El mito trágico de “El ángelus” de Millet”, onde menciona o psicanalista duas vezes. Este quadro de Millet constituiu o alvo da atenção de Dalí, que o considerava perturbador. Surpreendentemente, esta pintura, que está exposta no Museu do Louvre, foi atacada por um homem a meio de um “surto”, que mais tarde seria paciente de Lacan.

Através da sua observação, Dalí compara a imagem feminina da pintura de Millet com um louva-deus, conotando a mulher como “devoradora e canibal”, expressão do desejo humano, refletindo assim sobre o conceito de desejo-fome e indo de encontro à teoria lacaniana sobre o desejo, através do paralelismo com o “falo e a mãe insaciável” descrito por Lacan, em que este coloca a criança como objeto devorado, ao descrever o desejo insaciável da mãe em cuidá-la (SOUZA LIMEIRA, 2010)

Lacan observa “reencontramos aqui a possibilidade da regressão. Esta mãe insaciável, insatisfeita, em torno de quem se constrói toda a escalada da criança no caminho do narcisismo, é alguém real, ela está ali e, como todos os seres insaciados, ela procura o que devorar, *quaerens quem devoret*.” (LACAN, 1995)

Deste modo, é indubitável a analogia entre os dois autores na forma de abordar o desejo, reconhecendo-se assim mais um vértice comum da relação construtiva entre a Psicanálise e o Surrealismo.

Conclusões

Desde sempre a psicanálise e a arte caminharam lado a lado como dinamizadores mútuos, porém o Surrealismo foi o movimento artístico que mais estreitou esta ligação, utilizando a sabedoria deste campo clínico como motivador para o seu próprio crescimento.

Assim, apesar do Método Crítico-Paranóico de Salvador Dalí nunca ter tido o devido reconhecimento científico, este constitui a prova viva de como a Arte pode ser, por vezes, tangencial à prática clínica e neste caso em particular, à Psicanálise. Com o exposto neste trabalho, é então plausível reconhecer as forças multidimensionais que relacionam estes dois campos do saber.

Bibliografia

- BARBOSA, Miquel Visa. *Dalicedario, Abecedario de Salvador Dalí*. Milenio, 2003.
- BRETÓN, André. *Manifesto Surrealista*. 1924
- CESAROTTO, Oscar Leite. *Jacques Lacan, Uma biografia intelectual*. Iluminuras, 2001. 114 p.
- DALÍ, Salvador. *As paixões segundo Dalí*. Novalis, 1963.
- DALÍ, Salvador. *La vie sècrete de Salvador Dalí*. Dial Press, 1942.
- DESCHARNES, Robert. *Salvador Dalí*. Taschen. 1989
- LACAN, Jacques. *A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- ROUDINESCO, Elisabeth. *História da psicanálise na França A batalha dos cem anos. Vol. II*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- SOUZA LIMEIRA, Claudio de. *Psicanálise e Surrealismo: Uma análise Lacaniana do Método Crítico-Paranóico de Salvador Dalí*. Florianópolis, 2010.
- STANGOS, Nikos. *Conceitos da arte moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MALONE MEURTE A EXPLORAÇÃO DO *SELF* EM SAMUEL BECKETT

João Martins Correia*; Sara Freitas Ramos*; Isabel Fonseca Vaz*; Bianca Jesus*

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde da Guarda

*Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Psiquiatria

Emails:joao.m.correia@ulsguarda.min-saude.pt; sara.i.ramos@ulsguarda.min-saude.pt;

mafalda.soares@ulsguarda.min-saude.pt; bianca.jesus@ulsguarda.min-saude.pt

Resumo

Escrito em 1951 como parte de uma trilogia de iluminação pós-guerra, *Malone Meurt*, *Malone Dies* na sua versão traduzida, apresenta, com Samuel Beckett, a aposição entre o vazio e a vida, a integridade e a rutura identitária, num diálogo solitário que reaproxima o sujeito, pela incontornável passagem do tempo, a um espaço transicional, intermediário entre o mundo interno e o mundo externo.

A narrativa de Beckett em *Malone Meurt*, enquanto lugar de expressão do sensível e de desencontro do homem com o mundo, expõe, tacitamente, a partir da exploração dos limites do *self* e das linhas de definição do campo da consciência, a morte (ou o caminho até ela) como ferramenta de reflexão fenomenológica.

Palavras-chave: Samuel Beckett; *Malone Meurt*; perturbação do *self* básico

Abstract

Written in 1951 as part of a post-war trilogy, *Malone Meurt*, *Malone Dies* in its translated version, presents, with Samuel Beckett, the apposition between emptiness and life, integrity and the rupture of identity, in a solitary dialogue that brings the subject back, through the inevitable passage of time, to a transitional space, intermediate between the internal world and the external one.

Beckett's narrative in *Malone Meurt*, as a place of expression of man's sensitive and mismatch with the world, exposes, tacitly, from the exploration of the limits of the *self* and the lines of definition of the field of consciousness, death (or the way to it) as a phenomenological reflection tool.

Introdução

Sob um fundo esquizoide, coerente com a iminente rutura das relações entre o *eu* e o mundo, Samuel Beckett, em *Malone Meurt*, iluminado pelo movimento pós-modernista e influenciado pela revolução estruturalista pós-guerra, abre espaço à desconstrução dos conceitos de unidade e de integridade, num processo reflexivo, tendencialmente introspetivo, movido pela irreparável passagem do tempo e moldado, em múltiplas vozes, pelo irremediável sentido de fragmentação. Originalmente publicado em francês, em 1951, *Malone Meurt* serve de palco a uma encenação marcada pela precariedade, pela instigação da dúvida, pelos movimentos circulares que alternadamente transitam entre a solidez das ideias e a dubiez das questões que lhes seguem, num registo aporético que distancia a possibilidade de interpretações lineares e liberta o narrador de concepções estagnadas, materialistas e dualistas.

Propõe-se assim, com este trabalho, uma análise descritiva da obra *Malone Meurt* enquanto veículo de reflexão fenomenológica e de compreensão da natureza subjetiva do ser.

Discussão

Nascido numa zona periférica da capital irlandesa em 1906, Samuel Barclay Beckett, prémio nobel da literatura em 1969 e considerado como um dos principais autores do denominado teatro do absurdo, afirma-se como um dos nomes centrais do modernismo do século XX.

O movimento artístico de Beckett, profundamente influenciado pelos contornos desconstrucionistas do período pós-guerra, abre pano a uma encenação fragmentada, movida pela exploração minimalista da palavra e em tudo distanciada da construção do romance tradicional. Uma *literatura da despalavra* como assim o descreve, entoada a múltiplas vozes e ancorada à complexa simplicidade de um palco que, tantas e quantas vezes, se faz de ausências. A proximidade de Beckett à língua francesa, enquanto língua não materna do autor, distanciada da rigidez normativa que à língua primitiva se pudesse colocar e despida de quaisquer familiaridades antecipadas, possibilitaram a criação de uma conceção estética autêntica moldada em torno do empobrecimento da linguagem. A tradução à língua original surgia enquanto consequência natural e alinhava-se com o próprio rumo de indefinição frequentemente dado à narrativa, ora em avanço, ora recuando; tal como a edição, do inglês ao francês, do francês novamente ao inglês, e completando o ciclo e a intenção literária do autor.

Malloy (1951), *Malone Meurt* (1951) e *L'Innommable* (1953) formam a trilogia do pós-guerra e suportam aquele que terá sido o período de maior criação literária do autor. Ainda que na ausência de uma associada sequência lógica entre as referidas obras, apresentando-se cada uma delas como uma partida e um destino em si, é inegável o percurso percorrido, ao longo destas, pela degradação progressiva das personagens, pela entoação da noção de finitude e pela exaltação da dúvida enquanto propulsora à ação.

Malone surge em *Malone Meurt* como um velho institucionalizado, preso a um quarto, reduzido aos limites da cama e à rigidez do próprio corpo; o mundo é alcançado apenas através das palavras que escreve e é com estas que se entretém até à chegada da sua morte. Toda a narrativa é marcada por um inviolável sentimento de morte. O anúncio é feito através do título da obra. As primeiras linhas do romance confirmam o prenúncio, e nada mais é dito sobre o narrador ao qual é feita esta dura antecipação:

Je serai quand même bientôt tout à fait mort enfin. Peut-être le moins prochain. Ce serait alors le mois d'avril ou de mai. Car l'année est peu avancée, mille petits indices me le disent. Il se peut que je me trompe et que je dépasse la Saint-Jean et même le Quatorze Juillet, fête de la liberté.

A narrativa, em *Malone Meurt*, segue a passos largos com a instalação da dúvida, com a construção da incerteza e com o necessário abandono das assunções concretas, todavia estabelecidas, com frequência, mas rapidamente defraudadas em novas considerações. É um edificar e demolir. É um narrar em aporia. As variações no sentido da narração, com mudanças inesperadas da temática a ser explorada, retomada num outro momento e logo depois desligada para que um novo assunto passe a ser explorado, ora com o mínimo detalhe, ora de forma incansável, são outros dos marcos da inconsistência da narrativa. Tudo é colocado numa espécie de nébula, ajustável na sua forma, adaptável e moldável à passagem do tempo, mas a todo o momento inquietante pela falta de rigidez. O enredo assim corre na medida das capacidades do próprio narrador. E se falamos em alguém idoso, a partir do qual referências concretas, quanto ao tempo e quanto ao espaço, são apresentadas com incerteza, parece-nos plausível e perfeitamente admissível toda esta constelação de elementos que asseguram o constante enlace e desenlace aos factos narrados, ou à observável falta deles, pela fragilidade da própria idade, pela eventual condição de demenciado:

Je sais seulement que j'étais déjà très vieux avant de m'y trouver. Je me dis nonagénaire, mais je ne peux pas le prouver. Je ne suis peut-être que quinquagénaire, ou que quadragénaire. Il y a une éternité que je n'en tiens plus le compte, de mes ans je veux dire. Je sais l'année de ma naissance, je ne l'ai pas oubliée, mais je ne sais pas dans quelle année je suis parvenu.

O tempo, em *Malone Meurt*, é movido ao sabor das palavras, entretido em contos, em histórias, em memórias perdidas entretanto reencontradas. A criação de um inventário de pertences, ao qual Malone se propõe, embala, por si só, a passagem do tempo, e coloca-se em linha com o visível estado de debilidade do narrador, incapaz da recordação exata dos seus bens na ausência de fatídicos cálculos que lhe permitam chegar até eles. Através das histórias surgem traços de uma indelével separação entre os factos anunciados por Malone, enquanto pertencentes ao mundo ficcional elaborado, e o seu próprio passado, indistintamente recordado. É assim o retrato de uma amalgama narrativa, um instável jogo de imprecisa distinção entre o ato de narrar e de ser narrado.

Malone coloca-se, ao longo da obra, num espaço transicional, situado entre o *eu* e o outro, entre a fantasia e a realidade, tornando permeáveis os limites que a si mesmo naturalmente se impõem. É um espaço intermediário, cercado de um lado pela subjetividade e, do outro, pelo mundo objetivo observado. Malone não se posiciona em nenhum deles, segue um movimento rítmico, de aproximação e do seu inverso, ora a um, ora a outro. De acordo com Winnicott o conceito de *espaço potencial*, ou *espaço transicional*, não se limita àquele reservado ao brincar para a criança, assumindo, ao invés, significativa importância também no adulto enquanto espaço criativo. A criatividade, para Winnicott, acorrentada às experiências da infância e expectavelmente transportada ao longo da vida, encontra tradução na capacidade tida pelo sujeito em criar o próprio mundo, experienciando-o de forma singular. Ao reconhecer a iminência da morte, Malone aproxima-se declaradamente da infância, não apenas pela exaltação da criatividade e pela coerente sublimação do sentido de onnipotência, mas também pela similitude de circunstâncias recorrentemente denunciadas:

L'essentiel est de s'alimenter et d'éliminer, si l'on veut tenir. Vase, gamelle, voilà les pôles. (...) Je vais peut-être me trouver abandonné comme autrefois, sans jouets, sans lumière. Alors je jouerais tout seul, je ferais comme si je me voyais. (...) Je nais dans la mort, si j'ose dire.

Em *Malone Meurt* o início e o fim da vida colocam-se assim invariavelmente em paralelo, com o mesmo grau de incerteza, com o mesmo sentido de precariedade. Mas se à infância se liga a aquisição da capacidade de reconhecimento das barreiras entre o *self* e o outro, Malone, caminha na direção oposta, na da perda da sua necessária diferenciação.

A permanente degradação física de Malone é procurada ultrapassar em sucessivas tentativas de extensão do *eu*. Ser o outro em si, ter em si o outro. Um aparente conflito identitário que encontra voz nas personagens por si criadas e se apoia dos múltiplos objetos que à lista de pertences se vão somando. No caderno onde escreve, palco da sua expressão criativa, é assim possível a localização do *eu*, enquanto resultado de um fenómeno de extrusão quase-mágico. Objetos e personagens testemunham a ainda existência de Malone e debruçando-se sobre eles o narrador aproxima-se do sentido de continuidade do *self*. Aproxima-se, apenas; alcançá-lo seria demasiado heroico para alguém inamovível. Parte dos objetos que Malone pensava ter na sua posse estavam, na verdade, desaparecidos, e outros tantos, ainda que ante si dispostos, não se apresentavam com a devida familiaridade. O sentido de integridade do *self* é inatingível.

Je vois donc que je m'étais attribué certains objets qui ne sont plus en ma possession, d'après ce que je vois. (...) Par contre, j'ai relevé la présence, dans le tas, d'au moins deux ou trois choses auxquelles je ne pensais plus et dont une au moins, un fourneau de pipe, ne réveille en moi aucun souvenir.

Winnicott introduziu, em 1953, no artigo *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, o conceito de *objeto transicional*, sendo possível, em *Malone Meurt*, a sua identificação, à luz da necessária analogia estabelecida entre a infância e o período narrado. O objeto transicional corresponde ao mediador entre o *eu* e o não-*eu*, entre o mundo interno e o mundo externo, entre o subjetivo e o objetivamente percebido, antecedendo o estabelecimento do teste da realidade. Fundado na relação diádica mãe-criança, o objeto transicional sustenta a construção da fase de separação-individuação e permite uma compensação externa pelo abandono das fantasias onipotentes primárias, necessárias numa fase desenvolvimental precoce. É, assim, definida uma trajetória movida no sentido da independência, a partir do seu oposto. Com Malone é realizado um percurso em sentido inverso, de forma praticamente paradoxal, marcado pela progressiva dependência e pelo recurso ao objeto transicional, o caderno, enquanto motor de movimentos regressivos, pelo ímpeto de necessidade de controlo onipotente, como forma de entreter a dor do final antecipado.

Facilmente identificáveis e coerentes com o sentido de reflexão fenomenológica à narrativa imposto são os processos de perturbação da consciência do *eu*, ou *self*. Processos que condicionam a normal experiência do *eu* enquanto ser único, corpóreo, demarcado, contínuo no tempo, sujeito simultâneo de experiência e ação. Jaspers considera a existência de quatro características formais da consciência do *eu*: a consciência da identidade do *eu*, a consciência da unidade do *eu*, a consciência da atividade do *eu* e a consciência dos limites do *eu*. Por consciência da identidade do *eu* entende-se a existência de um sentimento subjetivo de permanência e de continuidade, ou seja, a noção de que o *eu* é o mesmo e, reconhecível como tal, ao longo do tempo. A despersonalização dá nome a uma das formas de perturbação da identidade do *eu* e surge alicerçada a sentimentos de estranheza e de irrealidade. É, metaforicamente, uma fuga no sentido contrário ao da dor, a necessidade de alienação ao desconforto. De forma exemplificativa, Jaspers descreve, em 1959, o fenómeno de despersonalização:

As coisas já não parecem como dantes. São diferentes, estranhas, parecem achatadas como baixos-relevos. A minha própria voz soa estranha para mim mesmo (...) É como se tivesse sido esticada sobre a minha pele outra pele. Eu palpo-me às vezes para me convencer da minha existência corpórea.

Em linha com o fenómeno descrito surge, em *Malone Meurt*, elementos que suportam a ausência da coerência temporal do *eu* e reforçam a disrupção do sentido de continuidade:

Je me suis un peu intéressé aux étoiles ici. Mais je n'arrive pas à m'y retrouver. En les regardant une nuit, je me suis vu soudain à Londres. Est-ce possible que j'aie poussé jusqu'à Londres?

O conceito de *ipseidade*, ou *si nuclear*, ou ainda *si mínimo*, em oposição ao *si narrativo* e prévio àquele de expressão reflexiva, apresenta-se enquanto núcleo central da consciência de *si*. É um *si* elusivo, de carácter pré-reflexivo, não passível de objetificação, perdido na tentativa de o ser. A *ipseidade* é definida como o sentimento crucial de existir como um sujeito da experiência que é um consigo próprio num dado momento. À sua perturbação, imbuída num fundo necessariamente esquizoide, associam-se duas principais características: auto-afeção diminuída e hiper-reflexividade. A primeira refere-se a um declínio no sentimento experienciado de existir como um sujeito vivo e unificado de consciência, a segunda entende-se como uma tendência para dirigir a atenção focal, objetificadora, para processos e fenómenos que seriam normalmente desabitados ou experienciados como parte de si mesmo. Fenómenos e processos habitualmente implícitos à consciência passam a ser objetivamente experienciados, expressos enquanto objetos de si. Um movimento que se

descreve no sentido da corporalização da consciência. Pela objetificação das partes do seu corpo, experienciadas como pertencentes à realidade externa, é possível, com Malone, a identificação do fenómeno considerado e, a partir deste, a consideração de uma outra forma de perturbação da consciência do *eu*, a da unidade do *eu*, alicerçada à percepção da indivisibilidade de si mesmo.

Tout tire vers le large le plus proche, et mes pieds notamment, déjà en temps normal tellement plus loin de moi que tout le reste, de ma tête je veux dire, car c'est là où je me suis réfugié, pas d'erreur, mes pieds me font l'effet d'être à plusieurs lieues, et pour les ramener jusqu'à moi, pour les soigner et les nettoyer, il me semble que je n'aurais pas assez d'un mois, à dater du moment où je les aurais repérés. C'est curieux, je ne sens plus mes pieds, la sensation les ayant miséricordieusement quittés et cependant je le sens hors de portée du télescope le plus puissant.

A ausência de limites claros entre as memórias de uma realidade objetiva e aquelas de contornos puramente fantasiosos, sem qualquer demarcação do mundo imaginário, caracteriza a narrativa em *Malone Meurt* e aproxima-se de uma outra forma de perturbação da consciência do *eu*, a da consciência da atividade do *eu*, assente, esta, na inviolável pertença das vivências ao sujeito. Com Malone a mesma memória conflui entre a recordação dos factos passados e, pelo esquecimento que lhe é esperado, a ficção do que não foi recordado, ou daquilo que não quis sê-lo.

Les pauvres, dit Mme Pédale, détachez-les. Comme Maurice se disposait à lui obéir Lemuel dit, Laissez. Le barbu avait refusé de quitter la chaloupe, ce qui obligeait l'Anglais à y rester aussi. Macmann non plus n'était pas libre, car Lemuel le tenait par la taille et le pressait contre lui d'un geste presque affectueux. (...) Quand ils eurent disparu Lemuel lâcha Macmann, s'approcha par derrière de Maurice qui, assis sur une pierre, était en train de bourrer sa pipe, et le tua à coups de hache, de hachette plutôt. Ça avance, ça avance. (...) Macmann, mon dernier, mes possessions, je n'oublie pas, il est là aussi, peut-être qu'il dort. Lemuel c'est le responsable, il lève sa hache, où le sang ne séchera jamais, mais ce n'est pour frapper personne, il ne frappera personne, il ne frappera plus personne, il ne touchera jamais plus personne (...).

Por último, a consciência dos limites do *eu*, ou consciência do *eu* em oposição ao exterior, marca a efetiva separação entre o *eu* e a realidade externa. A proximidade da morte traz, a Malone, o necessário vislumbre da infância e, com ele, a atenuação dos limites entre o mundo interno e o mundo externo. A necessária delimitação do *eu* não se apresenta ao sujeito enquanto condição adquirida ao nascimento, é antes uma construção desenvolvimental. A projeção do *eu* nas personagens criadas, que passam a encerrar em si aspetos da identidade de Malone, é um exemplo claro dessa forma de perturbação. «Je me demande si ce n'est pas encore de moi qu'il s'agit, malgré mes précautions», refere Malone, ao falar de Sapo, uma das personagens.

Alterações da percepção são consistentemente retratadas, em *Malone Meurt*, ao ritmo da construção da narrativa, expressas não apenas enquanto tradução da fragilidade expectavelmente encontrada em alguém que vive os seus últimos dias, com défices de atenção, memória e de percepção temporal, mas também sintomáticas de uma global perda do sentido de compreensão da realidade e das relações com esta expressas. O *eu* e o outro aproximam-se. O tempo e o espaço vividos envolvem-se numa mesma desorganização perceptiva. E às palavras é, em última instância, colocada uma entoação esquizoide, à qual não falta sequer a depauperação emocional, «Je constate donc, sans émotion (...)». Frases vagas, envoltas em contradições, associadas a um certo grau de incoerência e marcadas, por vezes,

por uma quase impenetrabilidade sustentam os contornos esquizoides da linguagem utilizada.

Conclusão

De inspiração pós-modernista e construída sob a alçada dos contornos expansionistas pós-guerra, *Malone Meurt* é, através de Samuel Beckett, a expressão reflexiva da fragmentação do *eu* e da aproximação do mundo interno ao mundo externo. A desconstrução do *self* é coerente com a desconstrução da palavra e, esta, com o narrar em aporia. O tempo segue a passos largos com o exaltar da sensação de finitude e tudo se torna incerto e imprevisível, tanto quanto o período da infância, aqui, reencontrada. As características narrativas presentes em *Malone Meurt* possibilitam a análise fenomenológica das alterações que às principais qualidades da consciência do *eu* se possam impor. De tonalidade quase-estocástica, a narrativa de Beckett apresenta-se, assim, enquanto tradução literária da exploração do mundo subjetivo e da compreensão das linhas de perplexidade que neste se encerram.

Bibliografia

BECKETT, Samuel – *Malone Morre*. Trad. de Ana Helena Souza. São Paulo: Biblioteca Azul, 2014.

BECKETT, Samuel – *Malone Meurt*. Paris: Les Editions de Minuit, 2004.

BARRY, Elizabeth – All in My Head: Beckett, Schizophrenia and the Self. *The Journal of Medical Humanities*. Vol. 37 (2016) 183-192. Disponível na Internet: <http://link.springer.com>.

WOODWARD, Kathleen – Transitional objects and the isolate: Samuel Beckett's "Malone Dies". *Contemporary Literature*. Vol. 26, n. ° 2 (1995) 140-154. Disponível na Internet: <http://www.jstor.org>.

CAMPBELL, Julie – Playing with death in "Malone Dies". *Samuel Beckett Today/ Aujourd'hui*. Vol. 19 (2008) 431-439. Disponível na Internet: <http://www.jstor.org>.

BARRY, E., MAUDE, U., SALISBURY, L. – Introduction – Beckett, Medicine and the Brain. *The Journal of Medical Humanities*. Vol. 37 (2016) 127-135. Disponível na Internet: <http://link.springer.com>.

SASS, L., PARNAS, J. – Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 29, n.º 3 (2003), p.427-444. Disponível na Internet: <http://academic.oup.com/journals>.

GONÇALVES, Jorge – A Esquizofrenia como Perturbação do Si. *Actas do IX Congresso Ibero-americano de Psicologia/2º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016) 87-99.

REPRESENTAÇÃO DO SUICÍDIO NA FICÇÃO CINEMATOGRAFICA OCIDENTAL: UMA VISÃO LONGITUDINAL

Núria Santos¹; António Alho¹; Ricardo Gasparinho¹; Liliana Ferreira¹;
Marisa Martins¹; Nuno Fernandes¹; Isa Costa¹; Elisabete Sêco²

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém

¹Médico/a Interno/a de Formação Específica de Psiquiatria

²Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: nuria.ferreira.santos@gmail.com; antonio.alho84@gmail.com; ricardogasparinho5@gmail.com;
lilianapf@gmail.com; marisa.andrem@gmail.com; n.agostinho.fernandes@gmail.com;
isacosta2014@outlook.pt; elisabete.seco@gmail.com

Resumo

Introdução: O suicídio é um tema recorrente e transversal a todos os géneros cinematográficos, utilizado frequentemente como narrativa-chave do filme.

Objetivos: Analisar as tendências de representação do suicídio pela indústria cinematográfica ocidental e apresentar casos pontuais relevantes.

Métodos: Pesquisa na PubMed. Equação de pesquisa: "Suicide" AND "Motion Pictures".

Pesquisa complementar no motor de busca Google e em fontes literárias.

Resultados: A representação e o significado atribuído ao suicídio são influenciados por convenções sociais inseridas na cultura cinematográfica vigente. Nos filmes, os métodos utilizados e os tipos de suicídio são diversos e variam longitudinalmente. O sexo masculino tem mais comportamentos suicidários não-letais. A apresentação visual do suicídio diminuiu. Já a representação do suicídio no indivíduo deprimido aumentou.

Conclusão: A representação do suicídio em filme não foi criada com objetivos académicos, pelo que deve ser sujeita a uma análise crítica tendo em conta o contexto histórico onde a obra foi produzida.

Palavras-chave: suicídio; cinema; história; filmes; efeito de Werther

Abstract

Introduction: Suicide is a recurrent and transversal theme in cinematography, often used as a key narrative of the movie.

Objectives: This study aims to analyze the suicide representation trends by the occidental film industry and to stress relevant cases.

Methods: Literature research using PubMed database: search equation "Suicide" AND "Motion Pictures". Complementary research using Google search engine and literary sources.

Results: Suicide representation and meaning are influenced by social conventions inserted in the current cinematographic culture. Suicide methods and suicide types showed in the movies are varied and fluctuate across time. Also, males have more non-lethal suicidal behaviors in films. The visual representation of suicide has decreased and suicide in the depressed individual has augmented.

Conclusion: Suicide representation in movies was not created with academic purposes so it must be submitted to a critical examination taking into account the historical context in which the film was produced.

Introdução

A visualização de películas cinematográficas é a atividade de lazer major das sociedades ocidentais (Till *et al.*, 2014). Contribui para o entretenimento, fornece uma visão privilegiada dos fenómenos sociais e permite influenciar comportamentos.

A representação da doença mental no cinema pode moldar crenças e atitudes em relação a estas patologias (Stack, Bowman e Lester, 2012). Um dos temas recorrentes na cinematografia é o suicídio (Till *et al.*, 2014). Só no cinema americano, entre 1900 e 2009, forma identificados 1158 filmes que representaram 1377 suicídios (Stack e Bowman, 2014). Ao longo do tempo, algumas tendências de representação deste ato no grande ecrã foram mudando, enquanto que certas convenções se mantiveram.

Os objetivos deste trabalho são analisar as tendências de representação do suicídio pela indústria cinematográfica ocidental e apresentar casos pontuais relevantes. Pesquisa na PubMed (equação de pesquisa "Suicide" AND "Motion Pictures"), no motor de busca Google e em fontes literárias.

Reflexão sobre a problemática da exposição do suicídio nos filmes

A representação do suicídio pelos media pode ter um efeito substancialmente gravoso nas taxas de suicídio. O primeiro relato deste efeito remonta à publicação da obra literária de Goethe, em 1774, denominada *The Sorrows of Young Werther*, que conta a história de um amor não correspondido que culminou num suicídio. Após esta obra, ocorreu um aumento dramático do número de suicídios (Gould, 2001; Pridmore e Walter, 2013; Sudak e Sudak, 2005). Este efeito, é conhecido como efeito de Werther ou suicídio por imitação e tem como um exemplo recente o aumento de cerca de 1800 mortes por suicídio no final de 2014 após o suicídio do ator Robin Williams (Sinyor, Stack e Niederkrotenthaler, 2019).

O efeito de Werther já foi reportado por diversas vezes na sequência de exibição de obras cinematográficas. Por exemplo, após a exibição do filme *The Deer Hunter* (1978), onde figura o suicídio por roleta russa, as mortes por este método aumentaram entre 1979 e 1986, tendo sido confirmados 46 casos. Tipicamente, as vítimas tinham visto o filme na televisão ou alugado uma cópia do filme antes de adotarem este comportamento suicidário (Stack e Bowman, 2014). Um estudo frequentemente citado, publicado em 1986, também encontrou uma correlação positiva entre o aumento do número de suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes nas 2 semanas após a exibição de 4 filmes nos EUA sobre a temática do suicídio, em relação às 2 semanas anteriores a essa exibição (Gould, Shaffer e Kleinman, 1988). Recentemente, foi desenvolvida e validada uma escala (MoVIES) para quantificar o efeito nos telespectadores das cenas de suicídio apresentadas em filmes (Gauld *et al.*, 2019).

Porém, o oposto ao efeito de Werther também pode acontecer. Aquando da apresentação de casos que enfatizam a resiliência e a luta contra o suicídio, as taxas de suicídio na população diminuem. Este fenómeno é denominado de efeito de Papageno (Sinyor, Stack e Niederkrotenthaler, 2019).

Face ao exposto, é importante que existam linhas de orientação definidas sobre esta problemática que os meios de comunicação possam utilizar como guia. Sabe-se que dramatizar e romantizar o suicídio tem efeitos deletérios, assim como reduzir o fenómeno complexo e multidimensional do suicídio a uma explicação simplista, pelo que não é recomendável fazê-lo. Além do mais, é importante referir a existência de doença mental associada, para que o público entenda que existe tratamento para estas patologias e que a ajuda profissional deve ser procurada. As histórias de suicídio devem também ser acompanhadas de relatos de sobreviventes (Gould, 2001; Sudak e Sudak, 2005). Outro ponto importante, é a existência de um sistema de classificação de programas relativamente ao seu conteúdo. Em 1968, nos Estados Unidos da América (EUA), foi criado este sistema, e a maioria dos filmes que representam o suicídio explícito são classificados como *R- restricted*. Sabendo de antemão os pontos chaves do filme, é possível limitar a exposição de crianças e adolescentes a conteúdo potencialmente danoso (Jamieson e Romer, 2011).

Com base no supramencionado, é importante perceber se as preferências cinematográficas dos indivíduos podem estar associadas a fatores de risco para comportamentos suicidários. Um estudo demonstrou que quanto maior as preferências por filmes melodramáticos ou

negros aumentavam, maior a ideação suicida, humor depressivo e insatisfação com a vida. Tal sugere que os indivíduos mais vulneráveis poderão ter uma predisposição para ver filmes pesados, onde a representação do mundo envolvente é feita de uma forma deprimente e perturbadora. Estes resultados poderão ter impacto na prevenção do suicídio, uma vez que questionando os doentes quanto às suas preferências cinematográficas o médico poderá aconselhar o indivíduo a evitar conteúdos potencialmente nocivos (Till *et al.*, 2014).

Tendências de representação do suicídio pela indústria cinematográfica ocidental

A representação do suicídio em filme é influenciada por convenções sociais genéricas, inseridas na cultura cinematográfica onde foram realizados, e que variaram ao longo do tempo. Os métodos utilizados e os tipos de suicídio apresentados pela indústria cinematográfica ocidental são muito diversos (Saddington, 2010).

O suicídio é utilizado nos filmes para explorar uma variedade de emoções humanas, do orgulho à vergonha, do heroísmo à culpa e da tristeza e solidão para o espírito em prol do coletivo e do bem comum (Saddington, 2010).

As causas para suicídio representadas nos filmes são frequentemente centradas em motivações externas e sociais: a morte de uma pessoa próxima, o suicídio secundário a problemáticas sociais importantes, como relações afetivas não correspondidas e dificuldades económicas graves, ou o suicídio altruísta para benefício de terceiros. Como exemplo de um filme onde a causa para suicídio é a motivação externa podemos referir o *The Wrestler* (2008), que será analisado na secção subsequente. Apenas cerca de 1 em 5 filmes representam o suicídio como resultado de uma motivação interna, ou seja, secundário a uma doença mental. Estes dados contrastam com a literatura científica, onde a maioria dos estudos publicados coloca a tónica da investigação na perspetiva psiquiátrica do suicídio e não na social. Assim os filmes podem constituir uma forma de representar esta problemática social, frequentemente negligenciada pela literatura científica. As motivações externas necessitam de ser adicionadas à equação para que se possa obter uma explicação mais realista das causas que levam uma pessoa a terminar com a sua própria vida (Stack e Bowman, 2014).

Os papéis dos diferentes géneros continuam a estereotipar o feminino, com as mulheres a representarem personagens mais familiares e dedicadas à vida privada, enquanto que os homens apresentam uma vida e interação mais pública. As mortes por suicídio nos filmes são mais frequentes nos homens (67%), o que está de acordo com os dados estatísticos do mundo real. Porém, também no sexo masculino são mais frequentes os comportamentos suicidários não letais, o que é incongruente com a realidade (Saddington, 2010).

Relativamente à representação do suicídio por faixas etárias, uma base de dados que analisou a representação deste ato nas obras cinematográficas publicadas entre 1900 e 2014 mostrou que a maioria dos filmes retrata a morte de indivíduos jovens, por esta ser uma preferência dos consumidores (Stack e Bowman, 2014). Contrastando com esta base de dados, um estudo analisou todos os filmes produzidos entre 1950 e 2014 e identificou 19 películas cinematográficas que representavam casos de suicídio ou tentativas de suicídio no indivíduo idoso. Os filmes representavam em 68% (n=13) dos casos um indivíduo do sexo masculino. Em 63% (n=12) da amostra foram representadas pessoas com desesperança ou mesmo síndrome depressivo. Em 10 filmes, foram representados indivíduos com doença física e em 8 filmes o suicídio estava associado a sujeitos com declínio cognitivo (Scalco *et al.*, 2016).

O significado do suicídio é construído e influenciado pela cultura. Porém, a representação do suicídio parece ser bastante semelhante na cultura cinematográfica ocidental. Um estudo que comparou 135 filmes britânicos com 1377 filmes americanos concluiu que as semelhanças na representação do suicídio são maiores do que as diferenças. Por exemplo, 54,8% dos filmes britânicos ligam o suicídio a problemáticas sociais e o mesmo acontece numa percentagem muito semelhante (52,9%) dos filmes americanos (Stack e Bowman, 2011). Curiosamente, a representação do suicídio nos filmes também parece ser semelhante

à sua representação ao longo de 2 milénios na literatura. Por exemplo, nas obras literárias sobre suicídio 17,6% são casos de suicídio altruísta, enquanto que no cinema estamos perante 18.7% dos casos (Stack e Bowman, 2011).

O aumento da representação do suicídio nos filmes aumentou de forma linear entre 1950 e 2006 (n=855), tendo praticamente triplicado. O mesmo se verificou com o suicídio explícito, em relação ao implícito (Jamieson e Romer, 2011). No entanto, o “fator choque” na representação visual da violência associada ao suicídio parece ter diminuído nos últimos 20 anos (Saddington, 2010). Outro elemento que mudou ao longo do tempo foi a apresentação do suicídio no doente com síndrome depressivo. Até 1970 eram raros os filmes que focavam esta temática. Posteriormente, com o aumento do tratamento farmacológico da depressão nas sociedades ocidentais, a apresentação do suicídio começou a aumentar, talvez por uma maior preocupação com os sintomas depressivos pelas audiências (Saddington, 2010).

O suicídio pode dominar um filme completo, ser um ponto de inflexão relevante num filme ou constituir o clímax. Pode, ainda, constituir uma forma de suicídio heroico ou altruísta ou influenciar a forma como uma personagem se constrói e se desenvolve ao longo do filme (Stack e Bowman, 2014). A exibição do suicídio no cinema também reflete, por vezes, comportamentos altamente desviantes, como é o caso do suicídio pelas forças policiais: um indivíduo adota um comportamento ameaçador com o objetivo de incitar as forças de segurança a matá-lo. Um estudo identificou que, na maioria dos filmes, esta forma de suicídio é representada de forma inadequada e incongruente com a realidade, contribuindo para fomentar a crença do uso inadequado de força pela polícia. Na maioria dos filmes, há uma demonização do sujeito que é morto, sendo representado como alguém perigoso, com comportamentos desviantes e não deprimido, e a sua morte é representada quase como um alívio para a sociedade. Tal contrasta com a vida real, onde a pessoa que morre, geralmente sofre de uma doença mental associada a uma angústia marcada (Stack, Bowman e Lester, 2012).

Exemplos de relevo

Atenção: a secção que se segue contém detalhes relevantes sobre o enredo dos filmes em análise (*spoilers*).

—O filme *The Shawshank Redemption* (1994) (Os Condenados de Shawshank) ocupa o lugar cimeiro na classificação do Internet Movie Database (IMDB). Conta a história de um homem condenado a pena de prisão sendo inocente. Durante o filme, são apresentados 2 suicídios de personagens secundárias (um por enforcamento e outro por arma de fogo) e 2 tentativas de suicídio dos personagens principais. O exposto não está de acordo com as recomendações para os media da apresentação responsável do suicídio ao público. Neste filme são apresentados vários métodos de suicídio, são mostradas 2 mortes por suicídio e não é associado o ato à doença mental tratável. Contudo, o efeito de Papageno poderá ainda ocorrer quando as 2 personagens principais escolhem não morrer por suicídio e adotam estratégias alternativas para gerir as adversidades (Pridmore e Walter, 2013; Sinyor, Stack e Niederkrotenthaler, 2019).

—O filme televisivo *Surviving* (1985) representa um pacto suicida entre 2 adolescentes, um rapaz e uma rapariga, que morrem por sobredosagem de drogas. Antes de exibir o filme, a estação televisiva teve a preocupação de apresentar um aviso onde referia que as crianças não deveriam ver o programa sem estarem na presença dos seus pais. No entanto, nas 2 semanas que se seguiram à exibição do filme na televisão, um artigo relata que no serviço de Psiquiatria e no de Pediatria de Waterbury (EUA) foram internados 12 adolescentes por sobredosagem de drogas e inclusive um casal que tinha feito um pacto suicida semelhante ao representado no filme. Apesar dos autores afirmarem que não existia uma correlação estatisticamente significativa, os números aumentados e o intervalo temporal coincidente parecem apontar

no sentido do filme ter sido um estímulo para a tentativa de suicídio nestes jovens (Ostroff *et al.*, 1985).

—O filme *The Wrestler* (2008) conta a história de um *wrestler* famoso que, após um evento de vida marcante – enfarte agudo do miocárdio – reforma-se e procura restabelecer uma ligação com a filha que tinha negligenciado durante anos. Fora do mundo laboral, o personagem apresentava poucos contactos sociais e, após a reforma, começou a apresentar dificuldades económicas. Depois de várias tentativas infrutíferas para estabelecer contacto com a filha, o *wrestler* decide voltar aos palcos para um combate final. No entanto, volta a ter outro enfarte agudo do miocárdio durante partida, mas recusa-se a parar o combate para ser assistido, dando a sua vida para satisfazer os pedidos do público que o aclamava. No caso descrito, a motivação para o suicídio não está numa doença mental subjacente, mas sim numa problemática social externa. De facto, a incapacidade para o trabalho é um tema recorrentemente representado em muitos dos filmes que focam a temática do suicídio (por exemplo, nos filmes *Million Dollar Baby* (2004) ou *A Star is Born* (2018) (Stack e Bowman, 2014).

—O filme *Death of a Salesman* (1951) representa um suicídio altruísta, onde o personagem principal morre para que o dinheiro do seu seguro de vida seja entregue à sua família necessitada.

—O filme *The Last Jedi* (2017) apresenta diversos exemplos de homicídio-suicídio assim como de suicídio altruísta (Friedman, Hall e Appel, 2018). Os exemplos de homicídio-suicídio estão presentes neste e noutros filmes da saga *Star Wars* nas ações dos pilotos dos *X-Wing* e *TIE fighters*. Os exemplos de homicídio-suicídio neste filme também são diversos: a piloto Paige Tico decide detonar explosivos para aniquilar a nave inimiga e eventualmente proteger a sua irmã, com o custo da sua própria vida; o vice-almirante Amilyn Holdo decide evacuar o cruzador, permanecer sozinha a pilotá-lo numa missão suicida para salvar os companheiros. Já o exemplo mais marcante de suicídio altruísta é o de Luke Skywalker, quando é morto para salvar a Resistência. No entanto, coloca-se a questão de que Luke Skywalker poder estar deprimido após vários anos de solidão, e o seu suicídio estar associado a uma doença mental (Friedman, Hall e Appel, 2018).

—O filme-documentário *The Bridge* (2006) mostra as filmagens de 23 dos 24 suicídios que ocorreram na ponte Golden Gate em São Francisco, nos EUA, no ano de 2004. Nas filmagens, são vistas com frequência pessoas a passear e, subitamente, há indivíduos que saltam da ponte. Ao longo do filme-documentário, são entrevistados os familiares das vítimas, sendo apresentados detalhes sobre os últimos dias de vida dos indivíduos, o que permite um melhor entendimento dos fatores de risco para o suicídio, assim como o estigma associado a este. No entanto, este filme levanta diversos problemas éticos nomeadamente incluir as filmagens originais da morte dos indivíduos (Retamero, Walsh e Otero-Perez, 2014).

—O filme *The Virgin Suicides* (1999) representa a revolta de cinco filhas contra um pai excessivamente protetor e autoritário. O mistério da motivação para o suicídio é um componente da narrativa (Pridmore e Walter, 2013) pois as irmãs Lisbon revoltam-se contra os papéis de dever que lhes são incutidos pela família (Saddington, 2010).

—No filme *Dead Poets' Society* (1989) o jovem personagem morre por suicídio após uma violenta discussão com o seu pai autoritário. Este não lhe permitia seguir o sonho de ser ator, tendo idealizado que o filho deveria tornar-se médico. O personagem escolhe a morte a submeter-se à vontade do seu pai (Hyler e Moore, 1996; Pridmore e Walter, 2013).

—No filme *The Lord of the Rings – The Return of the King* o rei Denethor de Gondor ordena aos seus soldados que o emulem pelo fogo numa pira, ao saber da morte do seu filho primogênito e da queda da cidade de Gondor que governa (Romm, Combs e Klein, 2008).

Conclusão

O suicídio é um tema recorrente e transversal a todos os gêneros cinematográficos, sendo utilizado frequentemente como narrativa-chave do filme. A representação e o significado atribuído ao suicídio são influenciados por convenções sociais inseridas na cultura cinematográfica vigente.

Os filmes discutidos não foram criados com objetivos acadêmicos, pelo que as bases científicas para a doença mental representada nem sempre são fidedignas. Devem ser sujeitos a uma análise crítica por parte do espectador, tendo em conta o contexto histórico onde a obra foi produzida e interesses comerciais e recreativos subjacentes.

Uma vez que é impossível controlar e limitar o acesso a conteúdos cinematográficos com potencial deletério aos indivíduos mais suscetíveis, é importante que os autores sejam sensibilizados a criar conteúdos que promovam resiliência e esperança e não representem o suicídio como uma saída inevitável (Sinyor, Stack e Niederkrotenthaler, 2019).

Bibliografia

FRIEDMAN, Susan Hatters; HALL, Ryan C. W.; APPEL, Jacob M. - The Last Jedi Takes His Own Life: Rational Suicide and Homicide-Suicide in Star Wars. *Academic Psychiatry*. . ISSN 15457230. 42:4 (2018) 503–509. doi: 10.1007/s40596-018-0938-y.

GAULD, Christophe *et al.* - Construction and validation of an analytical grid about video representations of suicide (“MoVIES”). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. . ISSN 16604601. 16:2780 (2019) 1–11. doi: 10.3390/ijerph16152780.

GOULD, Madelyn S. - Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*. . ISSN 00778923. 932:1 (2001) 200–224. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05807.x.

GOULD, Madelyn S.; SHAFFER, David; KLEINMAN, Marjorie - The Impact of Suicide in Television Movies: Replication and Commentary. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. . ISSN 1943278X. 18:1 (1988) 90–99. doi: 10.1111/j.1943-278X.1988.tb00144.x.

HYLER, Steven E.; MOORE, Jaime - Teaching Psychiatry? Let Hollywood help! - Suicide in the cinema. *Academic Psychiatry*. 20:4 (1996) 212–219. doi: 10.1007/BF03341883.

JAMIESON, Patrick Edwin; ROMER, Dan - Trends in explicit portrayal of suicidal behavior in popular U.S. movies, 1950-2006. *Archives of Suicide Research*. . ISSN 13811118. 15:3 (2011) 277–289. doi: 10.1080/13811118.2011.589748.

OSTROFF, Robert *et al.* - Adolescent suicides modeled after television movie. *Am J Psychiatry*. 142:8 (1985) 989. doi: 10.1176/ajp.142.8.989b.

PRIDMORE, Saxby; WALTER, Garry - Does art imitate death? Depictions of suicide in fiction. *Australasian Psychiatry*. . ISSN 10398562. 21:1 (2013) 65–72. doi: 10.1177/1039856212460601.

RETAMERO, Carolina; WALSH, Leorah; OTERO-PEREZ, Guillermo - Use of the film *The Bridge* to augment the suicide curriculum in undergraduate medical education. *Academic Psychiatry*. 38:2014) 605–610. doi: 10.1007/s40596-014-0086-y.

ROMM, Sharon; COMBS, Heidi; KLEIN, Matthew B. - Self-immolation: Cause and culture. *Journal of Burn Care and Research*. 29:6 (2008) 988–993. doi: 10.1097/BCR.0b013e31818b9ed4.

SADDINGTON, John - The representation of suicide in the cinema [Em linha]. [S.l.] : University of York, 2010 Disponível em WWW:<URL:<http://etheses.whiterose.ac.uk/14223/>>.

SCALCO, Laércio Maciel *et al.* - Suicide and suicide attempts by the elderly in film: related

factors as shown in feature films. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 19:6 (2016) 906–916. doi: 10.1590/1981-22562016019.160023.

SINYOR, Mark; STACK, Steven; NIEDERKROTENTHALER, Thomas - What the highest rated movie of all time may teach us about portraying suicide in film. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 54:3 (2019) 223–224. doi: 10.1177/0004867419891247.

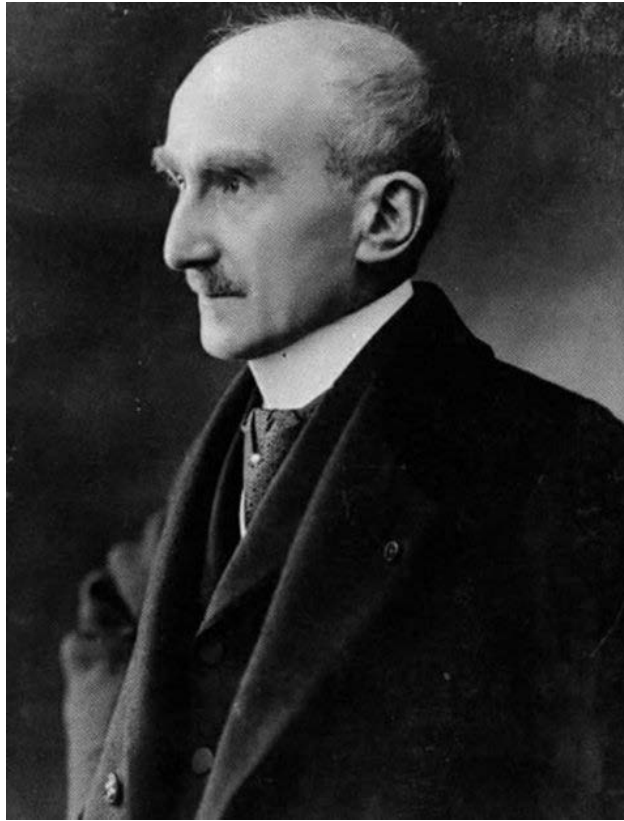
STACK, Steven; BOWMAN, Barbara - Durkheim at the movies: A century of suicide in film. *Crisis*. . ISSN 02275910. 32:2011) 175–177. doi: 10.1027/0227-5910/a000121.

STACK, Steven; BOWMAN, Barbara - Suicide movies: social patterns 1900–2009. 1st. ed. [S.l.] : Hogrefe Publishing, 2014. ISBN 978-0-88937-390-7.

STACK, Steven; BOWMAN, Barbara; LESTER, David - Suicide by cop in film and society: Dangerousness, depression, and justice. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. . ISSN 03630234. 42:4 (2012) 359–376. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00096.x.

SUDAK, Howard S.; SUDAK, Donna M. - The media and suicide. *Academic Psychiatry*. . ISSN 10429670. 29:5 (2005) 495–499. doi: 10.1176/appi.ap.29.5.495.

TILL, Benedikt *et al.* - Associations between film preferences and risk factors for suicide: An online survey. *PLoS ONE*. . ISSN 19326203. 9:7 (2014) 1–8. doi: 10.1371/journal.pone.0102293.



Henri Bergson
(In: https://www.pensador.com/autor/henri_bergson/)

FENOMENOLOGIA DO RISO: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA OBRA DE HENRI BERGSON

Pedro Macedo*; Pedro Mota; Sofia Martins*****

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

*Assistente Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental; **Interno de Formação Específica de Psiquiatria e Saúde Mental; ***Interno de Formação Específica de Psiquiatria e Saúde Mental

Emails: pedromacedo33@gmail.com; 93.pedromota@gmail.com; ***sofianevesmartins444@gmail.com

Resumo

O Riso, apesar de universal e imanentemente humano, desde sempre suscitou curiosidade, bem como dúvida pelo modo como se estrutura. Vários filósofos procuraram teorizar o Riso, destacando-se entre outros a obra de Henri Bergson. Decorrendo de uma série de textos, analisou diversas manifestações do cómico, nomeadamente a partir da sua forma e dos movimentos, da situação, das palavras e finalmente do carácter. Começa por determinar o Riso como uma “anestesia da emoção”, decorrente de um exercício de inteligência. Associa ao objeto do riso características de rigidez, estando subjacente uma ideia de falta de Liberdade. Assim para o autor, o riso represente um gesto social que “flexibiliza tudo o que poderia restar de rigidez mecânica na superfície do corpo social”.

Os autores pretendem a partir das premissas de Bergson, de um modo exploratório, analisando as considerações sobre o riso.

Palavras-chave: riso; cómico; humor; social; psiquiatria

Abstract

Phenomenology of laughter: considerations from the work of Henri Bergson — Laughter, despite being a universal human emotion, has aroused curiosity, and many doubt on how it is structured. Several philosophers have tried to theorize the phenomenon, standing Henri Bergson as one of its most important contributor. Through a series of texts, he analyzed several manifestations of the comic, namely from its form and movements, the situation, the words and finally the character. He begins by determining Laughter as an "anesthesia of emotion", an exercise of intelligence from society. Rigidity provokes laughter, underlying an idea of lack of freedom. Thus, for the author, laughter represents a social gesture that “relaxes everything that could remain of mechanical rigidity on the surface of the social body”.

The authors intend from the premises of Bergson, in an exploratory way, analyzing the considerations about laughter.

Keywords: Laughter, Comic, Humor, Social, Psychiatry

Introdução

O livro de Bergson, “*O Riso*”, foi inicialmente publicado em 1890 a partir de uma compilação de textos, previamente elaborados pelo autor, sobre o tema na *Revue de Paris*. A obra estrutura-se em três capítulos: “do cómico e geral – o cómico das formas e o cómico dos movimentos – força de expansão do cómico”, “o cómico da situação e o cómico das palavras” e “o cómico de carácter”. O objetivo do livro prende-se em analisar o significado do Riso, ou nas palavras do autor, “Que há no fundo do risível?”. Afastando-se de trabalhos anteriores concentrados na sistematização do cómico numa fórmula muito vasta e simples, Bergson debruça-se sobre os processos de fabricação do cómico, concentrando-se em examinar as relações entre o riso e a experiência humana interna.

Este trabalho pretende, de modo exploratório, analisar as ideias presente no livro relativas ao riso e seu significado.

Teorias do Cômico

Apesar da importância do cômico na vida humana, é curioso constatar que os escritos filosóficos subordinados ao tema, sobretudo até ao séc. XX são raros, reduzindo-se a alguns ensaios, ou considerações perdidas entre parágrafos. O livro de Bergson constitui, de facto, a primeira obra sobre o tema, escrita por um filósofo importante. Por outro lado, uma vasta maioria dos escritos encontrados, focam-se numa caracterização depreciativa do riso, associado a uma subjugação dos outros. Platão, um dos maiores críticos, apontava o riso como uma emoção que perturba o autocontrole. O riso era ainda retratado, pelo mesmo autor, como malicioso, um vício e, portanto, moralmente repreensível. Aristóteles, apesar de considerar o humor como necessário à comunicação, replicava o papel nefasto do riso. Este pensamento foi perpetuado pelos primeiros pensadores cristãos, reforçado pela única representação bíblica do riso de Deus se acompanhar de hostilidade. O riso aparece então associado a perda do controlo, pelo que a sua proibição e condenação era transversal à maioria das instituições seculares. O livro de Umberto Eco, *O nome da Rosa*, é representativo desta aversão ao fenómeno.

Thomas Hobbes descrevia o indivíduo como naturalmente competitivo e individualista, mantendo-se alerta a sinais que indicam vitória ou derrota. Face a um sentimento de superioridade, um sentimento benigno surgiria, sendo esse o terreno da emergência do Riso. René Descartes, considerava o riso uma expressão de ridículo e escárnio, descrevendo-o como uma espécie de júbilo, misturado ao ódio. Esta conceção, com origem em Platão e pensadores cristãos, de que o riso emergia de um sentimento de superioridade em relação ao alvo da piada ou situação, constitui umas das primeiras teorias psicológicas do riso denominada de Teoria da Superioridade. Assim, o riso reforçaria um sentimento de hierarquia no grupo

Uma segunda teoria (Teoria de Alívio), defendida por Herbert Spencer e Sigmund Freud, analisava o riso como o libertar de uma válvula de pressão. Assim, este teria um papel psicológico na manutenção da homeostasia, ajudando a libertar emoções de uma forma catártica. A energia nervosa libertada pelo riso, seria a energia de emoções consideradas inapropriadas. Esta teoria foi, retomada por Adorno. Segundo, ele a indústria do entretenimento ao gerar riso, evitaria a reflexão da sociedade sobre as condições provocadoras de mal estar, perpetuando uma manutenção do sistema.

Um Terceira teoria, denominada de Incongruência, refere que a causa do riso consiste na percepção de algo incongruente, que viola os nossos padrões mentais e expectativas. Esta teoria cujas origens ascendem a Aristóteles na sua obra *Retórica* foi defendida por Kant, Schopenhauer, Kierkegaard e muitos outros filósofos e psicólogos, constituindo a teoria dominante do humor na Filosofia e Psicologia. Constitui, também, das primeiras teorias a abordar o papel do absurdo no cômico, nomeadamente pelo contributo de Kant. Segundo este, o absurdo estaria presente em todas as formas de riso, resultando da transformação de uma expectativa em nada. Para Schopenhauer, o riso resultaria de uma incongruência entre a percepção e o pensamento, ou seja, uma quebra entre o que é pensado face ao que é de facto apresentado, constituindo em última instância um vitória da percepção sobre o pensamento.

O Riso

O livro de Bergson, centrado na questão do riso, é frequentemente reduzido a uma simples premissa: rimos quando somos confrontados a elementos que evocam uma mecanização da vida. O livro, apesar de curto, revela-se mais complexo que esse argumento original. Bergson procura apontar os componentes comportamentais e sociais que provocam o riso, respondendo à pergunta “o que é risível”. O autor procura encontrar respostas dentro da sua

própria visão ontológica, abordando ainda de um modo geral a teoria da arte e a inserção do cômico entre a vida como ação e o drama.

O primeiro capítulo do livro concentra-se nos processos de fabricação do cômico e o autor começa por apresentar três conclusões relativas ao fenómeno.

1.O cômico constituiu um fenómeno iminentemente humano “não há cômico fora daquilo que é propriamente humano” (Bergson, 2019, p. 14). O homem surge simultaneamente como sujeito e objeto do riso “um animal que sabe rir... um animal que faz rir” (Bergson, 2019, p. 14).

2.O riso é apresentado como uma atividade puramente racional, distanciada da empatia do outro, resultando de uma indiferença emocional, uma “anestesia momentânea do coração” (Bergson, 2019, p. 15). Na sua opinião, “numa sociedade de inteligências puras provavelmente deixássemos de chorar, mas talvez continuássemos a rir” (Bergson, 2019, p. 15).

3.O riso constitui um fenómeno grupal, “é sempre o riso de um grupo... um eco de atividade social em grupo” (Bergson, 2019, p. 16), decorre de uma comunhão de inteligências com outras inteligências, quando um grupo de indivíduos reunidos exercem a sua atenção para o outro “reduzindo ao silêncio a sua sensibilidade e exercendo apenas a sua inteligência” (Bergson, 2019, p. 17). O riso adquire, portanto, um carácter punitivo quando o grupo exerce a sua atenção sobre o individual.

Partindo destes pressupostos, o autor conclui que o riso “... deve ter (necessariamente) uma significação social... subentende um acordo prévio implícito” (Bergson, 2019, p. 16). O autor pretende, então, determinar sobre que ponto(s) se aplica esta atenção e inteligência do grupo. Para Bergson, a vida exige uma atenção constante, num esforço de adaptação “ao contorno da situação presente”, a partir de normas adquiridas em sociedade. Receia, no entanto, que o indivíduo se entregue meramente a viver de acordo com esses mesmos hábitos, “o que tem a recear agora é que cada um de nós, satisfeito com dar a sua atenção ao que se refere ao essencial da vida, se entregue quanto a tudo o resto ao automatismo fácil dos hábitos contraídos” (Bergson, 2019, p. 23). Ao indivíduo não basta viver, quer viver bem. Nesta busca, Bergson coloca duas forças em equilíbrio constante, tensão e elasticidade. Uma perda da elasticidade com prevalência da tensão surge associada à desadaptação social. Assim, no equilíbrio do corpo e enfermidade, surgiria a doença; entre o espírito e a pobreza psicológica, emergiriam “todas as variedades de loucura” e entre o carácter e inaptações profundas à vida social surgiriam as fontes de miséria e por vezes o crime.

Na secção III e IV (Cap. 1), o autor explora o cômico associado ao corpo humano. Segundo ele, o cômico emerge da rigidez corporal e de ações corporais repetidas. Elementos risíveis assemelhar-se-iam mais a um autómato que a um ser vivo. Toda a atividade rígida cria uma suspeição por parte do grupo, ao aparentar uma atividade que se afasta das regras comuns à volta da qual a sociedade gravita. A rigidez assume-se como “atividade que adormece ... uma atividade que isola, enfim uma excentricidade” (Bergson, 2019, p. 27).

Em relação às forças de expansão do cômico, Bergson refere que a fórmula do cômico, não é rígida nem repetitiva, mas é na realidade um jogo que imita a vida. Algo que parte de uma ideia de mecanização da vida, mas que cresce a partir desta ideia como uns ramos de uma árvore. Todas as ideias subsequentes, apenas são risíveis pelo seu parentesco a uma ideia original de mecanização/distração.

No segundo capítulo o autor aborda o cômico da situação e das palavras. A partir de jogos de criança: o diabo de mola, o fantoche, a bola de neve, às quais atribui um carácter cômico, demonstra “de que modo se desenvolvem em formas mais maduras do cômico” (Bergson, 2019, p. 50). O autor desenvolve a ideia de que o cômico resulta de “qualquer arranjo de atos e acontecimentos que nos dá, inseridas uma na outra, a ilusão da vida e a sensação nítida de a combinação mecânica” (Bergson, 2019, p. 50). O cômico desenvolver-se-ia a partir de “um efeito que cresce aritmeticamente, de modo que a causa, inicialmente insignificante no

desfecho, culmina por uma evolução necessária, num resultado tão importante quanto inesperado” (Bergson, 2019, p. 57).

O autor questiona-se sobre o motivo risível destes arranjos mecânicos. Para ele, “o mecanismo rígido que de vez em quando surpreendemos, como um intruso, na continuidade viva das coisas humanas, tem para nós um interesse particular, porque é como que uma distração da vida” (p60), colocando uma separação entre o cômico e a vida. “A vida surge como uma certa evolução no tempo e como uma certa complicação no espaço” (Bergson, 2019, p. 61), distinguindo-se do mecânico por uma mudança de aspeto contínua, uma irreversibilidade dos fenómenos e uma individualidade perfeita de uma série encerrada em si própria.

O cômico, pelo contrário caracteriza-se por repetição (série de situações que se repetem em diferentes contextos), inversão de papéis como no caso do ladrão roubado e interferência de séries, isto é, pertencer “a duas séries de acontecimentos, absolutamente independentes, podendo interpretar-se alternadamente em dois sentidos completamente diferentes” (Bergson, 2019, p. 65). Assim, os elementos mecânicos, revelam-se cômicos ao introduzir-se na continuidade da vida, surgindo como uma distração da própria vida, “... se os homens estivessem sempre atentos ... nada jamais pareceria ser em nós o resultado de molas ou cordeis” (Bergson, 2019, p. 60). Na segunda secção deste mesmo capítulo, o autor ilumina o modo como esta visão tripartida do cômico, orienta o cômico da linguagem.

No último capítulo, Bergson aborda o cômico do carácter, retomando o seu argumento de que o riso tem um significado social, associado a uma desadaptação social. Assim, o homem e o seu carácter constituem o principal objeto deste capítulo, que se revela o mais complexo de todo o livro. Bergson aborda, para além da determinação do carácter cômico, a relação e significado da arte com a vida humana.

O riso emerge quando um dos elementos demonstra uma distração em relação aos outros membros da comunidade, ignorando a normas da comunidade implicadas no seu funcionamento. O riso tem, portanto, um papel de castigo, mas também de acordar o indivíduo do seu sonho e trazê-lo de volta à sociedade em questão, “exige que cada um dos seus membros esteja atento ao que o rodeia, se molde pelo ambiente circundante, evite por fim fechar-se no seu carácter como uma torre de marfim” (Bergson, 2019, p. 86). A análise de cômico de carácter é, portanto, do ponto de vista do autor a sua tarefa mais importante. Um membro risível não é particularmente faltoso ou fraco numa perspetiva moral, apenas se pauta pela sua rigidez. A distração é aqui equivalente a insociabilidade. “Uma pessoa nunca é ridícula a não ser por uma disposição que se parece com uma distração, por qualquer coisa que vive nela sem se organizar com a sociedade, à maneira de um parasita” (Bergson, 2019, p. 106). O papel do riso, é precisamente, separar esse mesmo parasita.

Bergson aponta algumas características que ajudam a tornar o indivíduo cômico. Segundo ele, o carácter cômico deve ser insociável, e não imoral, o espectador deve ser orientado para gestos da personagem, mais do que para as suas ações e a personagem é marcada por automatismos, não apenas no sentido de identificá-lo como uma máquina, mas no sentido de atentar aos gestos involuntários ou reparos involuntários produzidos pelo ator.

O autor afasta-se, temporariamente, da abordagem do carácter cômico para abordar a relação do cômico com as outras artes. A vida é ação e o drama é a ação exposta artisticamente. A ação da vida tem um sentido utilitário, afastando-se da criatividade. A percepção é seletiva no sentido de guiar adequadamente o comportamento. “viver consiste em agir...viver é aceitar dos objetos apenas a impressão útil e responder-lhe por meio de reações apropriadas: as outras impressões tornar-se-ão obscuras e só confusamente chegarão entre nós” (Bergson, 2019, p. 95). Os artistas têm assim o papel de eliminar o sentido utilitário da vida revelando em última instância a necessidade natural de os indivíduos viverem em sociedade.

A comédia situa-se, para o autor, a meio caminho entre a arte e a vida. O prazer do riso não é apenas estético, desinteressado, tendo subjacente as regras necessárias ao funcionamento

da sociedade, aproximando-se, neste sentido, mais da vida que do drama. “Ao organizar o riso, aceita a vida social com um meio natural: segue até mesmo um dos impulsos da vida social e neste ponto vira as costas à arte, a qual é uma rutura com a sociedade e um regresso à simples natureza” (Bergson, 2019, p. 106). No cómico, ao contrário do drama que se concentra na individualidade, a generalidade reside na própria obra. A comédia retrata características gerais, pretende assim retratar caracteres que são o mais possível disseminados na sociedade. O objetivo do riso será tão mais cumprido quanto mais “a correção valha ao mesmo tempo para o maior número de pessoas” (Bergson, 2019, p. 106).

Para manter esta disposição de carácter cómico, a mesma deve ser profunda, ao mesmo tempo que superficial. A vaidade, que Bergson define como “a admiração por si própria assente na admiração que alguém julga inspirar nos outros” (Bergson, 2019, p. 107), reúne estas condições. É uma qualidade necessária pois “o riso cumpre regularmente a sua função que é chamar a uma plena consciência de si próprios os seres próprios distraídos tendo assim o máximo de sociabilidade possível por parte dos caracteres... o remédio específico da vaidade é o riso e que a vaidade é essencialmente o mais risível dos defeitos” (Bergson, 2019, p. 108). Existe assim uma necessidade de chamar uma distração consigo mesmo para fora, alcançando um maior nível de sociabilidade. Se a vaidade corresponde ao precipitado do riso, formas mais alargadas de vaidade, nomeadamente a vaidade profissional, alcançam o objetivo pretendido.

Numa das partes finais do livro, o autor aborda diretamente o enunciado Théophile Gautier “o cómico extravagante é a lógica do absurdo” (Bergson, 2019, p. 112). Bergson discorda parcialmente deste argumento, uma vez que todo o absurdo não é necessariamente cómico. Para o autor, o absurdo representa uma perda do papel adaptativo do bom senso, que define como um “esforço de um espírito que se adapta e readapta sem parar mudando de ideia quando muda de objeto... é uma mobilidade da inteligência que se ordena exatamente pela mobilidade das coisas” (Bergson, 2019, 113). O senso comum navega, portanto, pelo utilitário, o espaço entre a vida e a arte. Bergson descarta, no entanto, formas de absurdo associadas a patologia mental por provocarem compaixão, afastando, portanto, o riso. Chega assim à conclusão, o absurdo cómico é o absurdo dos sonhos, “o espírito apaixonado não procura no mundo exterior mais do que um pretexto para materializar as suas imaginações” (Bergson, 2019, p. 115). A lógica do cómico é a lógica dos sonhos. O jogo das ideias torna-se risível quando se aproxima do jogo dos sonhos. “observa-se aqui um relaxamento geral das regras do raciocínio, associado a uma diminuição da nossa disposição social utilitária, ou seja, um relaxamento do raciocínio torna-nos risível” (Bergson, 2019, p. 116).

Encarado desta forma, o cómico surge de uma forma um tanto diferente do inicialmente atribuído, afastado do seu sentido corretor e punitivo. O risível não parece meramente como uma identificação do mecânico. Parece uma autocritica da vida feita pela própria humanidade. O sentimento provocado pelo riso não é alegria ou ódio, mas sim de simpatia “existe sobretudo no riso, um momento de descontração” (Bergson, 2019, p. 119), o objeto do riso é considerado um companheiro. Permanecer em contacto com o mundo, numa perspectiva utilitária, socialmente útil, exige um esforço ininterrupto de tensão. O bom senso é precisamente este esforço. Esforço esse que não pode ser mantido ininterruptamente “desprendemo-nos das coisas e, todavia, continuarmos a perceber imagens, romper a lógica e, todavia, continuarmos a juntar ideias, é simplesmente um jogo ou se se preferir preguiça. Assumimos o aspeto de quem joga ou brinca. O nosso primeiro movimento é o de aceitar o convite à preguiça ... Repousa da fadiga de viver” (Bergson, 2019, p. 120).

O autor termina, concluindo que a função principal do riso é castigar corrigir. “Ao rir e por conseguinte ao humilhar os seus elementos, uma sociedade melhora-se não normativamente (pois não parte de um exercício de reflexão) mas criativamente” (Bergson, 2019, p. 111). Rematando, “pareceu-nos que a sociedade à medida que se aperfeiçoava, obtinha dos seus membros uma flexibilidade de adaptação cada vez maior, que tendia no fundo a equilibrar-

se cada vez mais, que cada vez mais repelia para a superfície as perturbações inseparáveis de uma massa tão grande e que o riso desempenhava uma função útil ao sublinhar a forma destas ondulações. (Bergson, 2019, p. 121)

Conclusões

A abordagem de Bergson ao riso, inscreve-se diretamente na sua crítica ao positivismo, apontando as limitações em não considerar a experiência humana interna, uma certa mecanização do conhecimento. O riso é visto com uma força castigadora, “pagar o mal com o mal” (Bergson, 2019, p. 118), que chama o indivíduo distraído e mecanizado, a uma maior consciência de si próprio, extraindo a maior sociabilidade possível. O fenómeno emerge, portanto, como uma força criativa social, a meio caminho entra a vida e arte, artística porque criativa, mantendo o sentido utilitário que guia a vida. O riso é exposto como um perpétua crítica à nossa tendência à egoísmo e auto absorção valorizando o trabalho conjunto das sociedades. À semelhança do Elan Vital que representa uma força de progresso no tempo, também o riso surge como um elemento de progresso social, uma luta contra a instalação de um automatismo.

Bibliografia

- BERGSON, Henri - *O Riso*. Miguel Serras Pereira. Lisboa: Relógio de Água Editores, 2019
- FORD, Russell - Life's Joke: Bergson, Comedy, and the Meaning of Laughter.: *Laughter, Humor, and Comedy in Nineteenth-Century Philosophy*. Chapter 11. 2018, p. 175-193, DOI 10.1007/978-3-319-91331-5_11.
- PARSE Rosemarie. The experience of laughter: a phenomenological study. *Nurs Sci Q*. 6:1 (1993) 39-43. DOI: 10.1177/089431849300600110. PMID: 8455872.
- MORREALL, John, "Philosophy of Humor", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2020 Edition)*, Edward N. Zalta (ed.), [Acedido a 10 de jan. de 2021]. Disponível na Internet: <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/humor/>>.

CRIATIVIDADE E A PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR: UMA ANÁLISE DA EVIDÊNCIA ATUAL À LUZ DE EXEMPLOS DO PASSADO

João Quarenta¹; Tânia Teixeira¹; Sofia Neves Martins¹; Sérgio Ferreira²

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

¹Interno/a de Formação Específica de Psiquiatria

²Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

E-mails: 73781@cchts.min-saude.pt;

tania.c.teixeira@hotmail.com; sofianevesmartins444@gmail.com; sergioferreira@cchts.min-saude.pt

Resumo

There has been speculation about the relationship between creativity and mental illness, an issue that has been discussed since classical times. In the 19th century, Cesare Lombroso emphasized the hypothesis that genius could be a hereditary trait transmitted in families, concomitantly with mental illness. Current evidence supports that bipolar affective disorder (BAD) concentrates, disproportionately, occupational functions related to creativity. Historically, Beethoven's episodes of mania were famous for the writing of several pieces and it is estimated that Churchill wrote over 40 books in hypomaniac phases. Thus, an unsystematic review and illustration with known examples of literature, politics and art attempts to demonstrate the relationship between creativity and exacerbation of BAD.

Palavras-Chave: criatividade; perturbação afetiva bipolar; psiquiatria

Introdução

O conceito inicial de criatividade, ou “génio”, era dominado por influências bíblicas, sobretudo numa perspetiva ocidental, e atribuía um carácter passivo ao agente criativo. Este conceito, mutável, veio mais tarde redefinir-se como um traço individual, ou dom, e que pressupunha um papel voluntário e ativo do seu agente. A ligação entre a doença mental e a criatividade é objeto de interesse desde a antiguidade ainda que, paradoxalmente, o seu estudo estruturado seja relativamente recente. É deste conhecimento, cada vez mais fundamentado, que se tem associado progressivamente a perturbação afetiva bipolar a índices superiores de criatividade.

Os autores deste trabalho pretendem, através da pesquisa bibliográfica e evidência científica relevantes, integrar acontecimentos biográficos de personalidades do passado com a atual evidência sobre a perturbação afetiva bipolar.

“We of the craft are all crazy” – LORD BYRON (1788–1824)

Um dos problemas centrais, e objeto de viés de vários estudos, prende-se com a definição de criatividade e consequentemente quais os seus indicadores mensuráveis. Na antiguidade a criatividade tinha um estatuto mítico, era o resultado de uma intervenção divina, mas a associação com a doença mental já era referida, e quase vista como necessária. A idade média veio mudar esta cognição, e a visão moralista da doença fazia-se acompanhar pela inspiração divina que podia incorrer no pecado do orgulho no caso de uma criatividade excecional. Aliás, a melancolia não era vista como uma doença, mas antes como o pecado da preguiça. O renascimento, veio recuperar o conceito platónico do poeta louco, em que a melancolia era a mera consequência da exploração criativa e, portanto, incompatível com a exploração divina. Nas últimas décadas do séc. XVIII, o romantismo veio trazer as primeiras associações

entre o que era a doença psiquiátrica e a criatividade, em que o sofrimento era considerado uma condição necessária para a sua expressão.

À medida que o racionalismo era questionado, algumas publicações da época exultavam os extremos da loucura e do génio de um modo quase ideológico. Só no séc. XIX, por intermédio de Cesare Lombroso, se estabeleceu uma ligação entre a criatividade e psiquiatria (1), a propósito do que defendia ser uma forma de loucura hereditária (1,5).

O interesse psicométrico surgiu só em 1950, e em 1970 surgiram os primeiros estudos epidemiológicos relevantes, com limitações metodológicas e viés (3) que tornavam a sua validade discutível entre autores. A criatividade é assim um fenómeno complexo, para o qual não existe uma definição universal, mas antes uma miríade de abordagens que ainda hoje geram discussão. De uma maneira que pode ser considerada redutora, a criatividade é o processo pelo qual se produzem ideias que são originais e apropriadas (2,6). O estereótipo comum que associa a criatividade às artes não espelha a abrangência do fenómeno, na medida em que não se limita à criação de algo belo ou apelativo. Esta dimensão abrange igualmente pessoas na área da engenharia, ciências sociais ou biologia, por exemplo, que podem também ser profundamente criativas, como são prova as contribuições científicas inovadoras e reconhecidas pelos pares ao longo dos séculos.

Acredita-se hoje que a capacidade de pensar criativamente é influenciada em várias vertentes diferentes que partem da poligenética, mas são também condicionadas pela motivação e pelos processos de aprendizagem social, estando intrinsecamente ligadas à evolução humana. A associação entre a criatividade e a psicopatologia é um axioma ocidental que, apesar de ser ainda algo controverso, tem vindo a acumular fundamentação, na qual o peso genético já referido não pode ser ignorado. Esta evidência tem sido sugerida ao longo da história quando se estudam famílias de criativos. Estudos biográficos de artistas e escritores proeminentes têm vindo a trazer à luz a possibilidade de perturbações do humor, sobretudo do espectro bipolar. Familiares não sintomáticos de pessoas com PAB (perturbação afetiva bipolar) expressam frequentemente uma capacidade criativa invulgar e são sobejamente representados em funções que exigem essa capacidade (7). Criativos como Sylvia Plath, Piotr Ilitch Tchaikovski, Winston Churchill, Virginia Wolf ou Ernest Hemingway são exemplos desta associação, alguns dos quais descritos em seguida.

1. Robert Schumann (1810 -1856)

Foi um proeminente compositor alemão, mas com uma carreira pouco constante. A psicopatologia de que sofreria já foi alvo de atenção por vários historiadores e no passado já lhe atribuíram doenças como a sífilis, esquizofrenia, doença bipolar ou uma demência. A sífilis, que teria contraído ainda jovem, perdeu algum fundamento devido ao facto de grande parte das flutuações vivenciais trágicas do compositor serem pouco compatíveis com a evolução habitualmente longa da doença, que demoraria décadas a manifestar-se com a sintomatologia cognitiva que se lhe conhece. O estado demencial também não se encaixa nas descrições patentes no asilo mental onde esteve nos últimos dois anos da sua vida e no que se encontra nos seus próprios registos. Defende-se que este diagnóstico foi instigado pela ideologia nazi devido ao estigma associado à doença mental. A esquizofrenia foi colocada como hipótese, contudo, o quadro que se esperaria ser florido e delirante não é suportado pela evidência disponível. O consenso vigente especula que provavelmente ter-se-á tratado de uma PAB tipo II. Estudos que se debruçaram sobre a atividade e débito criativo do autor concluíram que a mesma teve uma relação próxima com fases de exacerbação do humor. Aliás, em 1840 e 1849, períodos cuja descrição favorece um funcionamento hipomaniaco com elevação do humor, o autor publicou mais do que 60 obras originais. Estes momentos contrastam com o profundo estado depressivo que caracterizaram os seus últimos dois anos de vida, em que não publicou uma única obra. Acabou por falecer, por recusa alimentar, em 1856. Existe uma longa história na família do compositor de doença mental: a mãe sofreria

de depressão, tal como a sua irmã, que cometeu suicídio, e um dos seus filhos passou mais do que 30 anos numa instituição asilar(8,9).

2.Winston Churchill (1876-1965)

Sir Winston Leonard Spencer Churchill foi uma destacada figura em várias frentes, desde a política, onde se demarcou sobretudo pelas abordagens sociais inovadoras que implementou, passando pelo Nobel da literatura em 1953 e uma carreira militar atribulada. Grande parte dos registos biográficos existentes são provenientes de documentos seus e do seu médico pessoal, Lord Moran, que escreveu um diário onde teceu várias considerações, algumas das quais polémicas, sobre Churchill. Popularizou a expressão “black dog”, cunhada em 1776 pelo Dr Samuel Johnson, enquanto estado melancólico associado a períodos depressivos. Apesar da referência a estes estados de depressão do humor, não existe evidência de que os mesmos fossem prolongados no tempo e com impacto funcional relevante. Outro lado conhecido era a sua excecional capacidade produtiva, em que necessitava da prescrição de hipnóticos para dormir. Teve um percurso de vida assinalável, foi responsável pela publicação de 43 livros, participou na batalha de Omdurman, foi prisioneiro na guerra dos Boers, planeou atividades táticas militares, esteve politicamente envolvido na crise económica dos anos 20 e foi primeiro ministro durante a Segunda Guerra Mundial (11). Este registo hipertímico, em conjunto com os episódios pontualmente depressivos, sugere uma patologia do espectro bipolar, algo ainda hoje amplamente discutido. Dos pais, tidos como figuras distantes, existem registos que relatam uma provável perturbação do humor, com oscilações importantes pautadas por gastos excessivos e comportamento inadequado (11, 12).

3.Virginia Wolf (1882-1941)

Adeline Virginia Stephen (herdou mais tarde o apelido do seu marido, Leonard Wolf) foi uma eminente escritora e ensaísta britânica, o que contrastou com uma vida pautada desde cedo por eventos traumáticos, com uma forte carga emocional e que atualmente são conhecidos fatores de risco para uma PAB. A sua família directa carregava uma história depressiva pesada, com episódios depressivos documentados do seu pai, Leslie Stephen, um intelectual destacado, da sua irmã, Vanessa Bell, e do seu irmão Adrian. Faleceu por suicídio em 1941, aos 51 anos, mas a sua primeira tentativa foi aos 22 anos, e entre 1910 e 1913 esteve internada várias vezes pelo mesmo motivo. Estas tentativas concentraram-se em períodos de depressão ou elevação do humor em que pouco ou nada produzia em termos literários. Estes momentos de elevação do humor, mais curtos do que os depressivos, eram caracterizados por um comportamento agressivo, com incoerência do discurso e perda de contacto com a realidade. Ainda hoje se debate a possibilidade de ser uma PAB do tipo I ou II, devido à dificuldade em precisar a gravidade dos episódios de elevação do humor. Contudo, eram graves o suficiente para impedirem a sua capacidade criativa, que teve expressão sobretudo entre 1915 e 1941, essencialmente durante o seu período mais prolongado de estabilidade afetiva. (13, 14)

4.Ernest Hemingway (1899-1961)

Ernest Miller Hemingway foi uma das figuras mais notáveis do séc. XX, vencedor de um prémio Pulitzer e Nobel da literatura. Foi considerado um símbolo do estereótipo da masculinidade da época, com uma vida amorosa atribulada, carreira militar, ávido caçador, praticante de boxe e com uma ingestão alcoólica abusiva. A sua família partilhava uma extensa história de perturbação do humor. O seu pai, Clarence Hemingway, sofria de frequentes alterações do estado do humor, com provável diagnóstico de uma PAB e faleceu por suicídio em 1928. A sua mãe, Grace Hemingway, sofria de um estado depressivo persistente. Dois dos filhos de Ernest faleceram também por suicídio, e outro dos seus filhos,

Gregory Hemingway, foi diagnosticado com uma PAB, com múltiplas hospitalizações. A história psiquiátrica dos Hemingway não se esgota aqui, com descrições de netos também vítimas de patologia depressiva. Há várias biografias que se debruçaram sobre a sua impulsividade e as suas oscilações do humor, entre a depressão e os episódios maníacos, cada vez mais frequentes no terço final da sua vida e que coexistiram com vários problemas médicos. Estas elevações do humor eram responsáveis por várias noites sem dormir em que ficava irritável, mas com uma funcionalidade preservada e uma produtividade intensa. Em 1924, por exemplo, rapidamente escreveu 7 contos, e o livro “The Sun Also Rises” terá sido escrito em 6 semanas, em 1926. Os seus últimos anos foram muito semelhantes aos do seu pai, em profundo estado depressivo, e culminaram do mesmo modo, com suicídio por arma de fogo. (15, 16).

Todas estas individualidades partilham traços comuns, no sentido em que foram invulgarmente bem-sucedidas enquanto criativos e têm um contexto biográfico que sugere uma perturbação na esfera da doença bipolar, mas com impactos diferentes em concordância com o nível de gravidade da mesma.

A PAB afeta cerca de 1% da população, sem evidentes diferenças sociodemográficas. Se considerarmos todo o espectro da doença, esta percentagem sobe para os 6%. Crê-se que a relação do percurso de vida destes autores com a PAB não seja aleatória. Vários estudos são concordantes quanto ao peso da hereditariedade da doença, com percentagens que, apesar de não serem uniformes, são inequivocamente elevadas, entre os 60% e os 93% (17,18). Este facto explica a existência de perturbações do humor em vários membros da mesma família, onde muitas vezes existe um agregado invulgar de doença mental, com diferentes níveis de gravidade. Há diversos modelos explicativos da associação da PAB com o processo criativo, com o modelo associativo contemporâneo a defender uma melhoria da fluência e capacidade de simulação nos estados aumentados de vigília. A evidência suporta que os afetos positivos, quando há elevação do humor, estão associados a um aumento do acesso ao conteúdo da memória, com maior rapidez e flexibilidade na sua mobilização, potenciando o que alguns autores apelidam de pensamento divergente. Esta não é uma capacidade exclusivamente causada pelos episódios de elevação do humor, já que os estados depressivos, também característicos da PAB, estão associados a uma capacidade particular de introspeção, pensamento crítico e de perseverança, contudo sem o impacto comparável à elevação do humor(6). A gravidade da PAB também parece desempenhar um papel importante, pois em estados maníacos exuberantes existe uma marcada interferência com a prestação intelectual. Todavia, a oscilação entre extremos do humor parece favorecer a associação de ideias. Estudos epidemiológicos têm corroborado esta premissa, o que é explicado em parte pela hipótese em U invertido que defende que existe um ponto ótimo de performance num estado intermédio de elevação do humor (2).

Em termos neurofisiológicos, o seu mecanismo ainda não é claro, existindo, contudo, um substrato comum na criatividade e na PAB relativamente à desregulação dopaminérgica mesocorticolímbica, apesar de se admitir também um contributo noradrenérgico e serotoninérgico. Esta via, que percorre várias estruturas cerebrais, desde a área tegmental ventral do mesencéfalo até ao córtex pré-frontal, é responsável por modular respostas comportamentais associadas ao circuito de recompensa. O mecanismo neurofisiológico dopaminérgico não se esgota nesta via, envolvendo adicionalmente diversas regiões do córtex frontal, temporal e parietal com influência na ideação criativa (20).

A presença de familiares com doença mental mais ou menos grave em maior prevalência tem vindo a suscitar a curiosidade relativamente à ligação genética entre a PAB e a criatividade, com estudos populacionais a reforçar esta tese. Os estudos pioneiros nesta área, que remontam aos anos 70, mostraram, num grupo de escritores, que 80% tinha alguma perturbação do humor e 30% um diagnóstico de PAB. Atualmente, crê-se que exista uma

prevalência dez vezes superior de PAB na comunidade artística (2,21) e estes achados estendem-se a familiares de primeiro grau. Apesar de se apoiarem sobretudo na comunidade artística, a área científica também tem sido objeto de estudo. Um estudo dinamarquês, que envolveu 11803 investigadores, chegou à conclusão que, apesar da prevalência baixa de doença mental nesta comunidade, apresentavam uma incidência muito superior de ascendentes e descendentes familiares com PAB, depressão e esquizofrenia (22). Esta relação, com robustez científica, não parece ser linear, pois formas menos graves da doença ou familiares diretos saudáveis apresentam melhor desempenho, o que sugere a influência de fatores adicionais, como por exemplo traços de personalidade.

Conclusão

Em geral, a pesquisa que correlaciona a criatividade com as perturbações do humor, nomeadamente a PAB, sugere que pessoas criativas têm um risco superior face à população geral, com evidência crescente de que a criatividade, assim como o risco da doença, têm um componente hereditário. Não obstante, esta relação parece resultar de uma complexa interação entre vários componentes cognitivos, de personalidade e afetivos que refletem uma vulnerabilidade relativamente à PAB. A retrospectiva biográfica sugere que várias personalidades do passado foram influenciadas, direta ou indiretamente, por variações no espectro da doença, com benefício nas formas mais leves, o que é reforçado pela literatura atual mas que ainda carece de mais investigação.

Bibliografia final

1. THYS, E.; SABBE, B.; HERT, M. DE - Creativity and psychiatric Illness: The search for a missing link - An historical context for current research. *Psychopathology*. . ISSN 02544962. 46:3 (2013) 136–144. doi: 10.1159/000339458.
2. MURRAY, Greg; JOHNSON, Sheri L. - The clinical significance of creativity in bipolar disorder. *Clinical Psychology Review*. . ISSN 02727358. 30:6 (2010) 721–732. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.006.
3. ANDREASEN, N. C. - Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*. . ISSN 0002953X. 144:10 (1987) 1288–1292. doi: 10.1176/ajp.144.10.1288.
4. ANGST, Jules; MARNEROS, Andreas - Bipolarity from ancient to modern times: *Journal of Affective Disorders*. ISSN 01650327. 67:1–3 (2001) 3–19. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00429
5. LERNER, Vladimir; WIZTUM, Eliezer - The flight and the downfall of the demon: Creativity and illness in Vrubel's life. *Journal of Medical Biography*. . ISSN 17581087. 11:3 (2003) 170–180. doi: 10.1177/096777200301100313.
6. TAYLOR, Christa L. - Creativity and Mood Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*. . ISSN 17456924. 12:6 (2017) 1040–1076. doi: 10.1177/1745691617699653.
7. KYAGA, Simon et al. - Creativity and mental disorder: Family study of 300 000 people with severe mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. . ISSN 00071250. 199:5 (2011) 373–379. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085316.
8. JAMISON, K. R. - Manic-depressive illness and creativity. *Scientific American*. . ISSN 00368733. 272:2 (1995) 62–67. doi: 10.1038/scientificamerican0295-62.
9. HOLM-HADULLA, Rainer Matthias; KOUTSOUKOU-ARGYRAKI, Asimina - Bipolar Disorder and / or Creative Bipolarity : Robert Schumann ' s Exemplary Psychopathology – Combining Symptomatological and Psychosocial Perspectives with Creativity Research. 2017) 1–10. doi: 10.1159/000479883.

- 10.DANIELS, Anthony M.; VALE, J. Allister - Did Sir Winston Churchill suffer from the 'black dog'? Journal of the Royal Society of Medicine. . ISSN 01410768. 111:11 (2018) 394–406. doi: 10.1177/0141076818808428.
- 11.SIDDIQUI A., Fitzgerald M. - Did Sir Winston Churchill have hyperkinetic or bipolar affective disorder. European Child and Adolescent Psychiatry. 12:2 (2003) 219.
- 12.BOEIRA, Manuela V. et al. - Virginia woolf, neuroprogression, and bipolar disorder. Revista Brasileira de Psiquiatria. . ISSN 15164446. 39:1 (2017) 69–71. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1962.
- 13.FIGUEROA C, Gustavo - [Virginia Woolf as an example of a mental disorder and artistic creativity]. Revista medica de Chile. . ISSN 0034-9887. 133:11 (2005) 1381–8. doi: /S0034-98872005001100015.
- 14.MARTIN, Christopher D. - Ernest Hemingway: A psychological autopsy of a suicide. Psychiatry. ISSN 00332747. 69:4 (2006) 351–361. doi: 10.1521/psyc.2006.69.4.351.
- 15.METTS, John - Ernest Hemingway, A Comprehensive Psychological Case Study: His Life, Works, Illness, and Suicide. (Haemochromatosis & Suicide) By; John T. Metts
- 16.GREENWOOD, Tiffany A. - Positive Traits in the Bipolar Spectrum: The Space between Madness and Genius. Molecular neuropsychiatry. . ISSN 2296-9209 (Print). 2:4 (2017) 198–212. doi: 10.1159/000452416.
- 17.GRANDE, Iria et al. - Bipolar disorder. Lancet (London, England). England. . ISSN 1474-547X (Electronic). 387:10027 (2016) 1561–1572. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
- 18.TAKEUCHI, Hikaru et al. - Regional gray matter volume of dopaminergic system associate with creativity: evidence from voxel-based morphometry. NeuroImage. United States. . ISSN 1095-9572 (Electronic). 51:2 (2010) 578–585. doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.02.078.
- 19.KELLER, Matthew C.; VISSCHER, Peter M. - Genetic variation links creativity to psychiatric disorders. Nature Neuroscience. . ISSN 15461726. 18:7 (2015) 928–929. doi: 10.1038/nn.4047.
- 20.PARNAS, Josef et al. - Schizophrenia and bipolar illness in the relatives of university scientists: An epidemiological report on the creativity-psychopathology relationship. Frontiers in Psychiatry. . ISSN 16640640. 10:APR (2019) 1–6. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00175.

ERIK SATIE – A PSYCHOPATHOLOGICAL APPROACH

Manuel Gonçalves-Pinho^{1,2}; João Pedro Ribeiro³

¹Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences, Faculty of Medicine,
University of Porto, Porto, Portugal

²Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Porto, Portugal

³Department of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal
Profession: Psychiatry medical resident
E-mail:manuelpinho19@gmail.com

Abstract

Éric Satie was a French classical music composer born in May of 1866. He composed several music pieces that did not fit the contemporaneous musical standard once he did not follow the orthodox rules of composition and harmonic expression. His music, as it occurs in most musical composers, was said to somehow translate some of his personality traits and state of mind at the time. He was described as an eccentric with multiple descriptions demonstrating unstable and explosive personality traits of pride, determination, perfectionism and a hatred for convention that would put him near a Cluster A type of personality. Although some authors conclude that Satie could be diagnosed with Asperger Syndrome we believe that his specificities represent more of personality traits than pathological findings.

Keywords: Mental Health; Music; Personality

Introduction

Why Satie?

Said to be both one of the “greatest musicians in the world” or vilified as an untalented *provocateur* (Davis, M.E., 2007) Satie’s music surpassed his own life.

The analysis of Satie’s life is both a challenge both psychopathological interesting due to the rich and varied landmarks that the composer accomplished in his lifetime. Our personal interest in Satie’s life was the doorway for the beginning of this work. We hope the readers find in this chapter not the most complete biography of the composer but a step forward in knowing more about the charismatic personality of Erik Satie. This psychopathological description was conducted using the composer’s music, texts, and also the descriptions provided by Satie’s acquaintances.

Discussion

Name

When analysing Erik Satie’s life, one may start by observing the need the composer had to change his artistic name from Eric to Erik. The need to change one’s name may arise from a multitude of reasons. Satie opted to change his name in his adult life, and the first reference to Erik appears in his first composition in 1884. He wrote articles for several bulletins and, although he prided himself on always publishing his work under his own name, there appears to have been a brief period in the late 1880s when he published under the pseudonym *Virginie Lebeau*. (Encyclopedia, N.W.) This pseudonym is said to be originated from the direct influence of his friend Vital Hocquet (poet and dramaturg) who also published under the pseudonym of *Narvisse Lebeau*. (Pena, E.W.B., 2016)

It is common in the artistic field for authors to use pseudonyms in order to avoid to be personally identified, as a mere artistic displacement or even due to legal reasons. (McCartney,

N., 2017) However, Satie's change was not radical as he replaced the common "c" in his name (Eric) by the letter "k" with similar phonetics. This change points towards a more aesthetical choice rather than an identity shift.

Early life

Éric Alfred Leslie Satie was born in France in the northern city of Honfleur on the 17th of may of 1866. He was the eldest son and his childhood was spent both in Honfleur (a naval village and port) and Paris during the *Belle époque* period.

His mother died when he was 6 years old, followed by one of his sisters. (Satie, E. and Volta, O., 1989) This major life event may have influenced the initial development of Satie's personality as he lost his first maternal figure in an early phase of life. With his mother and sister dead, his father went on a journey through Europe alone and Satie stayed with his grandparents in Honfleur until his grandmother died.

By this time Satie had lost 3 important feminine figures in his life, his mother, sister, and grandmother, a loss that might later explain his struggle in romantic relationships with women.

Regarding his education, he started his musical studies early in life with a local organist and afterwards entered in the Paris Conservatoire in 1879 by the influence of his father's new wife, a pianist and romantic composer (Eugénie Bartnatche).

His course in the Paris Conservatoire did not go as expected as his teacher classified him as "the laziest student of the Conservatoire"

In 1879, Satie entered the Paris Conservatoire, where he was soon labelled untalented by his teachers. After being sent home for two and a half years, he was re-accepted in the Conservatoire at the end of 1885. However, he did not make a much more sympathetic impression on his teachers

Adulthood

Satie spent most of his life in Paris or in its suburbs living alone in rented rooms. Between Montmartre and the cabarets that flooded Paris during the *Belle Époque* the composer earned his livings being a café pianist or playing the harmonium. He became acquainted with the famous composers Claude Debussy and Maurice Ravel

Although Satie describes himself as someone with obsessive traits associated with a very strict daily schedule in his memoirs book, the composer may have written it as an aesthetical description more than of a biographic portrait. More than strict, this description could not be accurate as the composer was well known for his extravagant and eccentric lifestyle.

"L'artiste doit régler sa vie. Voici l'horaire précis de mes actes journaliers :

Mon lever : à 7 h. 18 ; inspiré : de 10 h. 23 à 11 h. 47. Je déjeune à 12 h. 11 et quitte la table à 12 h. 14. Salubre promenade à cheval, dans le fond de mon parc : de 13 h. 19 à 14 h. 53. Autre inspiration : de 15 h. 12 à 16 h. 07. Occupations diverses (escrime, réflexions, immobilité, visites, contemplation, dextérité, natation, etc...) : de 16 h. 21 à 18 h. 47. Le dîner est servi à 19 h. 16 et terminé à 19 h. 20. Viennent des lectures symphoniques, à haute voix : de 20 h. 09 à 21 h. 59. Mon coucher a lieu régulièrement à 22 h. 37. Hebdomadairement, réveil en sursaut à 3 h. 19 (le mardi).

"An artist must regulate his life. Here is a time-table of my daily acts:

I rise at 7.18; am inspired from 10.23 to 11.47. I lunch at 12.11 and leave the table at 12.14. A healthy ride on horse-back round my domain follows from 1.19 pm to 2.53 pm. Another bout of inspiration from 3.12 to 4.17 pm. From 5 to 6.47 pm various occupations (fencing, reflection, immobility, visits, contemplation, dexterity, natation, etc.) Dinner is served at 7.16 and finished at 7.20 pm. From 8.59 to 9.59 pm symphonic

readings (out loud). I go to bed regularly at 10.37 pm. Once a week (on Tuesdays) I awake with a start at 3.19 am.”

His food preferences were also peculiar and he made sure to register it in book *Memoires d'un Amnesique*. These bizarre tendencies were recently studied and associated to autism, with Satie's white meal as a starting point, a recent study explored colour-based food preferences and selective eating, with a special focus on autism spectrum disorder and avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). (Strand, M., 2020)

“ Je ne mange que des aliments blancs : des œufs, du sucre, des os râpés ; de la graisse d'animaux morts ; du veau, du sel, des noix de coco, du poulet cuit dans de l'eau blanche ; des moisissures de fruits, du riz, des navets ; du boudin camphré, des pâtes, du fromage (blanc), de la salade de coton et de certains poissons (sans la peau).

I eat only white foods: eggs, sugar, grated bones, the fat of dead animals; veal, salt, coconut, chicken cooked in white water; fruit mold, rice, turnips; camphorated sausage, dough, cheese (white), cotton salad, and certain fish (skinless).“

Late life

Satie moved to the suburbs of Paris in Arcueil in 1898 to a room where he lived until his last days. No one could enter his chambers and his friends only found out the poor and unhygienic conditions he lived in when he died. Suffering from liver cirrhosis and pleurisy, Satie was unable to live in Arcueil, moving to various hotel rooms, paid for by friends. Comte Etienne de Beaumont paid for his final hospital stay in Hôpital Saint-Joseph (15 February - 1 July). Satie dies on 1 July 1925. (Potter, C., 2016)

Artwork

Satie's pieces are the most valuable sources of information to understand the composer personality. He was one of the precursors of minimalism in music and gave the first steps outside the Romanticism musical landscape in the 19th century. Minimal music developed in 1950/60's and is characterised by repetitive patterns or pulses, steady drones, consonant harmony, and reiteration of musical phrases or smaller units. Just as the minimalists were to do later, Satie started to work with fragments (motifs) of musical material, randomly juxtaposed, repeated and transposed so as to negate the idea of an argument or discussion.

Vexations

Vexations is one of the most notorious piano pieces that Satie composed, both for its intrinsic mystique but also for the bizarre instructions and timing left written on the music sheet, being one of his most studied pieces. (Clarke, E.F., 1982, Dawson, C., 2001, Kopiez, R. [et al.], 2003, Orledge, R., 1998)

There is no established creation date attributed to this piece and based on composer biographic details it is said that it was composed in 1893/1894. Nevertheless, Satie never published this piece in his lifetime and only in 1949, long after his death, John Cage (a pioneer of music indeterminism and leading figure of the post-war *avant garde* (Pritchett, J. [et al.], 2018)) published this piece in a facsimile edition. This same performer was the first to publicly perform and complete one of the most bizarre side instructions a composer has ever written: “*Pour se jouer 840 fois de suite ce motif, il sera bon de se préparer au préalable, et dans le plus grand silence, par des immobilités sérieuses*” - original citation

When interpreting this indication in a literal sense the piece usually requires eighteen to twenty-four hours of continuous play, and is most often performed as a marathon with multiple pianists. (Tyranny, 2008) The interpretation of this indication by the composer gave rise to various analysis. (Dawson, C., 2001) There are two currents of thought, one stating

Satie's instructions were literal and the other defending the opposite. Various papers have been published and numerous musical theorists argue and defend one or the other perspective. And this controversy, that has travelled along Satie's life and death until the XXI century is one of the proofs of his genius.

The constant repetitions lead the performers to an introspective state that may lead to anxiety symptoms or even hallucinations (depending on the performers own personality traits) as some performers have described. Pianist Peter Evans reported he began to experience "frightful hallucinations" and had to cut short the performance at repetition 595 after fifteen hours.(Gilmour, A., 1992, Tyranny, 2008)

Satie's simple melodious lines lead the performer to an exhaustion state that clearly emphasis the primary content of a musical piece, rather than the dramatic/expressive content (as "emotion" leading to changes of articulation and phrasing, or as text, etc.). With each repetition the performer tends to change the rhythm and expressive patterns used(Clarke, E.F., 1982). The composer may have in a jocosely way, conducted the performer to an introspective journey that did not need the piece in itself but the time journey passed between the 1st repetition and the last (if the composer endures the 840th repetitions (!)).

Satie is said to have composed this piece after the end of the only romantic relationship he is known to have had (with the female painter and model Suzanne Valadon). Their bounding only lasted 6 months but affected deeply the composer. He expressed his feeling with his music pieces, and as he registered the beginning of their relationship with the composition of a piece entitled "Bonjour, Biqui, Bonjour" (1893; Biqui was the nickname Satie gave to Valadon) he also registered its terminus with "Vexations" a 840 repetitions of his suffering.(Potter, C., 2016)

Musique d'ameublement (Furniture music)(Satie, E., 1988)

One of the music movements that Satie created was entitled "Musique d'ameublement" or "Furniture music" and it is considered as one of the precursor movements of minimalist music or ambience music.(Bernardini, N., 2008) Satie intended to give a more practical purpose to music, not one where the piece engulfs the attention of the public, but one where the music functions as a complement of the environment.

Musique d'ameublement is one more example of Satie's search for uniqueness and counter current ideas. As it is stated in the descriptive text written in the program:

"We are presenting today for the first time a creation of Messieurs Erik Satie and Darius Milhaud, directed by M. Delgrange, the 'musique d'ameublement' which will be played during the inter-missions. We urge you to take no notice of it and to behave during the intervals as if it did not exist. This music, specially composed for Max Jacob's play claims to make a contribution to life in the same way as a private conversation, a painting in a gallery, or the chair on which you may or may not be seated."

Satie's perspective on the role of his pieces demonstrate the intersubjectivity capacities that the author had. He managed to create music that would reflect a specific division of a house or the interior of an elevator, a spatial compartmentalization trough music. The capacity to make others aware of a place or memory with created sounds clearly demonstrates the relation or intersection between the composer cognitive perspectives and the ones of the public, and may even reflect the composer's own emotional, cognitive and social compartmentalization.

A psychopathological approach

Satie was one of the greatest Parisian composers of the XIX century. As it is clearly demonstrated, greatness in art is not achieved with normative and standard personality traits and one may clearly state that Satie had a few of bizarre characteristics.

The debate between existing personality traits and differences in creativity has accompanied psychology and psychiatry for a long period of time. Most studies find that artists have specific traits associated to higher artistic productivity, like more autonomous, introverted, open to new experiences, norm-doubting, self-confident, self-accepting, activity driven, ambitious, dominant, hostile, and impulsive. In general, artists behave consistently over time in ways that distinguish them from others. Some authors describe a "creative personality" that correlates to creative achievement in art and music. Social interaction and the ability to express one's ideas in a social context play a critical role in the expression of creative behaviour.(Feist, G.J., 1998)

Satie faced the death of his mother, sister, and grandmother during his childhood which surely affected his personality development. His difficulties or uninterest in pursuing a romantic relationship may have arisen from this earlier detachment or even for his entirely monocentric goal and dedication to music.

By the descriptions portrayed by Satie's acquaintances he had a chronic high consume of alcoholic beverages that lead to the cause of his death with liver cirrhosis. Alcohol dependence has been associated to comorbid personality disorders. Impulsiveness-related personality traits (high novelty-seeking and low harm avoidance), impaired empathy and social problem solving skills are associated to alcohol dependence and may lead to worse prognosis (such as the one Satie endeavoured).(Thoma, P. [et al.], 2013, Tomassini, A. [et al.], 2012) His food preferences are widely portrayed as one of the examples of his bizarre behaviours, as he wrote in his memoires:

“Je ne mange que des aliments blancs : des œufs, du sucre, des os râpés ; de la graisse d'animaux morts ; du veau, du sel, des noix de coco, du poulet cuit dans de l'eau blanche ; des moisissures de fruits, du riz, des navets ; du boudin camphré, des pâtes, du fromage (blanc), de la salade de coton et de certains poissons (sans la peau)”

“I eat only white foods: eggs, sugar, grated bones, the fat of dead animals; veal, salt, coconut, chicken cooked in white water; fruit mold, rice, turnips; camphorated sausage, dough, cheese (white), cotton salad, and certain fish (skinless).”

Satie's was also depicted as impulsive, antisocial and eccentric. Guerin stated that *“He even used to use extremely rude expressions...there were times when he could show himself violent and hot-tempered for all his surface gentleness.”*

A recent study defends the possibility that Satie had Asperger's syndrome - a condition grouped in the larger group of autism disorders characterized by impairments in socialisation, communication, and imagination.(Fung, C.H., 2009) The authors of this chapter do not agree with this perspective, although Satie had bizarre and unusual interests this may point towards cluster A personality traits and not Asperger's syndrome.(Parnas12, J. [et al.], 2005) Satie was known for his humorous annotations in his music sheets, and humour has it is well described needs both communicative and imaginative skills (which are impaired in Asperger's syndrome).

Conclusion

Erik Satie's music reflects his own life. The eccentric “velvet man” that wandered across Paris streets was responsible for the origin of some of the most listened music pieces of the XIX century. More than pathologizing the composer, this chapter attempts to give light to some of Satie's life events that may have influenced his personality.

As Durey said (1930; cited in Orledge, 1995):

“We should cherish an affectionate sympathy for Erik Satie, mystic or Bohemian, for what he brought that was new to music: a clear judgement, a horror of hackneyed ways, love of discovery and of risk, the relief of good humour and systematic rejection of all that was heavy and tiresome. It was a stone of small dimensions which was his contribution to the edifice, but one of very pure whiteness and brilliance”

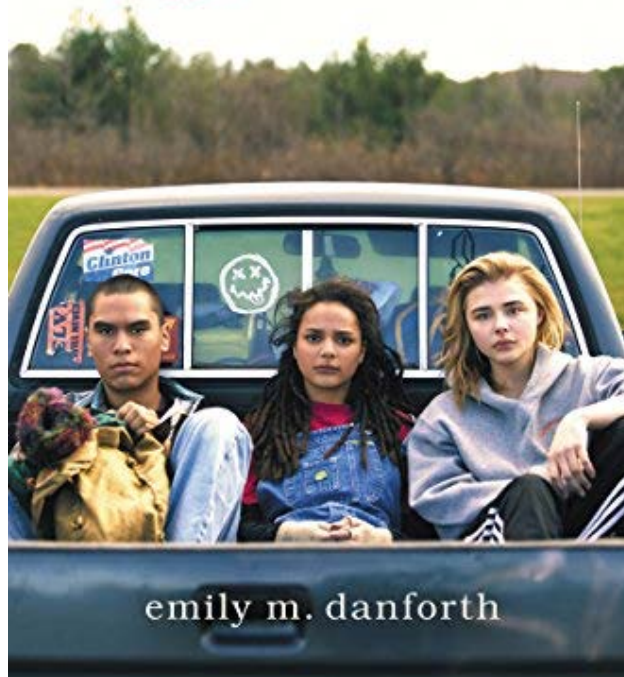
References

- Minimal Music. Disponível em WWW: <https://en.wikipedia.org/wiki/Minimal_music>. ISBN/ISSN:
- Satie and minimalism: Parallels & points of contact. Disponível em WWW: <<http://minimal-media.com/satie/points.htm>>. ISBN/ISSN:
- Bernardini, Nicola - Erik Satie's Musique d'Ameublement, some ninety years later. *Furniture Music*. (2008). ISSN:
- Clarke, Eric F - Timing in the performance of Erik Satie's 'Vexations'. *Acta Psychologica*. Vol. 50. n.º 1 (1982). p. 1-19. ISSN: 0001-6918
- Davis, Mary E - Erik Satie. Reaktion Books, 2007. ISBN: 1861893213
- Dawson, Christopher - Erik Satie's Vexations—An Exercise in Immobility. *Canadian University Music Review/Revue de musique des universités canadiennes*. Vol. 21. n.º 2 (2001). p. 29-40. ISSN: 0710-0353
- Encyclopedia, New World -. Disponível em WWW: <https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Erik_Satie>. ISBN/ISSN:
- Feist, Gregory J - A meta-analysis of personality in scientific and artistic creativity. *Personality and social psychology review*. Vol. 2. n.º 4 (1998). p. 290-309. ISSN: 1088-8683
- Fung, Catherine HM - Asperger's and musical creativity: The case of Erik Satie. *Personality and individual differences*. Vol. 46. n.º 8 (2009). p. 775-783. ISSN: 0191-8869
- Gilmour, Allan - Erik Satie (W.W. Norton). (1992). ISSN:
- Kopiez, Reinhard; Bangert, Marc; Goebel, Werner; Altenmüller, Eckart - Tempo and loudness analysis of a continuous 28-hour performance of Erik Satie's composition "vexations". *Journal of New Music Research*. Vol. 32. n.º 3 (2003). p. 243-258. ISSN: 0929-8215
- McCartney, Nicola - Complicating Authorship: Contemporary artists' names. *Performance Research*. Vol. 22. n.º 5 (2017). p. 62-71. ISSN: 1352-8165
- Orledge, Robert - Understanding Satie's 'Vexations'. *Music & Letters*. Vol. 79. n.º 3 (1998). p. 386-395. ISSN: 0027-4224
- Parnas12, Josef; Licht, Deborah; Bovet, Pierre - Cluster A personality disorders: a review. *Personality disorders*. Vol. 8. (2005). p. 1. ISSN: 0470090367
- Pena, Eder Wilker Borges - A genealogia da personalidade de Erik Satie. *Anais do SIMPOM*. Vol. 4. n.º 4 (2016). ISSN: 2317-398X
- Potter, Caroline - Erik Satie: music, art and literature. Routledge, 2016. ISBN: 1317141792
- Pritchett, James; Kuhn, Laura; Garrett, Charles Hiroshi - Cage, John (Milton, Jr.). *Grove Music Online. Oxford Music Online*. (2018). ISSN:
- Satie, Erik - Musique d'ameublement. Salabert, 1988. ISBN:
- Satie, Erik; Volta, Ornella - Satie seen through his letters. Marion Boyars, 1989. ISBN: 0714528110
- Strand, Mattias - Eggs, sugar, grated bones: colour-based food preferences in autism, eating disorders, and beyond. *Medical Humanities*. (2020). ISSN: 1468-215X
- Thoma, Patrizia; Friedmann, Christine; Suchan, Boris - Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Vol. 37. n.º 3 (2013). p. 448-470. Disponível em WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763413000316>>. ISSN: 0149-7634

Tomassini, Annarita; Struglia, Francesca; Spaziani, Daniela; Pacifico, Roberta; Stratta, Paolo; Rossi, Alessandro - Decision making, impulsivity, and personality traits in alcohol-dependent subjects. *The American Journal on Addictions*. Vol. 21. n.º 3 (2012). p. 263-267. ISSN: 1055-0496
Tyranny - Vexations review. 2008. Disponível em WWW:
<<https://www.allmusic.com/composition/vexations-for-piano-mc0002629444?cmpredirect>>.

NOW A MAJOR MOTION PICTURE

*The Miseducation
of Cameron Post*



HOMOSSEXUALIDADE E TERAPIAS DE CONVERSÃO: SEUS LUGARES NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Catarina Cunha*; Catarina P. Desport*; Joana Ribeiro da Silva**

Hospital de Magalhães Lemos, EPE

*Interna de Formação Específica em Psiquiatria

Assistente Hospitalar de Psiquiatria*

Emails: catarinaisabelcunha@hotmail.com; catarinadesport@gmail.com;
joanaribeirosilva@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Considerando a influência que o cinema pode ter na representação cultural da loucura, não será de negligenciar a estreia, em 2018, de dois filmes que revisitam a homossexualidade como uma condição patológica e que exploram o uso das terapias de conversão (TC). Não obstante a Associação Psiquiátrica Americana ter reconhecido formalmente, em 1973, que a homossexualidade não é uma doença e, na atualidade, imperar o reconhecimento do direito de manifestar determinada opção sexual como uma liberdade natural humana, as TC ainda são praticadas em certas comunidades. De facto, só nos EUA, as TC são legais em 32 estados. Os autores pretendem abordar a evolução conceptual da homossexualidade ao longo da história, o papel da TC ao longo do tempo e a sua posição no mundo atual, refletindo sobre questões, tais como a legitimidade de tratar algo não patológico, quem e com que motivações recorre às TC e qual o seu impacto.

Palavras-chave: homossexualidade; terapia de conversão; orientação sexual; história; género

Abstract

Considering the influence of cinema in the cultural representation of madness, we should not neglect the release in 2018 of two films that revisit homosexuality as a pathology and that explore the use of conversion therapies (CT). Although the American Psychiatric Association formally recognized, in 1973, that homosexuality is not a disease and the right to manifest a certain sexual orientation as a natural human freedom prevails, CT are still practiced in some communities. In fact, in the USA, CT is legal in 32 states. The authors intend to approach the conceptual evolution of homosexuality throughout history, the role of CT over time and its position in the current world, reflecting on issues such as the legitimacy of treating something non-pathological, the individual motivations behind the search for these practices and their impact in the short and long term.

Keywords: homosexuality, conversion therapy, sexual orientation, history, gender

Introdução

“Boy Erased” e “The Miseducation of Cameron Post” são obras cinematográficas estreadas em 2018 que exploram a psiquiatrização da homossexualidade e a prática de terapias de conversão (TC). Apesar da remoção do diagnóstico “homossexualidade” do DSM-II em 1973 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), e de inúmeras evidências da ineficácia e dos riscos associados à tentativa de mudança de orientação sexual, a prática de TC ainda é uma realidade no mundo atual.¹ A disseminação de práticas que recorrem a violência e à discriminação com base na orientação sexual é um motivo de grande preocupação atual e levanta várias questões, nomeadamente: se a homossexualidade já não é considerada uma condição patológica, como é que ainda existem terapias dirigidas à sua “cura”? Que indivíduos são submetidos a este tratamento? Quais são os resultados destas intervenções a curto e a longo prazo?

Homossexualidade na História

O fenómeno homossexualidade já é relatado desde a antiguidade. Algumas sociedades antigas, nomeadamente a sociedade Egípcia, não só toleravam as relações homossexuais, como as reconheciam na sua cultura, literatura e mitologia. Na Grécia Antiga, o indivíduo que assumia um papel dominante na relação sexual era considerado superior, sendo o papel passivo assumido por mulheres, escravos ou homens jovens. Na Idade Média surgiram os primeiros sinais de intolerância à homossexualidade, mais especificamente na segunda metade do século XII e atingindo um pico nos séculos XIII e XIV, contribuindo para tal, a ascensão do poder da igreja e a disseminação dos seus valores e do modelo estereotipado do “ideal cristão”. A orientação sexual normativa seria então a baseada num casal heterossexual e monogâmico, que permitisse a organização social e cuja prática sexual fosse orientada para a procriação. A prática homossexual passou a ser punida e considerada um pecado e/ou crime.² Esta intolerância foi incorporada em compilações teológicas, morais e legais do final da Idade Média e influenciou a sociedade europeia durante séculos.

O termo “homossexualidade” nasce no século XIX, quando a comunidade científica se debruça sobre esta temática, removendo-a do campo da religião e levando-a ao domínio da ciência. Surgiu assim um novo discurso médico-científico e vários modelos teóricos dirigidos ao estudo e classificação das patologias. Destacam-se três teorias etiológicas da homossexualidade: teoria da patologização, teoria da imaturidade e teoria da variação normal.³

Na Teoria da Patologização, a homossexualidade é considerada como uma condição desviante do normativo (orientação heterossexual) e, portanto, classificada como uma patologia.³ Vários médicos defenderam esta tese, nomeadamente Richard von Krafft-Ebing, psiquiatra alemão, que descrevia a homossexualidade como uma condição degenerativa e considerava vários comportamentos sexuais não convencionais como formas de psicopatologia, incluindo a masturbação e comportamentos sexuais não procriativos. Em 1886 publicou o livro que defendia os seus pressupostos, *Psychopathia Sexualis*, e a sua obra influenciou os manuais de diagnóstico psiquiátrico dos meados do século XX.⁴

A Teoria da Imaturidade, teoria de corrente psicanalítica, defende que o ser humano, na infância, pode manifestar tendências bissexuais, e que com o desenvolvimento normal, o indivíduo adquire uma maturidade sexual, manifestada numa orientação heterossexual. Neste caso, a homossexualidade é vista como uma perturbação de desenvolvimento, expressa como uma imaturidade do desenvolvimento psicosssexual. A presença de relações disfuncionais na infância, nomeadamente a existência de um pai ausente ou de uma mãe muito próxima, também são apresentadas como explicações para a orientação homossexual. Esta teoria rejeita a classificação da homossexualidade como doença mental, mas defende o uso de psicanálise em casos de conflito interno.^{3,5}

Sigmund Freud era ambivalente acerca da homossexualidade, defendendo que cada homem precisava de passar por uma fase da homossexualidade como forma de se libertar do complexo de Édipo.⁶ Numa carta a uma mulher americana sobre o seu filho, Freud escreveu, "a homossexualidade não é certamente nenhuma vantagem, mas não é nada de que se envergonhar, não é nenhum vício, nenhuma degradação; não pode ser classificada como uma doença, consideramos que é uma variação da função sexual, produzida por uma certa detenção do desenvolvimento sexual". No entanto, após a sua morte, uma nova geração de psicanalistas passou a defender a homossexualidade como uma condição patológica. Sandor Rado, psicanalista Húngaro, defendia que não existia nem bissexualidade inata nem homossexualidade normal; estes passaram a ser retratados como indivíduos que se entregavam compulsivamente à masturbação mútua, que raramente se envolviam em relações sustentadas, eram narcisistas, passivos, sofriam uma preocupação fálica, e exibiam impulsos orais hostis. A psiquiatria do século XX foi largamente influenciada por estas perspetivas psicanalíticas, pelo que, em 1952, a APA classificou no DSM-I a

"homossexualidade" como uma "perturbação de personalidade sociopática", e em 1968, no DSM-II, foi reclassificada como um "desvio sexual".³

Por fim, a Teoria da variação normal defende que a homossexualidade é uma variação normal da expressão sexual humana. No séc. XX, sexologistas conduziram estudos que envolviam grandes amostras de indivíduos homossexuais não-doentes ao invés de indivíduos em contexto psiquiátrico e concluíram que a doença mental nestas populações não era mais prevalente. O sexologista Alfred Kinsey, considerado o pai da revolução sexual, defendia que a sexualidade não deveria ser reduzida a dicotomias, mas devia ser vista como um *continuum*, que pode mudar ao longo do tempo. O desenvolvimento da Escala de Kinsey foi creditada como uma das primeiras tentativas de reconhecer a diversidade e fluidez do comportamento sexual humano. Outros autores refutavam a premissa de que a homossexualidade era uma doença mental, nomeadamente o psiquiatra Thomas Szasz, que publicou em 1961 o livro *The Myth of Mental Illness*.⁷ A crescente aceitação da Teoria da Variação Normal, e a expansão da comunidade LGBT e de protestos contra a classificação da homossexualidade como uma patologia do foro mental, contribuíram para a sua remoção do DSM II em 1973.³ A homossexualidade desafiou a congruência aceite entre sexo anatómico e atração sexual; daí surgiu um crescente interesse por uma base genética, anatómica ou hormonal que explicasse a identidade homossexual.⁸ No século XX surgiram vários artigos sobre a influência hormonal na homossexualidade, que não demonstraram diferenças hormonais significativas.⁵ A ideia de que os homossexuais masculinos tinham os cromossomas femininos foi também desmentida quando surgiu a citogénica, que provou não existir qualquer ligação entre anomalias cromossómicas sexuais e distúrbios psicosssexuais.⁵

Terapias de Conversão

O termo "Terapia de conversão" é usado como uma referência para descrever intervenções de uma natureza abrangente, todas elas baseadas na crença de que a orientação sexual e a identidade de género de uma pessoa, incluindo a expressão de género, podem e devem ser alteradas ou suprimidas quando não se enquadram no padrão definido como "normativo". Tais práticas visam, portanto, efetuar uma mudança de não-heterossexual para heterossexual e de transgénero para cisgénero.

Apesar da APA e outras organizações internacionais contestarem firmemente estas práticas e alertarem para os seus danos, as TC ainda são amplamente praticadas na atualidade.⁹

Até aos anos 70, eram comuns as terapias comportamentais, nomeadamente as terapias de aversão, que consistiam na administração simultânea de estímulos negativos (como choques elétricos nas mãos e/ou nos genitais, ou drogas indutoras de náuseas) aquando a apresentação de estímulos homoeróticos.¹⁰ Não obstante, relatórios recentes indicam que os choques elétricos têm sido utilizados em tratamentos aversivos em várias partes do mundo.³ Métodos menos violentos incluem o condicionamento masturbatório, a visualização, e o treino de habilidades sociais. Outras práticas implementadas abrangem a terapia hormonal, hipnoterapia, psicanálise, terapia cognitivo-comportamental e terapias em contexto religioso.¹¹

Vários grupos são responsáveis por perpetuarem estas intervenções, desde cuidados de saúde mental privados e públicos, organizações baseadas na religião, curandeiros tradicionais e agentes do Estado; os promotores destas práticas incluem ainda a família, membros da comunidade e autoridades políticas.^{11,12} As crianças e adolescentes constituem o grupo mais vulnerável, não só pela influência e coerção a que estão expostos pela família e outros focos de influência, mas também pela menor capacidade de autodefesa.¹¹ Indivíduos provenientes de meios religiosos e conservadores, que rejeitam o movimento LGBT, encontram-se também em situação de risco, uma vez que têm frequentemente maior dificuldade em se integrarem no seu meio e de serem aceites na sua comunidade. O medo da exclusão social, a incompatibilidade com os valores religiosos e a visão da homossexualidade como um

obstáculo intrínseco à integração, pode motivar os indivíduos a procurarem estas intervenções. É relevante realçar que o motivo da procura das TC surge da internalização do estigma social e não da homossexualidade per se.¹³

Consequências das Terapias de Conversão

Estudos publicados que defendem a eficácia das TC foram criticados pelas graves falhas metodológicas que apresentam, nomeadamente viés de amostra, dificuldade em definir o que constitui uma mudança da orientação sexual, viés de resposta (influenciada pela pressão social e cultural) e falta de estudos de *follow up*.¹³ Assim, em alguns estudos, a erradicação de fantasias e comportamentos homossexuais, eram considerados respostas favoráveis de mudança de orientação sexual. Noutros estudos, era considerada uma resposta eficaz se o indivíduo, mesmo mantendo fantasias homoeróticas, conseguisse gerir as mesmas e funcionar numa relação heterossexual. O celibato era também frequentemente incluído nos critérios de sucesso terapêutico.

Independentemente da eficácia das TC ou falta dela, estas são extensamente criticadas pelos ativistas LGBT, com o argumento de que reforçam o preconceito anti-gay e a crença social de que a homossexualidade é uma característica indesejável que deve ser mudada. Para além disso, têm uma influência negativa no próprio indivíduo homossexual, levando-o a internalizar o preconceito e à auto-negação da orientação sexual. Por outro lado, têm sido reportados vários malefícios destas intervenções, a curto e a longo prazo, bem como denúncias de práticas violentas e eticamente condenáveis.¹

Em março de 2020 foi divulgado um relatório das Nações Unidas que analisa o uso de TC em várias partes do mundo e o seu impacto sobre as vítimas, as implicações dessas práticas nos direitos humanos e a sua ligação com a violência e com a discriminação baseada na orientação sexual e identidade de género.¹¹ Neste relatório foram denunciadas várias práticas violentas e desumanas, nomeadamente o uso de “violações corretivas” em Moçambique, de terapia hormonal em Nova Deli, rituais que envolvem períodos de jejum e oração ininterrupta no Quênia e a aplicação de eletrochoques nas mãos e/ou genitais como forma de condicionamento. Foram descritas práticas de TC em pelo menos 60 países.¹⁴

Um estudo de 2019 referente aos EUA, revelou que a realização destas práticas ainda é amplamente praticada, estimando-se que 698.000 adultos tenham recebido TC de um profissional licenciado ou de um conselheiro religioso em algum momento das suas vidas.¹⁵ Até essa data, apenas 18 estados tinham instituído legislação que as proíbe, permanecendo legal em 32 estados.¹

Um estudo de 2002 reportou o impacto das TC a curto e a longo prazo em 200 pessoas submetidos às mesmas.¹² O período inicial foi descrito como o “período lua-de-mel”, uma fase em que o indivíduo que apresenta uma homossexualidade egodistónica se sente aliviado por partilhar a sua história e esperança na mudança e nos resultados do tratamento. O enquadramento da sua história ajuda o indivíduo a dar sentido à sua identidade e a justificar a sua orientação sexual com teorias fornecidas pelo terapeuta. Após a intervenção, os autores reportaram várias consequências: estados de entorpecimento e dissociação da identidade sexual; refúgio laboral e isolamento social por sentimentos de culpa e menos-valia; ressurgimento da homossexualidade egodistónica com intensificação do próprio estigma; surgimento de comportamentos de risco, nomeadamente sexuais e abuso de substâncias; ideação suicida e comportamentos autolesivos; imagens intrusivas e disfunção sexual como efeito lateral das terapias de aversão.^{12,16}

Outras intervenções descritas e enquadradas em atos violentos, nomeadamente espancamentos, violação, privação alimentar, isolamento, abuso verbal, e eletrochoques, têm repercussões gravíssimas para a pessoa, incluído stress pós-traumático, ideação suicida e sofrimento significativo a nível físico e mental durante anos a décadas.^{11,14}

A Associação Americana de Psiquiatria reforçou a sua posição em 2013, declarando que a orientação sexual não pode nem deve ser mudada, e os esforços para o fazer representam um risco significativo para a pessoa, sujeitando-a a intervenções perigosas que não apresentam qualquer validade científica.⁹ A comunidade LGBT, como a maioria dos grupos minoritários, está mais sujeita a estigma e a discriminação, o que por si só, constitui um fator de risco para patologia psiquiátrica.

Os profissionais de saúde têm um papel imperativo na defesa prioritária da saúde e da liberdade de expressão individual, bem como na defesa da universalidade, igualdade e da inclusão. A beneficência e não-maleficência são valores basilares na prática médica e qualquer tipo de intervenção que não esteja suficientemente validada cientificamente, não deve ser publicitada como eficaz. É fundamental reforçar o conceito da homossexualidade como uma variação normal da expressão sexual humana e combater o estigma, de forma a extinguir a associação “homossexualidade-doença”. É ainda fundamental explorar os motivos que motivem a procura de intervenções de mudança de orientação sexual, sem preconceções, difundindo sempre informação clara e factual, desmistificando expectativas irrealistas e promovendo a integração do *self*. De realçar a importância de não negligenciar a componente religiosa do indivíduo nem encorajar o abandono das suas práticas religiosas, uma vez que a identidade espiritual em muitos indivíduos, tem tanto ou mais valor do que a identidade sexual. Na presença de um conflito entre as duas identidades, cabe ao terapeuta ajudar a integrar as duas vertentes, mantendo e respeitando as escolhas individuais.^{13, 16}

Tendo em conta a considerável difusão das TC pelo mundo e a dificuldade na sua abolição, é fundamental o estabelecimento e implementação de legislação que proíba a sua divulgação e realização em qualquer tipo de *setting*, nomeadamente religioso, educativo, comunitário, comercial, público ou privado. É necessário a criação de mecanismos de apoio a vítimas destas práticas, nomeadamente o direito à reabilitação e a apoio jurídico. É especialmente importante implementar medidas de proteção às crianças e jovens, que são mais vulneráveis a abuso e coerção. Por fim, é necessária a realização de campanhas informativas, de forma a difundir a evidência da ineficácia destas práticas e dos danos associados.¹¹

Conclusão

Apesar do gradual reconhecimento da homossexualidade como uma variação normal da expressão sexual humana e da crescente defesa do direito à autodeterminação quanto à própria orientação sexual, a evolução histórica da homossexualidade foi pautada por progressos e retrocessos e foi extensamente influenciada pela medicina, religião, política, educação e cultura. Atualmente, a discriminação e o estigma dirigidos à comunidade LGBT ainda é uma realidade, e o uso de TC perpetua não só a visão da homossexualidade como uma condição desviante, como consente a prática de intervenções não regulamentadas, ineficazes, violentas, que colocam em risco a integridade física e mental de quem se submete às mesmas. Torna-se assim fundamental o combate ao estigma e a defesa dos direitos da comunidade LGBT, apelando à justiça social, autodeterminação e à liberdade da expressão individual.

Bibliografia

1. Streed CG, Anderson JS, Babits C, Ph D, Ferguson MA, Ph D. Changing Medical Practice , Not Patients — Putting an End to Conversion Therapy. *The New England Journal of Medicine* 2019:500-502.
2. Faro JP. Artigo Original UMA NOTA SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE NA HISTÓRIA *Rev Subjetividades*. 2015;15(1):124-129. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n1/14.pdf>.
3. Drescher J. Out of DSM - Depathologizing Homosexuality. *behavioral sciences*. 2015:565-575. doi:10.3390/bs5040565

4. Krafft-Ebing, R. *Psychopathia Sexualis*; Wedeck. H., Trans.; Putnam: New York, NY, USA, 1965.
5. Ratigan B. Psychiatry and homosexuality. *Br J Psychiatry*. 1999;175:493.
6. Freud S.(1923) Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality, Reprinted (1953-1974) in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (trans. and ed. J. Strachey). MI. 18. pp. 145-172. London: Hogarth
7. Bayer R. *Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1987
8. Class E, Patriarchy C, Geschichte A et al. Gender Identity Disorders 1. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Science* 1996.
9. Scasta D, Bialer P. Position Statement on Issues Related to Homosexuality. *Am Psychiatr Assoc*. 2013;(December):1.
10. Bennett JE, Brickell C, Bennett JE, Brickell C. Surveilling the Mind and Body : Medicalising and De-medicalising Homosexuality in 1970s New Zealand. *Med. Hist.* (2018), vol. 62(2), pp. 199–216doi:10.1017/mdh.2018.4
11. Karashima N. General Assembly. *Trends Sci*. 2002;7(8):44-45. doi:10.5363/tits.7.8_44
12. Shidlo A, Schroeder M, Jasper J, et al. Changing Sexual Orientation : A Consumers ' Report. *Professional Psychology: Research and Practice* 2002, Vol. 33, No. 3, 249–259. doi:10.1037//0735-7028.33.3.249
13. Haldeman DC. Gay Rights , Patient Rights : The Implications of Sexual Orientation Conversion Therapy. 2002;33(3):260-264. doi:10.1037//0735-7028.33.3.260
14. Forensic I, Group E. Statement on conversion therapy. *J Forensic Leg Med*. 2020;72(February):101930. doi:10.1016/j.jflm.2020.101930
15. Equality maps: conversion therapy laws. Boulder, CO: Movement Advancement Project, 2019 (consultado em 15/12/2020) (<http://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion-therapy>).
16. Haldeman DC. Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. *J Gay Lesbian Psychother*. 2002;5(3-4):117-130. doi:10.1300/J236v05n03_08

TEORIA DO PENSAMENTO CONCRETO NA ESQUIZOFRENIA – DE VIGOTSKY A GOLDSTEIN

Carlos Perestrelo da Silva^{1*}; Beatriz Abreu Cruz^{2**}; Teresa Reynolds de Sousa^{1*}; Inês Simões^{1*}; João Miguel Pereira^{1***}

¹ Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

² USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo

*Médico Interno de Psiquiatria

**Médico Interno de Medicina Geral e Familiar

***Médico Especialista de Psiquiatria

Emails: csilva8@campus.ul.pt; beatrizcruz@campus.ul.pt; teresareynoldsdosousa@gmail.com; ines_adn@hotmail.com; miguel12971@gmail.com

Resumo

Durante o século XX foram propostas várias teorias relativamente a alterações formais do pensamento, nomeadamente o pensamento concreto. Vigotsky teorizava que na adolescência existia uma evolução da capacidade para a formação de conceitos abstratos que regredia em doentes esquizofrénicos. Por sua vez, para Goldstein, os conceitos de abstrato e concreto eram dicotómicos. Segundo este, a resposta abstrata tinha duas características principais, ser reflexiva e voluntária, e que estas eram essenciais para realizar uma decisão consciente em relação a atributos particulares de que os objetos são possuidores. No entanto, Cameron criticou a teoria do pensamento concreto de Goldstein, referindo que a natureza dos erros do pensamento nos esquizofrénicos era outra, nomeadamente que estes doentes não tinham a capacidade de generalizar livremente (hiperinclusividade), incluindo nos seus conceitos detalhes que não pertencem a esses conceitos.

Este trabalho pretende ser uma revisão da evolução das teorias de pensamento abstracto ao longo do século XX.

Palavras Chave: Esquizofrenia; Pensamento; Concreto; Abstrato

Abstract

During the 20th century, multiple theories about formal thought disorders were developed, namely regarding concrete thought. Vygotsky theorized that during adolescence there was an evolution of the capacity to form abstract concepts, that regressed in schizophrenic patients. Goldstein, however, considered the concepts of abstract and concrete to be dichotomous. He considered the abstract response to be reflexive and voluntary, essential characteristics to make a conscious decision in relation to particular attributes of objects. Cameron criticized Goldstein's theory of concrete thought, referring that the nature of the disturbance of thought in schizophrenia was different and that schizophrenic patients were not able to generalize freely, adding irrelevant details that do not belong to specific concepts. In this work we intend to review the evolution of abstract thought theories throughout the 20th century.

Introdução

As alterações do pensamento na esquizofrenia são consideradas fundamentais para o diagnóstico da doença. A capacidade de pensar de forma abstrata e de responder ao ambiente em termos de conceitos sempre suscitou fascínio no seio da comunidade psiquiátrica. No entanto, duas pessoas foram fundamentais para o desenvolvimento do conceito de perda de capacidade de pensamento abstrato na esquizofrenia: Lev Vigotsky e Kurt Goldstein.

Neste trabalho pretende-se analisar as teorias do pensamento de Lev Vigotsky e Kurt Goldstein, percebendo o impacto que tiveram na origem e desenvolvimento dos conceitos de pensamento concreto e abstrato.

A Teoria da Regressão para o Pensamento Complexo de Lev Vigotsky

Lev Vigotsky (1896-1934) foi um psicólogo Russo que trabalhou nas áreas da psicologia experimental, educação e da psicopatologia. No desenvolvimento das suas teorias, Vigotsky utiliza dois princípios fundamentais sobre o processo de desenvolvimento da mente: o primeiro é uma abordagem sistêmica e o segundo é sobre o papel da linguagem nesse processo. Para Vigotsky, a abordagem sistêmica consistia na tentativa de investigar os processos mentais numa perspetiva de sistemas funcionais e as suas relações e interações, ao invés de funções psicológicas individuais como era prática à época(1). O segundo princípio consistia na percepção da origem social da mente humana e da influência da linguagem no seu desenvolvimento. Para o psicólogo, a linguagem é uma componente essencial da experiência humana e parte da interação com o ambiente, considerando que o aparecimento da linguagem era um fator importante no desenvolvimento pessoal.

Segundo Vigotsky, as funções psicológicas da mente eram organizadas em sistemas hierárquicos interdependentes e organizados de formas particulares, havendo superiores e subordinados. Vigotsky distinguiu as funções psicológicas em a) *elementares, primitivas e inferiores* (LPF), que os seres humanos compartilham com outros animais (por exemplo, mamíferos), como sejam a memória e a formação de conceitos; e b) *funções psicológicas superiores* (HPF), que são caracterizadas por processos mediados semioticamente e incluem a tomada de decisões, a produção, a fala e linguagem e a transmissão cultural do conhecimento (2).

Assim, sendo um sistema hierárquico, é influenciado como um todo por novos processos que entram ou saem. Vigotsky dá um exemplo de que assim que uma criança domina a linguagem, as suas funções psicológicas tornam-se mediadas semioticamente e, assim, mudam as suas qualidades, tornando-se funções psicológicas superiores. (2)

A teoria das perturbações do pensamento na esquizofrenia surge da visão que Vigotsky tem do desenvolvimento normal do pensamento nas crianças (2). O autor teoriza que o processo de pensamento das crianças se desenvolve pela passagem por vários estágios e que culmina com a capacidade de formar conceitos abstratos, adquirida na adolescência. A pessoa que pensa abstratamente ou conceptualmente consegue destacar elementos ou qualidades da totalidade da experiência concreta em que está envolvida. Vê objetos como pertencendo a um grupo que partilha determinada qualidade abstrata, por exemplo, ver todos os brinquedos como pertencentes a uma classe de objetos que partilham a característica de serem brinquedos. Esquizofrénicos, de acordo com Vigotsky, regredem do pensamento abstrato para o estadio pré-adolescente do pensamento complexo. (3)

Segundo Vigotsky, os pré-adolescentes e doentes esquizofrénicos, estão limitados a pensar em complexos, ou seja, veem objetos como pertencentes a grupos que nomeiam, mas fazem-no não com base em qualidades abstratas partilhadas por todos os objetos, mas com base em qualquer relação que possa haver entre os objetos.

Para avaliar a natureza do pensamento “complexo”, Vigotsky utilizou um teste de agrupamento de objetos: foram dados a crianças e a doentes esquizofrénicos vinte e dois blocos de madeira de diferentes cores, tamanhos e formatos; o objetivo era que agrupassem os blocos em quatro categorias definidas pelo sujeito, de forma a formar novos conceitos. Neste exercício, é necessário o uso de pensamento abstrato para agrupar os objetos.

Vigotsky reportou cinco tipos de complexos pela observação de tentativas de resolução das tarefas pelas crianças e pelos doentes com esquizofrenia:

—O complexo associativo — O sujeito foca-se num bloco e associa outros blocos com base em qualquer relação que os outros blocos têm com o primeiro. Com a adição de cada bloco,

a base da relação pode mudar: um bloco pode ser adicionado porque tem a mesma cor, outro porque tem o mesmo tamanho.

—O complexo que se assemelha a uma coleção – O sujeito agrupa os objetos com base nas características em que diferem.

—O complexo em cadeia – Associa os blocos do primeiro para o segundo, do segundo para o terceiro, etc..

—O complexo difuso – Uma variedade de grupos que o examinador não consegue identificar a lógica; agrupamento errático.

—O complexo pseudoconceito – No desenvolvimento do pensamento de uma criança, o pseudoconceito precede imediatamente o pensamento genuinamente abstrato, sendo muito similares entre si. O pseudoconceito é inferido de qualquer resposta verbal que possa também expressar um conceito abstrato, no entanto, o sujeito usa essa resposta de forma não-conceptual. Por exemplo: uma criança pode falar de “casas” ou “cães”, usando formas de discurso ensinadas pelos adultos, no entanto, não compreende o princípio conceptual.

A Distinção de Abstrato/Concreto - a formulação de Goldstein.

Kurt Goldstein (1878-1965) foi um médico alemão com especialidade em neurologia e psiquiatria que dedicou grande parte da sua carreira ao estudo dos efeitos comportamentais e cognitivos pós-lesão cerebral. Durante o seu trabalho com doentes com lesões cerebrais, observou que uma lesão desse tipo podia levar a várias alterações comportamentais interrelacionadas em vez de apenas a uma alteração discreta e simples. Concluiu ainda que lesões cerebrais levam a reestruturações de toda a personalidade, pelo que procurou um princípio único e unificador para comparar comportamento patológico e normal, tendo concluído que doentes com lesão cerebral perdem a atitude abstrata e consequentemente reverterem para a atitude concreta. Após algumas sugestões de outros investigadores, Goldstein concluiu que este princípio também explica grande parte dos sintomas cognitivos da esquizofrenia.

Goldstein via a atitude abstrata e a atitude concreta como formas dicotómicas de perceber e interagir com o ambiente. Explica que a experiência imediata de um objeto é um evento único. Uma resposta ao objeto como possuidor de qualidades que podem ser abstraídas dele não ocorre imediatamente, mas apenas após reflexão sobre o objeto. Goldstein denominou esta resposta direta e imediata como sendo uma resposta concreta com uma atitude concreta. Por sua vez, uma resposta refletida nos termos das qualidades abstratas do objeto é uma resposta abstrata que utiliza a atitude abstrata.

“Na atitude abstrata não estamos dirigidos para um objeto individual, mas para uma categoria da qual o objeto se representa apenas como um exemplo accidental e representativo dessa categoria. Na atitude concreta, a ação é directamente determinada pelas impressões sensoriais momentâneas. A atitude concreta é mais realista. Estamos direccionados para a coisa concreta na sua singularidade particular.” (4)

Goldstein especifica dois estímulos característicos que frequentemente comandam a atenção na atitude concreta. Um deles é o uso prático de objetos ou da situação em que foram encontrados; o outro é a impressão perceptual, que surge especialmente de “*uma vividez sensorial de uma cor, forma, propriedade de objetos.*” (5)

Como descrito por Goldstein, a resposta abstrata tem duas características primárias diferenciadoras – é reflexiva e voluntária. A resposta concreta, por sua vez, é não reflexiva e é involuntária. Reflexividade e volição estão intimamente conectadas, uma vez que para realizar uma seleção voluntária de características de estímulos é necessário refletir nas suas propriedades aplicadas ao problema proposto.

Para Goldstein, o comportamento abstrato, contrariamente ao concreto, é reflexivo e indica uma decisão consciente de responder a objetos como tendo atributos particulares, ao invés

de estímulos sensoriais indiferenciados. A pessoa com acesso a uma atitude abstrata, deliberadamente, por um ato de “vontade”, seleciona o atributo ao qual irá responder: “*A atitude abstrata (...) implica atividade consciente no sentido do raciocínio, atenção. Transcendemos a situação imediatamente dada, os aspetos específicos ou as sensações percetivas... A atitude abstrata é a base para os modos de comportamento conscientes e volitivos.*” (4)

Em contraste, o doente que está limitado à atitude concreta responde de forma involuntária, como se de um reflexo se tratasse, às qualidades dos estímulos que tomam a sua atenção. Não consegue selecionar os aspetos dos objetos aos quais responde e sujeita-se de forma involuntária e passiva à experiência imediata do estímulo: “*Assim a atitude concreta pode ser uma de rendição indiferente e passiva às impressões.*” (4)

A definição de resposta abstrata é a capacidade de sinalizar uma propriedade comum a um conjunto de estímulos. No entanto, Goldstein, devido à importância central da volição e da consciência no ato de abstração, descartou a definição tradicional e referiu que “*Qualquer tipo de abstração que não envolva a vontade consciente não é uma abstração.*” (6)

Tendo por base uma série de tarefas executadas por diferentes participantes em estudos realizados por Goldstein, este consegue descrever vários tipos de comportamentos que define como concretos, no sentido em que eram uma resposta não reflexiva, involuntária e imediata a um estímulo. Nestes testes existem vários objetos comuns para indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, sendo que os sujeitos devem responder a várias instruções usando os objetos. Veja-se como exemplo de tarefa: escolher um objeto e agrupar a esse outros que lhe façam sentido. De seguida, agrupar todos os objetos de uma primeira forma e depois arranjar novas formas de agrupar esses objetos. Segundo Goldstein, os itens dados podiam ser agrupados de várias formas, como através da classe, da cor, da forma, do material, ou por situações em que são encontrados. Como limitação a este exercício foi descrito o facto de os métodos de cotação e de avaliação das respostas não serem estruturados, dependendo do julgamento do observador. Ainda assim, Goldstein descreve os seguintes comportamentos concretos:

—Ficar preso a um contexto situacional - Neste tipo de comportamento, um doente esquizofrénico frequentemente responde a estímulos em termos da sua relação com uma situação específica, em vez de qualidades que possam ser abstraídas do objeto. Por exemplo, um doente esquizofrénico agrupa um conjunto de brinquedos justificando que todos são encontrados numa loja de brinquedos.

—Incapacidade de se predispor mentalmente a iniciar uma ação - Neste tipo de comportamento, um doente esquizofrénico pode ter dificuldade em iniciar uma tarefa ou a completar essa tarefa após uma interrupção. Por exemplo, um doente que começa por agrupar um conjunto de objetos pela cor, pode ter dificuldades em mudar de tarefa quando lhe é pedido para parar e agrupar os objetos pela forma.

—Mudança inapropriada - Neste tipo de comportamento é inferida a atitude abstrata pelo facto de haver uma mudança de atenção demasiado rápida, o contrário da perseveração. O doente esquizofrénico muda tão rapidamente o critério de agrupamento de objetos que é incapaz de terminar qualquer tarefa.

—Perda do comportamento “Se” - Neste tipo de comportamento, o doente esquizofrénico é apenas capaz de responder a estímulos da forma como os está a experienciar no momento. É incapaz de fantasiar, imaginar ou de colocar uma possibilidade hipotética. Por exemplo, o doente esquizofrénico pode ter dificuldade em imaginar beber água de um copo que esteja vazio. Da mesma forma quando é perguntado a um doente esquizofrénico desempregado como é que se imaginava a trabalhar ele provavelmente responderia que estava desempregado.

—Perda do significado abstrato das palavras - Neste tipo de comportamento, o doente esquizofrénico que está limitado ao uso da atitude concreta apenas consegue usar palavras

para se referir a um objeto específico em vez de se referir a categorias de objetos. Pode por vezes usar a palavra correta, mas sem o seu significado verdadeiro. Por exemplo, o doente esquizofrénico pode usar a palavra animal sem compreender o significado abstrato dessa palavra enquanto grupo de seres vivos, mas apenas referir-se a um animal em específico e concreto, habitualmente presente no mesmo espaço físico; outros exemplos são usar a palavra som em vez de pássaro, ou calor em vez de verão. Relativamente a este comportamento em específico, Goldstein reporta que um doente esquizofrénico pode investir num significado de uma palavra derivado de uma experiência sensorial relacionada com a palavra, concluindo que a capacidade para pensar metaforicamente está limitada nestes doentes.

—Incapacidade de integrar diferentes estímulos – Neste tipo de comportamento, o doente esquizofrénico apresenta incapacidade para se distanciar de um objeto e refletir nos diferentes estímulos e qualidades deste, tornando-se difícil integrar todos os aspetos desse objeto num todo. Por exemplo, um doente esquizofrénico não consegue prestar atenção à forma e à cor de um determinado objeto, integrando as duas características num todo que é o objeto.

—Incapacidade de abstrair das qualidades comuns ou de formar conceitos – Neste tipo de comportamento, o doente esquizofrénico apresenta uma incapacidade de encontrar uma qualidade comum entre objetos que são semelhantes em algumas características, mas diferentes noutras. Por exemplo, um doente esquizofrénico a quem é apresentada uma bola verde, um cartão verde e um martelo verde, não consegue encontrar um denominador comum entre estes três objetos, referindo que um serve para trabalhar, o outro para brincar e um terceiro que era uma folha de papel.

Goldstein compara ainda o tipo de comportamentos concretos em doentes esquizofrénicos com aqueles de doentes com lesões cerebrais, referindo que a perda de atitude abstrata nos doentes esquizofrénicos era um fenómeno mais transitório, ao contrário dos doentes com lesões cerebrais que apresentam uma perda completa desta atitude.

“O nível e tipo de concretude na esquizofrenia não é idêntica aos casos orgânicos. Os casos somáticos exibem uma desintegração em direção ao concreto que é simplificada e vazia. A performance dos esquizofrénicos sofre de deficiências similares, mas (...) as suas ideias pessoais entram e influenciam a sua performance. Isto introduz todo um aspeto diferente, uma vez que o agrupamento de blocos representa uma projeção do seu pensamento e associações personalizadas.” (7)

Conclusão

Através do desenvolvimento das teorias de Vigotsky e Goldstein percebem-se as origens dos conceitos de pensamento concreto e abstrato atualmente usados. Tanto a teoria de Vigotsky como a de Goldstein foram inovadoras, no entanto, ou não foram validadas em estudos posteriores ou não foram submetidas a validação criteriosa. Não obstante, foram fundamentais na estimulação de nova investigação nos anos que se lhes seguiram.

Conclui-se que os conceitos de abstrato e de concreto são fundamentais para compreender as alterações do pensamento e dos comportamentos nos doentes esquizofrénicos.

Bibliografia

- 1 – LURIA, A. R.; VYGOTSKY, L.S. – *Ape, primitive man and child, 1930-1992*. 1930/1992. Great Britain: Harvester Wheatsheaf
- 2 - VASILEVA, O.; BALYASNIKOVA, N. - (Re)Introducing Vygotsky's Thought: From Historical Overview to Contemporary Psychology. *Frontiers in Psychology*. 10 (2019)1515.
- 3 - VYGOTSKY, L. - Thought in schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry*. 31 (1934) 1063-1077.

- 4 - GOLDSTEIN, K.; SCHEERER, M. - Abstract and concrete behaviour: *An experimental study with special tests*. Psychology Monographs. 53 (1941).
- 5 - GOLDSTEIN, K. - The significance of special mental tests for diagnosis and prognosis in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 96 (1939) 575-587
- 6 - BOLLES M.; GOLDSTEIN, K. - A study of impairment of "abstract behaviour" in schizophrenic patients. *Psychiatric Quarterly*. 12 (1938) 42-65.
- 7 – GOLDSTEIN, K. – Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorders. In KASANIN, J.S. – *Language and thought in Schizophrenia*. New York: W.W. Norton, 1964, 17-40

A QUEBRA DE ASSOCIAÇÕES DE E. BLEULER

**Carlos Perestrelo da Silva^{1*}; Beatriz Abreu Cruz^{2**}; Joana de Freitas Sanches^{3**};
Inês Simões^{1*}; João Miguel Pereira^{1***}**

¹ Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

² USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo

³ USF São Julião, ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras

*Médico Interno de Psiquiatria

**Médico Interno de Medicina Geral e Familiar

***Médico Especialista de Psiquiatria

Emails: silva8@campus.ul.pt; beatrizcruz@campus.ul.pt; joana.sanches@arslvt.min-saude.pt;
ines_adn@hotmail.com; miguel12971@gmail.com

Resumo

Eugen Bleuler, psiquiatra Suíço nascido em 1857, desde 1898 foi diretor do Hospital Psiquiátrico de Burghölzli. Foi um dos mais influentes psiquiatras, cujas teorias levaram a um progresso da psiquiatria moderna, em particular a teoria das associações de Bleuler, característica do pensamento esquizofrénico. Bleuler teoriza que dentro dos sintomas fundamentais da esquizofrenia, as perturbações de associações são as principais e que estão sempre presentes em doentes esquizofrénicos, ao contrário de outros sintomas, que considera acessórios, como as alucinações e as ideias delirantes. Para Bleuler há uma quebra do pensamento lógico que leva ao isolamento das várias ideias. Bleuler caracteriza o pensamento normal referindo que deve ter sempre um objetivo final e que, para atingir este fim, é necessário organizar e relacionar várias ideias, excluindo as irrelevantes. Assim, neste trabalho pretende-se analisar as várias características do pensamento esquizofrénico à luz da teoria da quebra de associações na esquizofrenia de Bleuler.

Palavras chave: Bleuler; esquizofrenia; associações; sintomas fundamentais

Abstract

Eugen Bleuler was a Swiss psychiatrist born in 1857. From 1898 he was the director of Burghölzli Psychiatry Hospital. He was one of the most influential psychiatrists, whose theories brought progress to modern psychiatry, namely the association theory of Bleuler, characteristic of the schizophrenic thought. Bleuler theorizes that the disturbances of association are the main fundamental symptoms of schizophrenia and are always present in schizophrenic patients. For instance, other symptoms, like hallucinations, delusional ideas, that he considers accessory, are not always present. Bleuler considers that logical thought is lost, leading to the isolation of the various thoughts. Bleuler characterizes normal thought as always having a final objective and that to reach the end, it is necessary to organize and relate the various ideas, excluding the irrelevant ones. With this work we intend to analyze the characteristics of the schizophrenic thought in light of Bleuler's theory of loosen associations in schizophrenia.

Introdução

Eugen Bleuler (1857-1939) foi um psiquiatra suíço que dedicou grande parte da sua investigação a observar doentes psicóticos, em especial esquizofrénicos. A partir de 1887 ocupou o cargo de Professor de Psiquiatria da Universidade de Zurique, bem como de diretor da Clínica Borgholzli.

Bleuler, durante a sua carreira, utilizou os conceitos de Freud para o estudo da esquizofrenia, embora não fosse totalmente a favor da teoria psicodinâmica, uma vez que não acreditava que esses princípios explicassem a origem daquela doença.

Tal como Kraepelin, acreditava que processos orgânicos ainda não identificados, estariam na origem da Esquizofrenia, mas que processos psicológicos poderiam determinar alguns dos seus sintomas, ou ainda “libertar os sintomas”, mas não produzir a doença em si. No livro *Dementia Praecox ou o Grupo das Esquizofrenias*, publicado em 1911, procurou contribuir para a compreensão da psicopatologia na esquizofrenia.

Funcionamento psíquico normal

Para perceber as alterações decorrentes da esquizofrenia sobre o curso e a forma do pensamento é necessário compreender a definição de pensamento lógico e funcionamento psíquico para Bleuler.

Segundo Bleuler, “o pensamento lógico é a reprodução de associações de forma idêntica ao que ensina a experiência adquirida” (1). O pensamento normal tem de ser guiado por um objetivo. Para tal, é necessário organizar e interrelacionar vários pensamentos simples, excluindo os pensamentos irrelevantes e escolhendo as suas ideias e o curso do pensamento de acordo com o seu objetivo.

Para comunicar, segundo Bleuler, um indivíduo escolhe tópicos que lhe servem um propósito; de seguida, escolhe uma série de frases para desenvolver esses tópicos e em cada uma dessas frases integra várias palavras que interrelaciona. A forma como desenvolve a relação entre tópicos, frases e palavras ocorre através dos laços associativos, isto é, conexões primárias entre ideias que unem tópicos, frases e palavras. (1)

E. Bleuler não define claramente o que são laços associativos, mas a forma como usa o termo implica que não é um evento observável, mas um constructo, que descreve uma sequência de pensamentos lógicos. Para este psiquiatra, os laços associativos são qualquer sequência de ideias mas que só são consideradas “normais” quando obedecem às regras da lógica e das demandas da realidade. Bleuler refere:

“Não apenas as apresentações conceito-objetivo, mas também os nossos conceitos simples e de uso corriqueiro mudam consoante o contexto. Por exemplo, o conceito de água varia grandemente dependendo do contexto, em química, fisiologia, navegação, geografia, cheias, geradoras elétricas, e daí em diante. Cada um destes conceitos está ligado às nossas ideias por um diferente laço associativo; nenhuma pessoa saudável pensa em água gaseificada, quando se depara com cheias que estão a varrer a sua casa, também não pensa em flutuabilidade quando está cheio de sede.” (1)

Teoria de Bleuler da Esquizofrenia

Foi sempre fundamental para a psiquiatria perceber quais as doenças psiquiátricas que nas suas formas agudas são capazes de conduzir a estados terminais incuráveis e quais não o fazem. Todas as formas agudas das “psicoses simples” tanto podem curar-se como tornar-se secundárias. Kraepelin descreveu, nas doenças com prognóstico desfavorável, um conjunto de sintomas que está ausente noutros grupos. Assim reúne as psicoses de prognóstico desfavorável num grupo que denomina *dementia praecox*. Segundo Kraepelin

“Porém, persistiu o facto de que um certo grupo de sintomas indicava a tendência para o embrutecimento, enquanto as doenças agudas nas quais estes sintomas estavam ausentes, e que na sua maior parte podíamos reunir sob a designação de loucura maniaco-depressiva, nunca atingiam a estupidez secundária.”(2)

Tal como Kraepelin, Bleuler refere que a perturbação do pensamento é uma característica definidora da esquizofrenia. No entanto, ao contrário de Kraepelin, discorda do termo *dementia praecox*, uma vez que observou doentes que, apesar do início precoce dos sintomas, recuperavam sem alterações cognitivas evidentes a longo prazo. Bleuler foi um dos primeiros a reconhecer a inconsistência de diagnosticar as doenças mentais por vezes com base em

sintomas, outras vezes com base na sua evolução. Para além disso, também rejeitou o termo *preacox* na medida em que certos doentes tinham um início de doença mais tardio. Outro dos problemas levantados por Bleuler foi a generalização da classificação de esquizofrenia e da heterogeneidade clínica, pondo em causa se de facto muitos dos doentes classificados com *dementia preacox* realmente sofreriam dessa doença. Bleuler refere:

“Conheço as fraquezas da expressão proposta, mas não conheço nenhuma melhor, e encontrar uma expressão adequada para um conceito que ainda se encontra em mutação não me aparece de forma alguma possível. Chamo à demência precoce esquizofrenia porque, conforme espero demonstrar, a cisão das funções psíquicas mais diversas é uma das suas características mais importantes. Por razões de comodidade, emprego esta palavra no singular, apesar deste grupo incluir provavelmente diversas doenças.”(1)

Assim define esquizofrenia da seguinte forma:

“um grupo de psicoses que evolui tanto de forma crónica como por crises súbitas, que pode estacionar ou retroceder em qualquer estágio, mas que não permite, sem dúvida, uma restitutio ad integrum completa. Este grupo caracteriza-se por uma alteração do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo exterior de um tipo específico e que não encontramos em nenhuma outra situação.”(1)

Apesar da heterogeneidade da doença, Bleuler acreditava que todos os doentes tinham algo em comum. Como tal, tentou encontrar um defeito psicológico único que explicasse todos os sintomas da doença, definindo então a quebra de laços associativos como o defeito central que estaria na origem de todos os outros sintomas, secundários, da esquizofrenia.

Bleuler utiliza as visões psicodinâmicas e orgânica numa tentativa unificadora de explicar a doença. Assim, a teoria da doença assenta em sintomas primários que são resultantes do processo mórbido orgânico, que é o único fator *primum movens* e que pode produzir sintomas primários. Para Bleuler, o único sintoma primário até à altura identificável era a perturbação de associações: “*nos estados agudos da esquizofrenia, por exemplo, encontramos muitas vezes uma tal dispersão do curso do pensamento que ele pode chegar a movimentos, mas não a uma atividade, nem à menor ideia acabada. Nesse caso, mesmo conceitos como pai e mãe tornam-se fluídos*”(1). Por sua vez, os sintomas secundários são sintomas psicogénicos, não representando um fator causal de doença, mas sim uma amplificação dos sintomas primários. Segundo Bleuler, seriam consequência da quebra de laços associativos, uma vez que estes provocam, em certa medida, o uso de formas de pensamentos que se afastam da experiência e da lógica. São inexatos e induzem a necessidade de pensar usando fragmentos de ideias, provocando várias alterações na forma e curso do pensamento como deslocamentos, condensações e encadeamentos lógicos inexatos.

Assim, para Bleuler, o sintoma primário fundamental (destituído de conteúdo psíquico) e basilar para toda a teoria consistia num relaxamento primário das associações, uma diminuição das afinidades associativas. Ou seja, a tendência para a rutura de associações seria de ordem primária, enquanto a escolha das associações perturbadas seria secundária e determinada por complexos afetivos.

O autor da teoria utiliza ainda outro tipo de classificação para os sintomas da esquizofrenia, dividindo-os novamente em dois grupos, os sintomas fundamentais e os sintomas acessórios: os primeiros estão presentes em todos os casos de esquizofrenia e ausentes noutras perturbações psiquiátricas, sendo constituídos pela perturbação das associações e da afetividade, pela tendência em colocar a própria fantasia acima da realidade e para se entrincheirar nela (autismo). Por sua vez, os sintomas acessórios são aqueles que podem ou

não estar presentes na esquizofrenia mas que também podem ser encontrados noutras doenças. São exemplo destes as alucinações, delírios, distúrbios do movimento, entre outros. Segundo Bleuler, eram os fenómenos acessórios que “*tornavam impossível o doente esquizofrénico manter-se com a família, tornando a psicose manifesta e obrigando que fosse pedida ajuda psiquiátrica.*” (1)

A Teoria das Associações

Era claro para E. Bleuler que o sintoma central da esquizofrenia era a perturbação de associações. O próprio termo esquizofrenia significa cisão ou fragmentação das funções mentais. Para Bleuler, a perturbação de associações significa a fragmentação das ideias, o que conduz ao isolamento de ideias umas das outras – “As associações perdem a sua coerência. Dos mil fios condutores dos nossos pensamentos, a doença interrompe de forma irregular ora uns tantos, ora muitos, ora a maior parte deles.” (1)

De acordo com Bleuler, a ausência de laços associativos levaria aos sintomas negativos, enquanto o uso de laços associativos de forma incorreta provocaria os sintomas positivos:

“o relaxamento das associações leva a um enfraquecimento das funções lógicas, que explica a tendência natural para a fragmentação do espírito e para o delírio (...) Isto torna o resultado do pensamento insólito e muitas vezes errado do plano lógico.” (1)

A quebra de laços associativos pode ser prolongada ou pode ser súbita e transitória. Bleuler tenta explicar todas as perturbações do pensamento presentes na esquizofrenia com base na quebra de associações como sintoma principal e como causa de todos os outros. Bleuler exemplificou vários destes casos, que passamos a apresentar.

O primeiro caso refere-se a situações em que há perda incompleta de laços associativos, mantendo-se alguns deles intactos. As novas associações que se formam tornam-se estranhas, bizarras ou deslocadas, embora possam ser corretas. Bleuler dá o exemplo de um doente que se refere a *Brutus* como Italiano ao invés de Romano. Segundo Bleuler, o laço associativo correspondente ao posicionamento temporal de *Brutus* está quebrado, assim o doente faz a operação mental com as restantes associações disponíveis.

As quebras de associações podem ainda resultar em que o doente responda a palavras em termos do seu significado mas que não é a interpretação apropriada no contexto em que é usada. Bleuler dá o exemplo de um doente que é incapaz de usar o sentido abstrato de determinados adjetivos, socorrendo-se apenas ao sentido literal da palavra.

Noutras situações, a quebra de laços associativos pode levar à substituição de uma palavra por outra, o que pode resultar em frases com significados semelhantes ou até mesmo em afirmações que podem ser descritas como delirantes. O autor tenta explicar a identificação de um doente com Cristo através da quebra de laços associativos: o doente, ao levantar-se de uma mesa e tendo em conta a imagem de Jesus Cristo à mesa n’*A Última Ceia* de Leonardo da Vinci, refere “*Adens, eu sou Jesus Cristo.*” (1)

Bleuler acredita que a condensação de duas palavras num neologismo também resulta da quebra de laços associativos:

“Além disso as associações adquirem novas vias, das quais conhecemos atualmente as seguintes: duas ideias que se encontram por acaso são reunidas num pensamento, sendo então a forma lógica da sua combinação determinada pelas circunstâncias. As associações por assonância adquirem uma importância invulgar, tal como as associações indiretas. Duas ou mais ideias são condensadas numa só.” (1)

A quebra de laços associativos leva à quebra das ideias e ao seu isolamento umas das outras, de forma a que o doente associe várias noções logicamente incompatíveis. Em casos mais

extremos, os pensamentos tornam-se tão díspares que o discurso do doente colapsa num conjunto de ideias superficialmente e casualmente justapostas:

“A tendência para a estereotipagem faz com que o curso do pensamento se mantenha bloqueado numa ideia, ou que o doente volte incessantemente à mesma ideia. De uma forma geral, existe frequentemente pobreza de ideação que chega ao monoideísmo; é frequente que uma ideia concebida de qualquer forma domine o curso do pensamento na forma de uma fascinação, de uma enunciação ou de uma ecopraxia.” (1)

Por vezes, a quebra de associações pode ser tão extrema que o curso de ideias cessa repentinamente, deixando o doente de ter capacidade de discutir aquele mesmo tópico. Geralmente, quando uma nova ideia surge, não está relacionada com a anterior. Da mesma forma, quando há grande produção de ideias não relacionadas, a uma grande velocidade e sem que o doente as consiga controlar, denomina-se *pressão de discurso*:

“No que se refere ao desenrolar temporal das associações, conhecemos apenas duas perturbações que pertencem especificamente à esquizofrenia, o acumular dos pensamentos, isto é, um fluxo de pensamentos patologicamente aumentado, e o bloqueio, particularmente característico.” (1)

Quando muitos laços associativos são quebrados, os doentes com esquizofrenia têm tendência a relacionar ideias com base em ideias que as pessoas saudáveis não usam; há uma tendência para associações superficiais, aproximativas, tais como as associações por assonância, consonância, pronúncia, confusão conceptual ou simbolismos. A incoerência do pensamento esquizofrénico manifesta-se por uma ausência de representação de finalidade no pensamento. O doente perde o foco atencional, ou fica preso em detalhes irrelevantes. Para ilustrar este caso, Bleuler utiliza o exemplo de uma doente que estaria a descrever um passeio com a família e, ao enumerar os membros da família como “o pai”, “o filho”, adicionou “o Espírito Santo”. A doente originalmente usou as palavras “pai e filho” para descrever membros da família. Quando houve quebra do laço associativo, adicionou uma expressão que é frequente ouvir em continuidade das anteriores.

“Das determinantes da direção das suas ideias, a mais importante, a representação da finalidade, está ausente. A coesão das ideias está, portanto, aqui assegurada por uma espécie de conceito genérico, mas não por uma representação da direção ou da finalidade. Parece haver uma mistura de conceitos de uma dada categoria ligados por meio de formas gramaticais e de algumas representações acessórias. Assim, a direção das associações é marcada não por forças específicas, mas sim por um sem-número de influências díspares.” (1)

Em certos casos de doença, todos os fios condutores do curso do pensamento se rompem e se novas vias não forem adotadas, pode ocorrer o estado de estupor.

Conclusão

Apesar da descrição das alterações do pensamento, bastante detalhada para a época, Bleuler refere que não é conhecedor de todos os fatores determinantes das associações esquizofrénicas, referindo que por vezes o acaso, a aleatoriedade ou fatores ainda por descobrir podem estar na origem da quebra de determinadas associações e não outras.

Por sua vez, a tentativa de explicação das Perturbações do Pensamento da Esquizofrenia com base num único défice orgânico comum também foi inovadora. No entanto, tal não é

conseguido, uma vez que não consegue explicar como todos os sintomas provêm da quebra de associações.

Da mesma forma a Teoria de Bleuler não consegue explicar a variabilidade e heterogeneidade de apresentação da esquizofrenia, sendo essa também uma falha apontada à sua teoria.

Bibliografia

- 1 - BLEULER, Eugen - *Dementia Praecox ou o Grupo das Esquizofrenias*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- 2 – KRAEPELIN, Emil – *A Demência Precoce (1ª Parte)*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- 4 - KRAEPELIN, Emil – *A Demência Precoce e Parafrenias (2ª Parte)*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005
- 3 - JUNG, Carl Gustav - *Studies in Word Association*. New York: Moffat, 1919

TERAPIA CON INSULINA EN PSIQUIATRIA: HISTORIA Y “STORIES”.

Sandra Rodríguez Ramos; David Simón Lorda*; Raquel Fraga Martínez**;
María Belén Zapata Quintela**; Nathanael Domínguez Osorio****

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. España

*Adjunto Psiquiatra; **MIR Psiquiatría

Email: Sandra.rodriguez.ramos@sergas.es

Abstract

During the first decades of the twentieth century, new therapies were incorporated in the Psychiatry field. These innovations slightly changed the therapeutic paradigm and, among the new therapies, standing out were the insulin shock and the Sakel cure, which was used for the first time for schizophrenia treatment in 1933 by Dr. Manfred Sakel. Due to its repercussion, an international conference on insulin treatments in psychiatry was held in New York in 1958, where its use and effectiveness were reviewed. In the 1960s it stopped being used. We will review its use in psychiatric therapy in centers in the region of Galicia (Spain) in this period.

Resumen

Durante las primeras décadas del siglo XX se incorporaron nuevas terapias en el ámbito de la Psiquiatría, que marcaron un cambio en el paradigma terapéutico, entre las que destaca el choque insulínico o cura de Sakel, que fue utilizada por primera vez en 1933 por el Dr. Manfred Sakel para el tratamiento de la esquizofrenia. Tal fue su repercusión que en 1958 se celebró en New York una conferencia internacional sobre los tratamientos con insulina en psiquiatría, en donde se repasaron su uso y efectividad. Deja de usarse en los años sesenta. Revisaremos su uso la terapéutica psiquiátrica en centros de la región de Galicia (España) en este período.

Palabras clave: Insulina. Terapia. Choque. Sakel. Insulinoterapia.

1.Introducción

Las primeras décadas del siglo XX fueron testigos de una gran revolución en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales, momento en que se introducen nuevos tratamientos psiquiátricos en la asistencia del enfermo mental.

Surgen las terapias biológicas, basadas en teoremas como la incompatibilidad entre convulsiones y psicosis o el vínculo entre la fiebre y la enfermedad mental.

Dentro de estas nuevas terapias destaca la categoría de las terapias convulsivas o de choque, en las que se incluyen el shock cardiazólico, con aceite de alcanfor, el electrochoque y el choque insulínico o cura de Sakel, las cuales versaban sobre el supuesto antagonismo biológico entre la epilepsia y la psicosis. Mediante su uso se buscaba obtener una mejoría clínica en pacientes con esquizofrenia provocándoles cuadros convulsivos.

2.La cura de Sakel

La cura de Sakel, incluida dentro de la categoría de las terapias de choque, fue considerada como uno de los tratamientos de elección para tratar a enfermos que padecían esquizofrenia tras su descubrimiento en el año 1933 por el psiquiatra Manfred Sakel. Tras su invención, el choque insulínico fue ampliamente utilizado durante las décadas de 1940 y 1950 en los hospitales psiquiátricos de todo el mundo y, como muestra el material de archivo recabado en la presente revisión, también en España y en la comunidad autónoma de Galicia.

Finalmente esta revolucionaria técnica caerá en desuso apenas unos años más tarde, debido a la introducción en la práctica de la psiquiatría de los fármacos antipsicóticos.

2.1.Los inicios de la terapia de Sakel

Esta nueva técnica fue desarrollada por el psiquiatra austriaco Manfred Joshua Sakel, nacido en el año 1900 en el pueblo de Nadvornaya, en una región de Polonia que con los años pasaría a pertenecer al país austriaco. Sakel obtiene su título en medicina en la universidad de Viena y su muerte se produce repentinamente en 1957, a causa de un infarto agudo de miocardio.

Los inicios de la insulino terapia se remontan al año 1927, y tienen lugar en el Hospital de enfermos mentales de Lichterfelde, en Berlín, la capital alemana, cuando Sakel provoca, al parecer debido a un error, un coma superficial en una paciente mujer adicta a la morfina, mediante la administración de una inyección de insulina. Tras este incidente y una vez revertido el coma, los facultativos allí presentes constataron como la paciente había obtenido una notable recuperación de sus facultades mentales.

Ocurrido este suceso, en torno al año 1930, el psiquiatra es consciente de las posibilidades que entraña este procedimiento, por lo que decide trasladarse a la clínica de neuropsiquiatría de la Universidad de Viena para seguir perfeccionando lo que, años más tarde, se convertiría en la "Técnica de Sakel".

En fecha de 3 de noviembre de 1933, en una reunión de la Sociedad Médica de Viena, Sakel anuncia su descubrimiento ante la comunidad científica de la época. La comunicación oficial de su técnica fue recibida con gran entusiasmo por el resto de profesionales ya que, hasta entonces, no se disponía de ningún tratamiento biológico para tratar la esquizofrenia.

Tras la presentación científica de la insulino terapia, Sakel lleva a cabo cerca de 13 ensayos clínicos diferentes entre los años 1934 y 1935, procurando mejorar la técnica y buscando nuevas indicaciones, según sus hallazgos, más del 70% de sus pacientes obtuvieron una mejoría clínica después de la administración de la terapia de choque con insulina.

2.2.Procedimiento

La cura de Sakel consistía en la inducción de un coma hipoglucémico por medio de la administración de dosis altas de insulina. Para ello en un principio se utilizó la vía subcutánea y posteriormente se perfeccionó la técnica recurriendo al uso de la vía intravenosa, que hacía el procedimiento más controlado y seguro.

Durante las primeras sesiones, el tratamiento se iniciaba con una dosis pequeña de insulina, entre 8 y 30 unidades, la cual iba incrementándose en cada sesión pudiendo llegar hasta alcanzar incluso las 500 unidades, para lograr establecer un estado de coma completo de manera prolongada.

Este coma se mantenía entre 15 minutos y una hora para, posteriormente, ser revertido con soluciones altamente azucaradas, en este caso té o leche azucarados, los que se suministraban al paciente mediante una sonda nasogástrica o bien por vía intravenosa.

Una vez que los pacientes recuperaban la conciencia, los síntomas de la enfermedad revertían de forma temporal en lo que los psiquiatras llamaban "periodo de lucidez", el cual, con la consecución de sesiones, sería cada vez más prolongado en el tiempo, hasta una total desaparición de los síntomas.

Generalmente se realizaban varias sesiones semanales en el transcurso de varios meses, alcanzándose en torno a 50 sesiones en total por paciente.

Según diferentes estudios clínicos de la época, entre las complicaciones más graves de la técnica destacaban el daño cerebral (que en algunos casos podía llegar a ser permanente), la encefalopatía, las complicaciones cardiovasculares, e incluso en un 1-10% de los casos, provocar la muerte del paciente.

Con el paso de los años, sobre esta técnica inicial el propio Sakel desarrolló distintas variantes de la terapia insulínica. En un intento de adaptarlas a los diferentes subtipos de esquizofrenia, Sakel provocaba un coma más prolongado para tratar específicamente las formas crónicas de la esquizofrenia. También, tratando de minimizar los riesgos derivados del procedimiento, el psiquiatra utilizaba el subcoma insulínico, provocando hipoglucemias manifiestas pero sin llegar al coma. Este procedimiento, además de menos invasivo, permitía que el tratamiento pudiera administrarse de manera ambulatoria, pudiendo regresar el paciente a su domicilio al finalizar cada sesión, sin necesidad de proceder a un ingreso en una institución psiquiátrica.

2.3.Repercusión internacional de la técnica

Tras su descubrimiento en el año 1933, el choque insulínico fue considerado uno de los tratamientos de elección para la esquizofrenia y fue ampliamente utilizado durante las décadas de 1940 y 1950 en los hospitales psiquiátricos de todo el mundo.

La repercusión de la cura de Sakel fue tan grande que en 1936, apenas tres años tras el anuncio de su descubrimiento, ya hay constancia de como su uso se extendió por todo el planeta, aplicándose en al menos 22 países. También se crearon rápidamente unidades especiales para aplicar la cura insulínica en más de un centenar de hospitales americanos. Esta pronta distribución de la técnica nos confirma la importante demanda que generó y la gran necesidad que existía de alcanzar una cura para estos enfermos.

Según un estudio retrospectivo realizado en los Estados Unidos, que abarca el periodo entre los años 1935 y 1941, en estos años se utilizaban en el país tres técnicas principales para tratar la esquizofrenia: la terapia con insulina, el shock con cardiazol y la terapia electroconvulsiva. Durante este periodo de tiempo, al menos una de las tres terapias se había administrado a un total de 75.000 pacientes en los 305 hospitales psiquiátricos revisados.

Esta técnica resultó tan innovadora que llegó a copar artículos no solo en numerosas publicaciones científicas, sino también en revistas de impacto internacional y divulgación general, como la revista americana Time Magazine, con una reseña incluida en el volumen de Enero de 1937.

Tal fue su repercusión que en 1958 se celebró en New York una conferencia internacional sobre los tratamientos con insulina en psiquiatría, en donde se repasaron su uso y efectividad.

2.4.Repercusión en España y en la Comunidad Autónoma de Galicia

En España, uno de los primeros registros del uso de este procedimiento data del mes junio de 1936, en el Sanatorio Frenopático de San Baudilio de Llobregat, en Cataluña. Apenas ocho años más tarde, en el año 1942, esta técnica va a ocupar un lugar preferente en el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, realizado en la ciudad de Barcelona. Famosos psiquiatras españoles del momento, como Juan Antonio Vallejo Nágera y Ramón Sarró van a aplicar dicha terapia a los enfermos en sus hospitales y también incluirán los beneficios de la misma en sus manuscritos.

No obstante, no existen muchos trabajos publicados relativos a la práctica de esta terapéutica en España, una de las pocas revisiones estadísticas que hemos hallado versa sobre el uso de la insulino terapia en Leganés, municipio perteneciente a la provincia de Madrid, durante las décadas de los 40 y 50. En dicho estudio se revisaron los historiales de los 615 pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés entre junio de 1939 y diciembre de 1952. De estos pacientes, el 28%, es decir 173, recibió algún tipo de tratamiento de choque o farmacológico y un 15% de estos pacientes fueron tratados mediante la técnica de Sakel, que era utilizada en monoterapia o combinada mayoritariamente junto al electroshock (9%) y se administraba de forma indistinta en hombres y mujeres.

En Galicia, nuestra comunidad, hemos realizado una investigación y búsqueda de documentación (registros clínicos, material gráfico y publicitario) que demuestra como la

Terapia de Sakel fue utilizada tanto en hospitales psiquiátricos y manicomios públicos como en los sanatorios privados de las cuatro provincias gallegas.

En cuanto a los hospitales psiquiátricos públicos, encontramos constancia de la aplicación de dicha terapia tanto en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (abierto en 1959, dependía del Patronato Nacional Asistencia Psiquiátrica-Dirección General de Sanidad), en la provincia de Ourense, como en el Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela (un manicomio propiedad de la Iglesia de Compostela, y que concertaba plazas con las Diputaciones provinciales). En el primero, el Hospital de Toén (Ourense), se examinaron los registros de los historiales de los 100 primeros pacientes ingresados, de los cuales el 5% recibieron tratamiento con la Cura de Sakel, frecuentemente combinada con otras terapias, siendo mayoritaria su administración junto con los nuevos psicofármacos. Señalemos el año de apertura, 1959, en un año que marca el inicio del declive del uso de la cura de Sakel a nivel mundial.

Para el estudio del Manicomio de Conxo, en la capital de Galicia, se ha realizado una revisión no exhaustiva de los historiales de los pacientes ingresados entre los años 1953 y 1959, donde queda constancia del amplio uso de esta terapia en el hospital gallego, ya que de los 139 historiales revisados, 96 de ellos, es decir un 69% de los pacientes, recibieron terapia con insulina, la cual también se administraba de manera conjunta con terapia electro convulsiva y/o fármacos antipsicóticos (los que comenzaban a introducirse en la práctica clínica). Apenas unos años más tarde su administración decae de forma progresiva hasta dar paso a la monoterapia con antipsicóticos, según los informes recabados, en el centro se utilizaban fundamentalmente la clorpromazina, pero también el haloperidol y la reserpina, entre otros. Para realizar un seguimiento del uso de la insulino terapia en los centros privados se revisaron los anuncios y noticias de prensa de la época entre los años 1933 y 1959 y también se recurrió a los conocimientos de respetados psiquiatras que ya desarrollaban su desempeño profesional en aquellos años. Gracias a este trabajo hemos podido tener constancia de su aplicación en varios hospitales entre los que se incluyen:

- El sanatorio psiquiátrico de perpetuo socorro, en la ciudad de ourense, dirigido por los doctores nicandro perez y de manuel cabaleiro goás, y en donde la técnica de sakel se aplicó desde el año 1943 hasta al menos 1961.

- El sanatorio "villa blanca", del doctor roel gerbolés en a coruña. Existen anuncios de prensa de los años 1950 y 1953 en los que se promociona la cura insulínica entre varias terapias de choque y también la psicocirugía.

- El sanatorio lois asorey, en santiago de compostela. Anuncio de prensa de 1952. En este hospital además existían dos salas de insulino terapia. (*la noche: único diario de la tarde en galicia*, 03/07/1952).

- También se administró la terapia en el sanatorio san josé, en vigo, el cual fue dirigido por el doctor josé perez lópez villamil, médico psiquiatra y catedrático de medicina legal de la universidad de santiago de compostela (información aportada en octubre de este año por el doctor moncho villamarín, psiquiatra de vigo, el que trabajó en dicho centro y conoció personalmente al dr. López villamil)

La actividad clínica y las publicaciones científicas del ilustre psiquiatra gallego, Manuel Cabaleiro Goás (1918-1977) también suponen una notable fuente de conocimiento con respecto al uso de esta cura en Galicia. El Sanatorio del Perpetuo Socorro fue regentado por el doctor Cabaleiro y su socio el doctor Nicandro Pérez Vázquez desde su inauguración en 1943 hasta su clausura en los años 80. Durante este periodo, ambos psiquiatras utilizaron todas las técnicas terapéuticas del momento, entre las que se encontraban la insulino terapia, la terapia electroconvulsiva y la electronarcosis, y también sus combinaciones, como la sumación alternante coramina-electro choques o la sumación alternante insulina-electro narcosis.

En uno de sus libros más precoces, “Psicosis Esquizofrénicas” del año 1947, cuyo prólogo vendrá de la mano del Dr. Villamil, Cabaleiro aborda en un capítulo completo acerca de los medios curativos de la época para las psicosis esquizofrénicas. En dicho capítulo el autor hace una distinción entre dos periodos a los que bautiza como la era pre-insulínica y la post-insulínica, presentando referencias de los diversos tratamientos y clasificándolos según diversos autores.

El mismo Cabaleiro publicará también, en la revista Galicia Clínica, en su volumen de diciembre del año 1954, un artículo en el que aborda el caso de un paciente varón de 10 años de edad que padecía de esquizofrenia infantil paranoide y al que le fue aplicado un tratamiento alternante insulina-electrochoque con éxito.

Conclusiones

La Cura de Sakel supuso el inicio de una nueva etapa en la psiquiatría, su descubrimiento fue recibido con gran entusiasmo por los psiquiatras de la época al tratarse del primer tratamiento biológico para la esquizofrenia. Su pronta distribución por todo el globo nos confirma la importante demanda que generó y la gran necesidad que existía de alcanzar una cura para estos enfermos. En concreto en España, su uso comenzó en 1936, apenas tres años después de que su autor, Manfred Sakel, diese a conocer la técnica a la comunidad científica de Viena. En Galicia, durante las décadas de los 40 y 50, la Técnica de Sakel fue aplicada tanto en hospitales públicos como sanatorios privados, encontrando registro de hasta 6 centros distintos. Finalmente y tras la aparición de los nuevos fármacos antipsicóticos, el uso de la insulinoterapia comenzará a disminuir hasta expirar, bien entrados los años 60.

Bibliografía

- 1.DOROSHOW BLYTHE, Deborah - Performing a cure for schizophrenia: insulin coma therapy on the wards. *J Hist Med Allied Sci.* 2007;62(2):213-243.
- 2.BAUR, Nicole. - Family influence and psychiatric care: physical treatments in Devon mental hospitals, c. 1920 to the 1970s. *Endeavour.* 2013;37(3):172-183.
- 3.CABALEIRO GOÁS, Manuel - *Psicosis Esquizofrénicas*. La Coruña, Moret, 2ª edición, Madrid, editorial Reus (1949).
- 4.ROSS JOHN AND BENJAMIN MALZBERG - A review of the results of the pharmacological shock therapy and the metrazol convulsive therapy in New York State. *American Journal of Psychiatry* 96.2 (1939): 297-316.
- 5.RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Beatriz – *Terapéuticas psiquiátricas en los inicios de la psicofarmacología moderna: El caso del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y de otros centros de Galicia*. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina 2020. Trabajo Fin de Grado TFG.

Fuentes

- 1.ARCHIVO Y BIBLIOTECA HOSPITAL “CABALEIRO GOÁS -TOÉN” y “Hospital Psiquiátrico de Piñor”. COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE, SERVICIO GALEGO DE SAÚDE. XUNTA DE GALICIA
- 2.Fondo Archivo Historiales clínicos de Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense): Expedientes Clínicos de pacientes. 1959-1960. PANAP. Archivo documentación clínica del Complejo Hospitalario de Ourense. SERGAS. Ourense.
- 3.Fondo Archivo Clínico de hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. 1885-1936. Archivo de Galicia (Santiago de Compostela).
- 4.Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia. <http://www.galicianabibliotecadegalicia.xunta.es/Galicianadigital>
- 5.Periódicos consultados (La Noche, Vida Gallega...).

6.Hemeroteca.betanzos.net: Anuncio de Villa Blanca en folleto de Festas Patronais San Roque_Libro de festas patronais San Roque 1953.



Sanatorio Neuro-Psiquiátrico
"VILLA BLANCA"
 Director: DOCTOR ENRIQUE ROEL GERBOLES
 Calle de Martínez Salazar, 5 - Teléfono 2955 - La Coruña

SECCION PSIQUIATRICA
 Psicosis, Neurosis, Toxicomanías, etc.
 Tratamientos modernos: Choques insulínicos, eléctricos, cardiazólico
 Cura de Kélin, Psicoterapia, PSICOCIRUGIA

SECCION NEUROLOGICA
 Tratamientos y exploraciones especializadas (neumonesfalografías,
 vestibulografías, miografías, etc., etc.)

Ⓟ

Miguel Pascual y Cía. S. L.

Oficinas y Almacenes: **La Coruña** Telf. 3900 (3 líneas)
 Ramón de la Sagra, 3 Apartado: 206

Oficina Técnica, Taller de
 Reparaciones Electro-Mecánicas
 Suministro y Montaje de Centrales, Sub-Estaciones
 y toda clase de Instalaciones Eléctricas

ll

Oficinas en Madrid:
 Avda. de José Antonio, 29

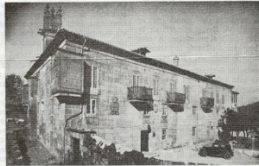
ll

FILIAL:
PASCUAL y Cía, S. L.
 Independencia, 10 - OVIEDO

SANATORIO PSIQUIATRICO
DEL PERPETUO SOCORRO

Enfermos mentales y nerviosos - Toxicomanías - Curas de reposo

DIRECTORES:
 Dres. NICANDRO PEREZ VAZQUEZ y MANUEL CABALEIRO GOAS
 Teléfono 211170 - Pazo de Guzmán - O R E N S E



Enmarcado en una mansión señorial y situado en un lugar desde el cual se disfruta de la visión de un hermoso paisaje, hace al enfermo olvidar que se halla internado en un Sanatorio, lo que convierte a este factor en un eficaz coadyuvante de la terapéutica.

TODOS LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS ACTUALES
 MAXIMO CONFORT - PENSIONES DE 1ª y 2ª CLASE
 Y ESPECIALES PARA ENFERMOS PERMANENTES

El edificio está rodeado por una magnífica finca para solas de los enfermos (huerta, jardines, arboleda, etc.)

Hemeroteca.betanzos.net: Anuncio de Villa Blanca en folleto de Festas Patronais San Roque_Libro de festas patronais San Roque 1953.

SANATORIO PSIQUIATRICO DEL PERPETUO SOCORRO
Enfermedades mentales y nerviosas
DIRECTORES:
DR. JOSE PEREZ y L. VILLAMIL
 Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago
 Consulta mediante cita
Dr. MANUEL CABAILEIRO | **Dr. NICANDRO PEREZ**
GOAS | **VAZQUEZ**
 Prof. Ayudante de la Fa- | (Médico interno)
 cultad de Medicina de | Prof. Ayudante de la Fa-
 Santiago | cultad de Medicina de
 Santiago | Santiago
 Consulta de 11 a 2 | Consulta de 4 a 6
 (Los jueves, de 4 a 6, consulta gratuita para pobres que
 lo acrediten)
ESTABLECIMIENTO CON SEPARACION COMPLETA
DE SEXOS
PSICOTERAPIA — PSICAGOGIA — PIROTERAPIA
CURAS DE SAKEL Y V. MEDUNA — HIDROTERAPIA
ELECTROSHOCKTERAPIA
BARRIO DEL COUTO ORENSE

SANATORIO PSIQUIATRICO DEL PERPETUO SOCORRO
ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS
DIRECTORES:
DR. JOSÉ PÉREZ Y L. VILLAMIL
 CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SANTIAGO
 CONSULTA MEDIANTE CITA
Dr. MANUEL CABAILEIRO GOAS | **Dr. NICANDRO PÉREZ VÁZQUEZ**
 Profesor Ayudante de la Facultad de Medi- | (Médico interno)
 cina de Santiago | Profesor Ayudante de la Facultad de Medi-
 cina de Santiago | cina de Santiago
CONSULTA DE 11 A 2 | **CONSULTA DE 4 A 6**
 (Los jueves, de 4 a 6, consulta gratuita para pobres que lo acrediten)
PSICOTERAPIA - PSICAGOGÍA - PIROTERAPIA - CURAS DE REPOSO, DE SAKEL Y V. MEDUNA
HIDROTERAPIA - ELECTROSHOCKTERAPIA
ESTABLECIMIENTO CON SEPARACIÓN COMPLETA DE SEXOS
BARRIO DEL COUTO ORENSE

Hemeroteca digital de Biblioteca de
 Galicia. <http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>
 Periódicos consultados (La Noche, Vida Gallega...).

LA "REVOLUCIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGÍA" (1959-1975) EN ESPAÑA DEL FRANQUISMO. UN ESTUDIO A TRAVÉS DE LA PUBLICIDAD EN REVISTAS PROFESIONALES

David Simón-Lorda*; **Sandra Rodríguez Ramos****; **Raquel Fraga Martínez****

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde, Ourense. España.

*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatría

Email: david.simon.lorda@sergas.es

Resumen

Desde la introducción clínica de la clorpromazina entre 1953-1955 en Estados Unidos, se produjo a nivel mundial un progresivo lanzamiento nuevos psicofármacos. La publicidad de medicamentos en las revistas de la especialidad y en revistas médicas generales dio amplia cobertura a este florecimiento de la psicofarmacología, y reflejaron cambios en la práctica psiquiátrica, y también estereotipos culturales y de género.

Realizamos un estudio descriptivo, no bibliométrico, del auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica en España a través de una breve revisión del material publicitario en algunas revistas españolas de los años 1959-1975 que tuvieron amplia difusión en el mundo de la Psiquiatría, la Psicopatología y la Pediatría (Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, y Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica). Los años 1959- 1975 fueron asimismo un período de reorganización de las prestaciones farmacéuticas y de la propia Seguridad Social en la España del Tardofranquismo.

Palabras clave: publicidad farmacéutica; productos farmacéuticos; medicamentos para la ansiedad; medicamentos para la psicosis; medicamentos para la ansiedad; medicamentos para el insomnio; España

Abstract

Since the clinical introduction of chlorpromazine between 1953-1955 in the USA, there has been a progressive launch of new psychoactive drugs worldwide. Drug advertising in specialty journals and general medical journals gave wide coverage to this flowering of psychopharmacology, reflecting changes in psychiatric practice, as well as cultural and gender stereotypes.

We carried out a descriptive, non-bibliometric study of the rise of modern psychopharmacological therapeutics in Spain through a brief review of the publicity material in some Spanish magazines from the years 1959-1975 that had wide circulation in Spain in the world of Psychiatry, Psychosomatics and Pediatrics (Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, y Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica). The years 1959-1975 were also a period of reorganization of pharmaceutical benefits and of the Social Security itself in late-Franco Spain.

1.Introducción

El descubrimiento de la acción antipsicótica de la clorpromazina, a principios de la década de 1950 en Francia marcaron el comienzo de la era moderna de tratamiento farmacológico para enfermedades psiquiátricas, a veces denominada como “la revolución de la psicofarmacología” (Green et al, 2018). Este auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica, que tendrá su correlato en un florecimiento en el material publicitario en las publicaciones y revistas algunas revistas médicas y de psiquiatría a nivel mundial...y también en España. Revisaremos el material publicitario en algunas revistas españolas de los

años 1959-1975 que tuvieron amplia difusión en el mundo de la Psiquiatría, la Psicósomática y la Pediatría, en un momento de cambio de la sociedad y de la asistencia sanitaria en la España de la dictadura de Franco.

2.la revolución psicofarmacológica de los años 50: algunas breves cuestiones

Para el historiador de la psiquiatría Mark S. Micale, la revolución de los psicofármacos de la década de 1950 fue uno de los diez más importantes cambios de la psiquiatría desde la Segunda Guerra Mundial. Es el primero de un listado que incluye otros importantes cambios como: la desinstitucionalización; la "decadencia y caída" del psicoanálisis; el cambio de la psicoterapia de psiquiatras a los no psiquiatras; el aumento de la investigación neurocientífica en la neuroquímica, la neuroimagen y otros campos afines; la introducción y expansión de los "antidepresivos" y ansiolíticos estilo Prozac desde los 80; el aumento de la influencia de las grandes empresas farmacéuticas (Big Pharma); el crecimiento de la influencia del DSM; la multiplicación de los diagnósticos, y la despatologización de la homosexualidad (Micale, 2014).

En un breve período de tres años, de 1953 a 1955, el tratamiento de con clorpromazina se extendió alrededor del mundo. A fines de 1955 hubo informes sobre los efectos de la molécula en pacientes psiquiátricos de Suiza, Inglaterra, Canadá, Alemania, Hungría América Latina, Estados Unidos; Australia y la URSS.

El primer coloquio internacional sobre usos terapéuticos de la clorpromazina en psiquiatría se llevó a cabo en el Hospital de Saint-Anne en París, en octubre de 1955 con 257 participantes de 19 países (entre ellos España y Portugal) (Ban, 2007).

En el área que nos ocupa, la de la neuropsiquiatría, desde la introducción clínica de la clorpromazina entre 1953-1955 en Estados Unidos se produjo a nivel mundial un progresivo lanzamiento nuevos psicofármacos...Recordar tan solo la ya citada clorpromazina, el meprobamato (1954), la imipramina (1957), clordiacepóxido (1959), Haloperidol (1959) ...entre muchos otros.

Lo cierto es que desde la Segunda Mundial se produjo un importante desarrollo de nuevas moléculas en todos los campos terapéuticos, tanto del área de la neuropsiquiatría como de otros. Entre 1950 y 1980 hubo una explosión de fármacos novedosos para un amplio espectro de enfermedades, que se puede comprobar en revisiones de registros de medicamentos tanto en el Reino Unido como en EE. UU (Green, 2018).

Las filiales nacionales y regionales de los laboratorios internacionales, que habían sido pioneros en la producción de psicofármacos, desde mediados finales de los 50 lideraron un proceso de recepción tecnológica a paso acelerado que haría posible que, a veces en tan solo un año después del lanzamiento a la venta de estos productos en EEUU o Europa, los médicos psiquiatras de zonas a veces periféricas (la España de la dictadura de Franco, o zonas de Hispanoamérica (Bielli, 2006) tuvieran acceso directo a ellos.

La aceptación exitosa de algunos fármacos en la práctica clínica se debió en algunos casos no sólo a su eficacia, sino también a una publicidad muy eficaz dedicada al profesional médico (Green 2018).

3.publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas

Vinculado a todo este proceso aparece la introducción del marketing dirigido a médicos, instituciones de la salud y farmacéuticos. La industria farmacéutica comprendió rápidamente que era de importancia capital que la información sobre los medicamentos llegara a los médicos a través de canales que el sector pudiera controlar: visitantes médicos, organización de eventos científicos, generación de literatura promocional de inspiración académica, y publicación de anuncios en revistas especializadas.

A modo de ejemplo, a principios de la década de 1950, el British Medical Journal publicaba pocos anuncios farmacéuticos, a veces tan solo una o dos páginas en 1950. Por finales de la

década de 1950 ocupaban entre 30 y 40 páginas por número. Este crecimiento reflejó el desarrollo de nuevos compuestos durante la década (Green, 2018).

La publicidad de productos farmacéuticos en las revistas de la especialidad de psiquiatría y en revistas médicas generales dio amplia cobertura a este florecimiento de la psicofarmacología. A su vez reflejaron cambios en la práctica psiquiátrica: abandono de los electrochoques, menos contenciones, y también cambios en la prescripción a veces no bien justificados: Y es en ocasiones a veces estos compuestos se comercializaron con una investigación preclínica mínima, y sin una evaluación clínica adecuada, incluida estudios dobles ciego...pero eran los métodos de desarrollo de fármacos. y regulación en ese momento, los cuales fueron completamente diferente de las prácticas actuales (Green et al, 2018)

Pero mucha de la publicidad a su vez también contenía estereotipos culturales y de género. Muchas imágenes publicitarias reflejan actitudes sociales hoy en día consideradas poco sexistas o paternalistas (Green, 2018):

“El lugar de la mujer estaba claramente en el hogar. Por ejemplo, un anuncio de dexamphetamine muestra a una mujer que necesita tratamiento para la ansiedad para lidiar con cocinar, coser y lavar la ropa a mano en una tina grande (BMJ, 12-04-52). Los médicos de las ilustraciones eran invariablemente hombres maduros... Si eran médicos generales, llevaban trajes de aspecto caro, y estaban sentados en sus escritorios o, si estaban en un hospital, llevaban con bata blanca y de pie junto a la cama, generalmente acompañados por una enfermera joven y atractiva” (Green, 2018).

4.la revolución de la psicofarmacología y el marketing publicitario en España (1959-1975)

La "revolución de la psicofarmacología" (1959-1975) llegó a España en el período de la segunda mitad de la dictadura de Franco (1939-1975). Antes de entrar el estudio a través de la publicidad de los psicofármacos en revistas profesionales españolas de la época, contextualizaremos brevemente algunos aspectos de la sanidad y la psiquiatría franquista del período contemplado en nuestro trabajo.

4.1.Algunos aspectos de la sanidad y la psiquiatría en la España del tardofranquismo (1959-1975)

El periodo que va desde 1959 hasta 1975 corresponde en España al segundo periodo de la Dictadura de Franco, en el denominado tardofranquismo o desarrollismo franquista. Es este un período cambio y de crisis del modelo clínico-académico de la psiquiatría española. Se producen también importantes transformaciones en la sociedad española (crecimiento de la población, industrialización, migraciones masivas del campo a la ciudad y luego también hacia Europa, problemas de urbanismo, cambios estilos de vida, etc.) que van a dar lugar a grandes desafíos asistenciales en campo de la sanidad y los servicios sociales (Comelles, 1988; Huertas, 2017; Novella, 2019; Perdiguero y Comelles, 2019).

Asimismo, se va a producir un cambio a nivel organizativo asistencial sanitario, que va a hacer que el llamado Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que se instaura poco a poco en el primer periodo del franquismo cambia hacia un modelo de Seguridad Social, con importantes cambios en la prestación de hospitalización y atención ambulatoria médico-quirúrgica a partir de los años 60 para la población asegurada...

Sin embargo, ni el Seguro de Enfermedad (SOE) ni su evolución posterior hacia la Ley de Bases de la Seguridad Social (Guillén, 2000), atendieron correctamente a los enfermos mentales, cuya asistencia quedó fuera de la cobertura del sistema (Huertas, 2016).

La ley de 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Ministerio de Trabajo) daba prestaciones a un porcentaje muy pequeño de asegurados, fundamentalmente prestaciones

quirúrgicas “reparadoras”. No asumía la hospitalización psiquiátrica en su cartera de servicios, y lastrará toda la asistencia psiquiátrica durante décadas, limitándose a crear las plazas de Neuropsiquiatras del Seguro, que atendían pacientes durante en ambulatorios durante dos horas de consulta.

Asimismo, a nivel de la prescripción farmacológica, había importantes restricciones, vinculadas y contempladas en el llamado “Petitorio- Catálogo Farmacéutico del SOE”, aprobado en 1951 y que detallaba los medicamentos y productos farmacéuticos que podrían recetarse a los beneficiarios del seguro de enfermedad; el documento serviría de base para la suscripción de conciertos entre la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y los laboratorios farmacéuticos.

4.2. Llega la Seguridad Social (1963-1975)

En el año 1963 se producen nuevos cambios que afectan a las prestaciones sanitarias y farmacéuticas. Nace la llamada Seguridad Social, primero a través de la Ley de Bases (1963) y posteriormente en la ley de la Seguridad Social (1967). Se va a producir un aumento del número de personas con cobertura sanitaria pasando de un 39% de la población en 1963 a un 61,74% en 1975. Asimismo, se reconoció el derecho de los asegurados a la hospitalización médica (hasta ese momento solo cubrían parte de la quirúrgica), lo cual va a transformar los hospitales y la práctica del médico. Y todo esto va a acontecer en un período de grandes avances tecnológicos y terapéuticos de la Medicina (Comelles, 1988; Vilar& Pons, 2018).

Pese a todo lo expuesto, no se cubre la hospitalización psiquiátrica que sigue quedando a cargo de la Administración local (la Beneficencia de las Diputaciones), del PANAP (Dirección General de Sanidad) y de centros privados de la Iglesia católica y otras empresas... La implantación de la Seguridad Social y el plan de construcción de Hospitales (todo bajo el mando y dirección del poderoso Instituto Nacional de Previsión, del Ministerio de Trabajo) va a ir parejo a cambios en la actividad asistencial ambulatoria entre 1963-1975. Se produjo un aumento de procesos morbosos somático-funcionales (clínica neurovegetativa, equivalentes depresivos, síndromes neurótico-ansiosos...) que se canalizaron a través de consultas con médicos generales y especialistas al margen de los neuropsiquiatras (Comelles, 1988).

Numerosos anuncios de la época en revistas médico-generalistas jugaban con estos términos: neurovegetativos, tensión, neurosis, desequilibrio emocional...además de los de ansiedad, depresión, epilepsia...escapando en muchos casos de la palabra psicosis, esquizofrenia...Esto ocurría con muchos productos (no solo en España). Así, por ejemplo, Green (2018) destaca como se anunciaba en British Medical Journal en 1952 el Drinamyl (el isómero dextro-rotatorio de la anfetamina) por tener un valor particular en pacientes que sufrían de "desequilibrio emocional", un término vago que abarca muchos trastornos psiquiátricos (BMJ, 12-04-52).

Otro ejemplo puede ser el de la propia clorpromazina que en 1966 se anunciaba en la prensa con indicaciones para (por este orden): distonías neurovegetativas, vómitos, algias, estados confusionales, pruritos, insomnios, agitación psicomotriz, depresiones, obsesiones, hipo y epilepsia (publicidad de Largactil en “Revista de psiquiatría y Psicología Médica”, 1966).

Además, en este período va a desaparecer el Petitorio Farmacéutico del SOE al publicarse el Decreto 3157/1966 por el que se regulaba la dispensación de ‘especialidades farmacéuticas’ en el régimen general de la Seguridad Social, a la par que se especificó la participación de los beneficiarios en el pago del precio de los medicamentos.

Asimismo, tal y como ha estudiado Danon (2010) aparece en todo este período un cierto desarrollo de la industria farmacéutica española que trataba de competir con las empresas multinacionales que expanden su mercado.

Todo este mercado farmacéutico trajo a su vez incorporado todo el marketing al que ya antes hicimos relación en relación con las publicaciones en revistas profesionales, pero además

aparecen en España un cierto número de revistas médicas, muchas de ellas gratuitas, con numerosa publicidad de medicamentos, “presumiendo todo laboratorio de cierto prestigio de disponer de la suya propia, aportando revisiones, traducciones o reseñas con alguna nueva sección humanística, literaria o de entretenimiento (Danon, 2010).

4.3. La revolución de la psicofarmacología y el marketing publicitario en revistas médicas españolas (1959-1975): un intento de aproximación

Abordaremos a continuación una aproximación a un estudio descriptivo, no bibliométrico, del auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica a través de una revisión del material publicitario en algunas revistas españolas de los años 1960-1975.

Inicialmente nos planteamos revisar algunas de las revistas españolas de la psiquiatría que lideraban la especialidad en ese momento. Recurrimos a la biblioteca de nuestro hospital psiquiátrico actual y que alberga las revistas nacionales e internacionales a las que estaba suscrito el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) desde su apertura en 1959. En ese momento era el hospital psiquiátrico público de referencia provincial (para hombres) y lo será durante todo ese período, gestionado por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP- Dirección General de Sanidad-Ministerio de Gobernación) y dirigido desde 1959 a 1977 por el psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás Simón, 2005, 2018)

Una de las revistas nacionales más influyentes de la época en España y que estaba en la biblioteca archivo de nuestro centro era la revista “Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría”, que inicia su publicación en 1940. Dirigida y fundada por el psiquiatra Juan José López Ibor (Madrid), si bien desde 1947 se incorporó el psiquiatra portugués H. Barahona Fernandes (Lisboa) a la codirección de esta. Tuvo varios cooperadores portugueses como Elysio de Moura (Coimbra), Correia D’Oliveira (Coimbra) y V. Fontes (Lisboa). López Ibor desde 1960 había accedido a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central en Madrid, epicentro de la psiquiatría académica del país.

Inicialmente nos dedicamos a revisar ejemplares de “Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría”, pero también de otras como la también influyente “Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina” (dirigida por el Catedrático de Barcelona, Ramón Sarró Burbano, y que venía a ser el otro polo de la psiquiatría académica española), “Informaciones Psiquiátricas”, “Folia Neuropsiquiátrica del Sur y el Este de España” y algunas más generalistas como “Yatros” De las que teníamos una cierta continuidad nos encontramos con otro problema. La casi totalidad de los ejemplares de esas revistas que están depositados en la Biblioteca del Hospital habían sido encuadernados en el taller de encuadernación del centro que funcionó durante años en el Hospital de Toén. En el proceso de encuadernación se desechaban o retiraban casi todas las hojas de publicidad que no estuvieran insertas en los textos científicos de las revistas, por lo que no pudimos utilizarlas para nuestro trabajo tal y como inicialmente habíamos planteado.

Pese a las dificultades para conseguir el material que nos permitiese ver el conjunto de lo publicado, pudimos comprobar la profusión de anuncios publicitarios de diferentes psicofármacos en dichas revistas, orientados mayoritariamente hacia publicidad de marcas de medicamentos, pero no era raro que se agrupasen paginas completas de publicidad de casas farmacéuticas en donde presentan toda la gama de productos del campo psicofarmacológico.

Se puede ir viendo la paulatina aparición de anuncios sobre clorpromazina (*Largactil* y otras clorpromazinas), levomepromacina, tioproperacina, ... o antidepresivos como trimepramina (*Surmontil*), imipramina (Tofranil)...o del campo de los ansiolíticos como el Meprobamato (*Miltown*), clordiazepóxido, diazepam...

Se puede asimismo observar cómo en poco tiempo dejan de anunciarse productos que inicialmente se usaron en el campo del tratamiento de las psicosis, como por ejemplo la reserpina (*Ascoserpina*; a veces bajo el nombre de *Closerpil*, un compuesto que también llevaba

clorpromazina), o el azacyclonol (*Frenquel*), un fármaco comercializado como antipsicótico a mediados de la década de 1950, pero que tuvo poco trayecto por sus escasos efectos.

Hacia mediados de los años 60 comienzan a aparecer anuncios que contienen fotografías con escenas clínicas o de pacientes, a veces en color, y que contrastan con las ilustraciones y dibujos más esquemáticas en las de los primeros años estudiados.

4.3.A. Pudimos revisar de forma más completa dos revistas que tuvieron amplia difusión en el mundo de la Psiquiatría, la Psicósomática y la Pediatría (*Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, y *Rapports de Psychologie et Psychiatrie Pédiatrique*), y que no había sido encuadradas y se conservaban íntegras a lo largo de varios años.

El “*Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*” (Barcelona) fue una revista fundada por los médicos psiquiatras Enrique Grañén y Juan Ramón Otaola. Publicó ininterrumpidamente 10 números al año, desde diciembre de 1959 hasta 1976. Tenía bastante publicidad de todos los farmacológicos que fueron introduciéndose en España en aquellos años. A modo de ejemplo, hemos encontrado publicidad de Reserpina (*Ascoserpina*): “De efectos sorprendentes en las alucinaciones”, clorpromazina BAMA, Distovagal (sedante y restaurador del tono), iproniazida Linfarbo, meprobamato (*Miltown*, *Neuronit*, *Dispromil* (con atropina y B6)), perfenacina (*Trilafon*, *Decentan*), flufenazina (*Sevinol*), tioridazina (*Meleril*), biperideno (*Akineton*), amitriptilina (*Tryptizol*), imipramina (*Tofranil*), centrofenoxina (*Luncidril*), clordiazepóxido (*Binomil*), difenilhidantoina y fenobarbital (*Hidofenil* y *Fenical con B6*), metaminodiazepóxido y amobarbital (*Paliatin* y *Paliatin estimulante* -con anfetamina-) y trimetadiona (*Trioxanona*)..amén de otros como: *Distovagal*, *Tensonolfia*, *Transital* (“barbitúrico”), *Eudormol*..

Los “*Rapports de Psychologie et Psychiatrie Pédiatrique*”, titulados “(Comunicaciones de Profilaxis e Higiene Mental del niño y terapia pedo-psiquiátrica)”, fueron editados entre 1968 y 1976, de forma bimensual. Se enviaban de forma gratuita a pediatras y a psiquiatras desde la sede de la revista en Barcelona. Era dirigida por el psiquiatra Diego Parellada, y el asesor pediátrico era J. Bonet Rodés. El secretario de Redacción era el psiquiatra infantil Manuel Leal. La revista se abría en sus contenidos hacia los campos de la pedagogía y la psicología y hacia una visión amplia, ecléctica, en relación con las diversas tendencias de la psiquiatría. Es muy llamativa la presencia de numerosos de anuncios de medicamentos, ya en la portada, toda la contraportada, y repartidas por todas las páginas de cada ejemplar. Había muchos anuncios dedicados a productos del campo de la pediatría (antibióticos, estimulantes del apetito, vitaminas...) además de toda la amplia muestra de medicamentos del campo de la psicofarmacología.

4.3.B. Aunque no sea el objetivo directo de este trabajo, comentar que toda esta tecnología terapéutica psiquiátrica utilizada a nivel internacional también llegó a Galicia, no sólo a través de las revistas y publicaciones sino que además se utilizó precozmente con los enfermos ingresados en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense) o en el hospital psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela) en el período estudiado. En un trabajo reciente (Rodríguez, 2019) ha explorado los tratamientos implementados en ambos centros psiquiátricos durante los primeros años del período consultado. Se usó precozmente clorpromazina, Reserpina, azacyclonol, haloperidol, tiopropazina, perfenacina, tioridazina, mesoridazina, butirilperazina y trifluorperazina, ansiolíticos como el opipramol y también con el grupo de las vitaminas B.

La psicofarmacología entra además de lleno en la enseñanza y formación académica en Galicia hacia mediados de los años 60. Así, en 1969 se celebra en la Facultad de Medicina de

Santiago de Compostela un completo y extenso curso de Psicofarmacología Clínica, que es publicitado en varias revistas españolas (“Folia Neuropsiquiátrica”, marzo de 1969). Estaba coordinado por el Catedrático de Medicina Legal (y encargado del área de Psiquiatría) José Pérez López Villamil y por el Catedrático de Farmacología Villarino Ulloa. Participaban como docentes tanto profesionales de los hospitales psiquiátricos de Galicia (Toén, Conxo...) como de la Facultad de Medicina compostelana. Hubo también amplia representación de Catedráticos de psiquiatría de Valencia (Rojo), Salamanca (Llavero), Barcelona (Sarró) además de participación de docentes de Portugal: Fernandes da Fonseca (Porto) y Nunes Vicente (Coimbra).

5. Conclusiones

El desarrollo de los psicofármacos a mediados del siglo XX significó una innovación tecnológica sin precedentes en el campo de la salud mental en general y en la práctica clínica psiquiátrica en particular. El período que investigamos vio el lanzamiento de muchos productos farmacéuticos novedosos, y muchas (o sus sucesores de clase) todavía desempeñan importantes funciones terapéuticas, incluidas las benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas...

En este trabajo hemos intentado comenzar a analizar la difusión y algunas articulaciones locales (España-Galicia-Ourense) de dicha innovación, que llegaron a la España del tardofranquismo en un importante momento de cambio de la sanidad y la sociedad española. Para ello hemos realizado un breve análisis del auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica en España a través de revisión de material publicitario en algunas revistas españolas de psiquiatría de los años 1959-1975.

Fuentes y bibliografía

Fuentes

1.*Fondos hemerográficos de revistas de psiquiatría de los años 60 -70 (Fondo de antigua biblioteca de Hospital psiquiátrico de Piñor): *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, *Informaciones Psiquiátricas*, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y el Este de España*, *Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, y *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica*, *Yatros* ...Biblioteca Hospital Psiquiátrico de Piñor”. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia.

Bibliografía

1.BAN, Thomas A. – “Fifty years chlorpromazine: a historical perspective”. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 3:4 (2007) 495–500.

DANÓN BRETÓS, Josep - “La Industria farmacéutica y la Historia de la medicina”. In BÁGUENA María José y FRESQUET José Luis (Editores) — *La agenda social de la historia de la Medicina. El patrimonio histórico médico*. Valencia: Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2010. P. 53-76.

GREEN, A Richard; ARONSON, Jeffrey K; HADDAD, Peter M. - “Examining the 'psychopharmacology revolution' (1950-1980) through the advertising of psychoactive drugs in the British Medical Journal”. *J Psychopharmacol*. 32:10 (2018) 1056-1066.

MICALE, Mark S. - “The ten most important changes in psychiatry since World War II”. *History of Psychiatry*. 25 (2014) 485-491.

GREEN, A. Richard - “Marketing medicines: charting the rise of modern therapeutics through a systematic review of adverts in UK medical journals (1950–1980)”. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 84 (2018) 1668–1685.

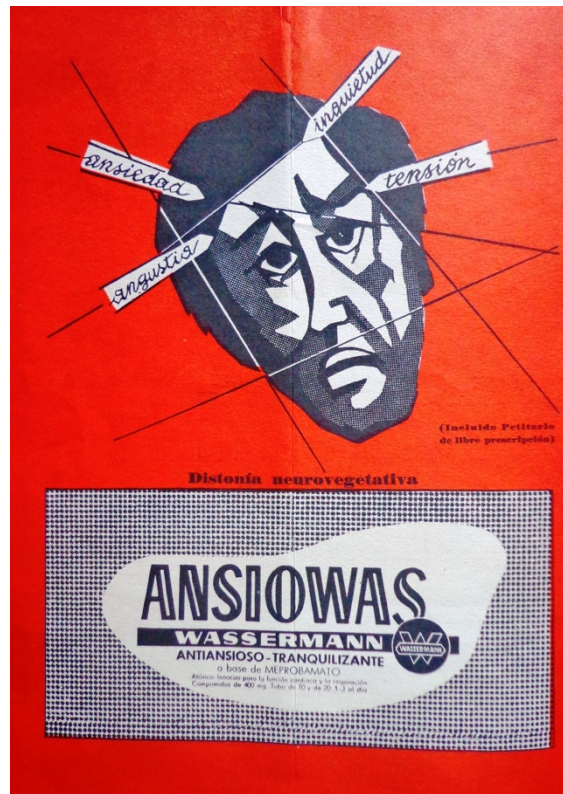


Ilustración 1 - Anuncio de Ansiowas (Meprobamato) en revista "Yatros", 1961

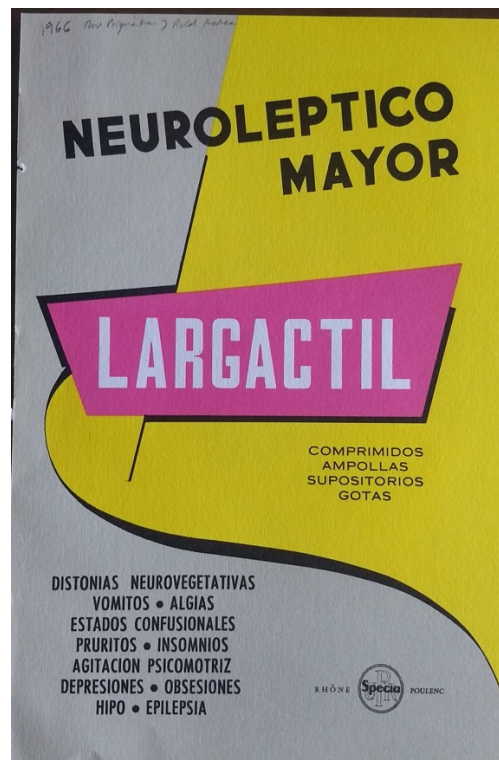


Ilustración 2 - Anuncio de Largactil (Clorpromazina) en "Revista de Psiquiatría y Psicología Médica" (Barcelona), 1966

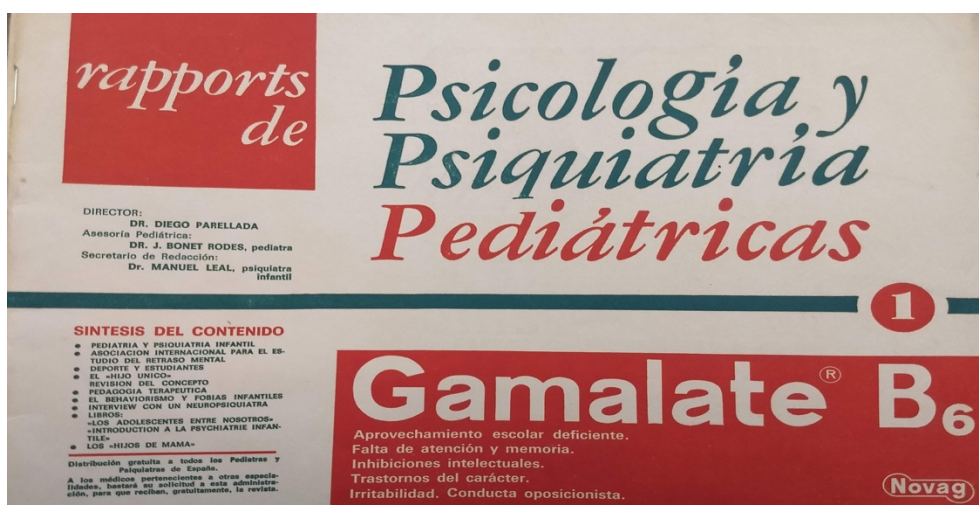


Ilustración 3 - Portada de revista de “Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas” (Barcelona), número 1, 1968.

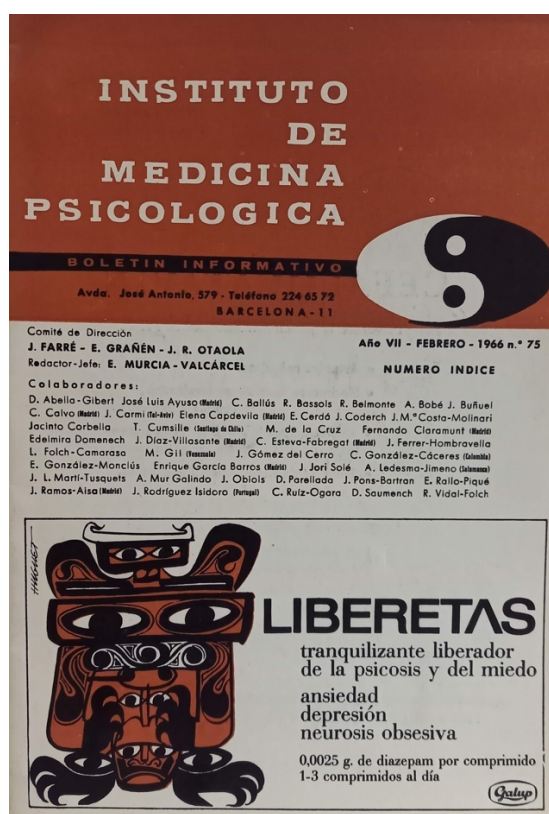


Ilustración 4 - Portada de “Boletín Informativo de Instituto de Medicina Psicológica” (Barcelona), febrero de 1966

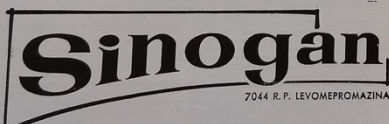


LARGACTIL
4560 R. P. CLOROPROMAZINA

**Neuroléptico patrón
aún no superado**



RHODIA IBERICA. Información médica: Victor Pradera, 15 - Madrid



Sinogan
7044 R. P. LEVOMEPRIMAZINA

* NEUROLEPTICO DE MAXIMO
PODER ANSIOLITICO

* TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO
DE LAS PSICOSIS A DOSIS MINIMAS

ACTAS
LUSO ESPAÑOLAS
DE
**NEUROLOGIA
Y
PSIQUIATRIA**



Vol. XXIX ABRIL 1970 Núm 2

Dirección

Prof. J. J. López Ibor Prof. Barahona Fernandes
Madrid Lisboa

Cooperación

Almeida Lima (Lisboa)	Obispo, J. (Santiago)
Alonso Fernández, F. (Sevilla)	Peralta, P. (Madrid)
Barraquer Bordás, L. (Barcelona)	Pérez L.-Villasal, J. (Santiago)
Carbonell Masia, C. (Madrid)	Polonio, P. (Lisboa)
Coulaud, R. (Madrid)	Poveda, J. M. (Madrid)
Correia D'Oliveira (Coimbra)	Rey Ardid, R. (Zaragoza)
Fernández de Córdoba, E. (Madrid)	Rojas, L. (Granada)
Fontes, V. (Lisboa)	Rejo, M. (Valencia)
González Quirós, P. (Oviedo)	Sales Vázquez, M. (Barcelona)
López-Ibor Aliño, J. J. (Madrid)	Sarró, R. (Barcelona)
López de Lerma, J. (Madrid)	Soto, F. (Pamplona)
Llaveró, F. (Salamanca)	Subirana, A. (Barcelona)
De Moura, Elycio (Coimbra)	Vallejo-Nájera, J. A. (Madrid)
	Vela, L. (Valladolid)

Redacción

J. M. López-Ibor Aliño
F. González Llera
Avenida de Nueva Zelanda, 68. MADRID-20

Edición



Editorial Paz Montalvo
Victor Pradera, 45 - MADRID-8

Precios de suscripción

España: 350 ptas.
Extranjero: 420 ptas. (US \$ 6)
Número suelto: 125 ptas.

Registro de Empresas Periodísticas núm. 278, tomo 4, Sec. C, N., folio 85, inscripción 1.
Impresos: DIANA, Artes Gráficas, Madrid Depósito legal M. 851 - 1968

Ilustración 5 - Publicidad en revista "Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría" (Madrid) abril de 1970

DEL GAS HILARANTE A LOS “WHIPPITS”. HISTORIA Y STORIES DEL ÓXIDO NITROSO

Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez Ramos**; David Simón-Lorda***

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. 32003. Ourense. España.

* Médico Adjunto de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

** Médico Residente de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Email:raquel.fraga.martinez@sergas.es

Resumen

El óxido nitroso, es una sustancia que, también conocida como gas de la risa o gas hilarante, desde que fue sintetizado a finales de siglo XVIII, tuvo un uso recreacional, para ser luego usado como anestésico. En los últimos años se ha ido ubicando como una de las drogas más populares del mundo. Los usuarios comúnmente inhalan el gas de botes perforados conocidos como "whippits" que están diseñados para su uso en dispensadores de nata montada. El óxido nitroso perturba principalmente el metabolismo de la vitamina B₁₂, y causa síntomas neuropsiquiátricos (neuropatía, psicosis...). Repasamos la historia del uso y abuso de esta sustancia, insistiendo en la necesidad de aumentar la conciencia sobre las posibles secuelas del uso indebido del óxido nitroso y abordar las limitaciones actuales de informes y la facilidad de acceso de los consumidores a los productos de óxido nitroso.

Palabras clave: óxido nitroso; adicciones; historia de la anestesia; neuropsiquiatría; vitamina B₁₂.

Abstract

Nitrous oxide, also known as laughing gas, is a substance that, since it was synthesized at the end of the 18th century, had a recreational use, to be later used as an anesthetic. In recent years it has been ranking as one of the most popular drugs in the world. Users commonly inhale the gas from perforated canisters known as "whippits" that are designed to use in whipped cream dispensers. Nitrous oxide mainly disturbs the metabolism of vitamin B₁₂, and causes neuropsychiatric symptoms (neuropathy, psychosis...). We review the history of the use and abuse of this substance, underlying the need to increase awareness of the possible sequelae of nitrous oxide misuse and address current reporting limitations and consumers ease of access to nitrous oxide products.

Introducción

El óxido nitroso comenzó a usarse en ámbito lúdico (gas hilarante), para ser luego una sustancia conocida por su uso como anestésico fundamentalmente en el campo de la odontología y también de la obstetricia. No obstante, en los últimos años se ha ido ubicando como una de las drogas más populares del mundo (Beckman et al., 2006), detectándose del mismo modo una reaparición de su consumo en Europa. Repasaremos la historia y las implicaciones clínicas del empleo del óxido nitroso, mediante una revisión bibliográfica de textos clásicos y artículos publicados hasta la actualidad.

Historia

La mayoría de los científicos, atribuye la primera síntesis de óxido nitroso (N₂O) al químico Joseph Priestly en 1772, de manera azarosa, al intentar reproducir un experimento de un clérigo inglés llamado Stephen Hales. En sus pruebas, Priestly expuso varios metales al ácido

nitrico, reproduciendo años más tarde el turbio humo rojo descrito por Hales, decidiendo referirse a él como "aire nitroso" (Buslov A. et al., 2018).

No debemos olvidar situarnos en una época en la que era reciente la idea de que el aire estaba compuesto por varios elementos, y el óxido nitroso era considerado un gas peligroso. Se había afirmado que era "el principio del contagio" y que incluso podía "diseminar la peste". En este punto de la historia, es relevante la figura del médico británico Thomas Beddoes, que establece en ese momento un instituto de investigación biomédica en Bristol, conocido como la "Pneumatic Institution" para estudiar las propiedades fisicoquímicas de los gases, ya que estaba convencido de que poseían propiedades curativas, para enfermedades como la tuberculosis. Posteriormente, conoce a un joven científico británico, llamado Humphry Davy, y le propone a él dirigir el laboratorio de la institución (Buslov A. et al., 2018). Davy, en 1799, logra optimizar la adquisición del gas mediante un equipo que fue diseñado por Watt (impulsor de la máquina de vapor) en 1796 (Smith W. et al, 1967). Esto tiene su relevancia ya que muchas de las técnicas y herramientas desarrolladas por Watt para la Pneumatic Institution todavía se utilizan en la medicina moderna. Poco después, lo prueba en sí mismo y descubre las propiedades narcóticas del óxido nitroso, experimentando euforia y alegría, lo que le lleva a acuñar el término "gas de la risa" o "laughing gas". De la misma manera, pone a prueba el gas con pacientes e inicia una serie de demostraciones científicas y conferencias que resultaron ser tremendamente populares. Publica en 1800 "Researches Chemical and Philosophical: Chiefly Concerning Nitrous Oxide", donde describe por primera vez las propiedades anestésicas del gas (Smith W. et al, 1967). La Pneumatic Institution se convierte en un hospital normal cuando estalla el tifus en 1800 y Davy se traslada a la Royal Institution en 1801, comenzando años más tarde otras investigaciones en el campo de la electricidad y electrólisis. Inventa en ese momento la lámpara Davy para evitar las explosiones causadas por la ignición de gas grisú en las minas de carbón.

A finales del S. XVIII, el gas ya consistía en un entretenimiento público. Los efectos del óxido nitroso inhalado (euforia intensa y efímera, efectos psicodélicos, sentimientos de disociación y cambios leves en la percepción de la imagen corporal) la convirtieron en una droga recreativa común durante el transcurso del S. XIX. Se usaba en las "fiestas del gas hilarante" entre las clases altas. Numerosos carteles de la época (ilustraciones 1 y 2) representaban estos efectos. Es conocida una impresión satírica titulada "Living made easy" de 1830, que muestra a Davy administrando una dosis de gas hilarante a una mujer. Otros, anunciaban su empleo en exhibiciones públicas, y será en una de ellas, dirigida por el ex estudiante de medicina Gardner Q. Colton, donde se da comienzo a la historia de la anestesia inhalatoria, fracasando en cierta manera, la corriente neumológica existente.

No obstante, la difusión del gas en exposiciones itinerantes y espectáculos de circo continúa durante años. Una historia curiosa es la protagonizada por Samuel Colt (1814-1862), un marino mercante que es ese momento necesitaba dinero para patentar un ingenioso revólver que había inventado en uno de sus viajes y se dedicó a producir óxido nitroso y a vender inhalaciones del mismo por la costa este norteamericana con una identificación falsa de médico. Se hacía llamar "The Celebrated Dr. Coult of New York, London and Calcutta" y progresivamente fue ganando éxito. Fue en 1835 cuando pudo patentar su revólver, que llegó a ser el elegido por el ejército norteamericano en la guerra contra México, convirtiéndose en un clásico del lejano oeste.

Tras 40 años en desuso, el óxido nitroso reaparece en el campo de la medicina en 1844. El dentista Horace Wells observó a un sujeto bajo los efectos del gas, lesionarse sin mostrar ningún tipo de reacción dolorosa. Al día siguiente, Wells inhala óxido nitroso y le pide a un compañero (John M. Riggs) que le extraiga un molar mediante la administración del gas por parte de Colton. La cirugía se realiza de manera exitosa, sin dolor, suponiendo el primer uso del óxido nitroso como anestésico. Tras varios ensayos, decide hacer una demostración pública ante alumnos del Hospital General de Massachussetts, pero no tiene el éxito esperado

(Smith W. et al., 1967). En base a la humillación recibida, Wells abandona finalmente su idea (Franco Grande A. et al., 2005).

El óxido nitroso había dejado de utilizarse después del aparente fracaso de Boston. No obstante, Colton va progresivamente introduciendo su uso en el campo de la odontología y en 1863 abre una clínica en Nueva York llamada la “Colton Dental Association” destinada exclusivamente a extracciones dentales con el gas (Smith W. et al. 1967). Asimismo, poco a poco retoma las demostraciones públicas con óxido nitroso, pudiendo destacar una realizada en París en 1867 en el Primer Congreso Internacional de Medicina que da pie a la difusión del gas por Europa (Franco Grande A. et al., 2005). Es aquí donde Colton explica su método al dentista americano, Thomas W. Evans quien lo introduce en Inglaterra en 1868. Ese mismo año, la compañía Coxeter, comercializa los primeros cilindros metálicos llenos de óxido nitroso. En España las noticias del uso del óxido nitroso apenas tienen repercusión hasta 1866, momento en que dentistas catalanes deciden empezar a utilizarlo en sus clínicas. El primero de ellos es José Meifrén, que aprende su uso en París y comienza a utilizarlo de forma rutinaria en pacientes en 1868.

De manera coetánea, el médico Joseph Clover intentó aumentar la seguridad de la anestesia con éter, realizando una inducción previa con óxido nitroso. El instrumento más común, el llamado inhalador gas-éter, se convirtió en una práctica habitual y permaneció en los hospitales hasta la década de 1930.

Hasta 1870, el óxido nitroso aplicado a pacientes, se mezclaba con aire. Es el Dr. Edmund W. Andrews el primero en administrarlo con oxígeno, logrando una anestesia eficaz sin cianosis, lo que contribuye a defender las propiedades analgésicas del gas, puesto que muchos decían que la analgesia debida al óxido nitroso se debía a la falta de oxígeno, traducida en la lividez manifiesta del paciente. La analgesia combinada de oxígeno y óxido nitroso tuvo muy buena aceptación en EEUU, gracias además al diseño la primera máquina de anestesia que proporcionaba oxígeno y nitroso en proporciones variables (Smith W. et al. 1967). A partir de entonces, son numerosos los estudios dirigidos en este sentido y que han sentado las bases del uso de este gas hasta la actualidad. Por último, es reseñable el hecho ocurrido en 1881: el obstetra ruso Klikowitsch utiliza por primera vez la combinación de óxido nitroso con oxígeno durante un parto, aunque la sustancia más popular en la época era el cloroformo, popularizado por Simpson.

Mientras que la asimilación del óxido nitroso anunció un nuevo paradigma en la medicina en los inicios del S. XX, a nivel recreacional, su uso quedó relegado a nivel marginal en los festivales.

Actualidad

El óxido nitroso en la actualidad se emplea en la industria alimentaria como mezcla y agente espumante en la producción de nata montada y como un refuerzo de combustible en la industria del motor. En la práctica clínica, está disponible como un suministro controlado de oxígeno (en una mezcla 50/50). Esta proporción está muy aceptada en el ámbito del intervencionismo pediátrico, haciendo posible la inducción suave de la anestesia bajo mascarilla. El inicio rápido de acción y la breve resolución del efecto, además de la ausencia de nefro y hepatotoxicidad ayuda a convertirlo en una opción atractiva para su uso infantil. En cuanto a su uso en obstetricia, hay países donde su empleo es casi inexistente y otros donde su administración se realiza de manera habitual.

En los últimos años ha resurgido el uso recreativo del gas, posicionándose como una de las drogas más populares del mundo. Su presencia es ahora lugar común en festivales, fiestas universitarias e incluso en las esquinas de las calles de algunos países, en una proporción mayor que la cocaína o éxtasis. A pesar de esto, aflora la impresión de que la población (incluyendo a los médicos) desconoce la magnitud del abuso y los riesgos asociados al consumo de esta sustancia. Además, otras propiedades que atraen a los usuarios de drogas

recreativas son: la legalidad, accesibilidad y asequibilidad (Kwok M. et al., 2019), la ausencia de síntomas de abstinencia física, el buen perfil de seguridad y el inicio de acción rápido, así como la temprana compensación del efecto.

Los usuarios comúnmente inhalan el gas de pequeños botes de aluminio a presión conocidos popularmente con el término “whippits” o “nangs” (ilustración 3), originalmente diseñados para la industria alimentaria como dispensadores de nata montada (dadas las cualidades insípidas, incoloras, inodoras, no inflamables y bacteriostáticas del gas). El método de uso más común consiste en abrir los cartuchos perforando el extremo con un dispositivo metálico conocido como “cracker” (Randhawa et al., 2016). Después, se captura el gas que se escapa, en un contenedor grande o en un objeto inflable como un globo, preparando de esta manera el óxido nitroso para la inhalación.

Efectos adversos

El óxido nitroso a altas concentraciones puede producir hipoxia (más fácilmente, cuanto menor es la fracción inspirada de oxígeno inhalada). Es más hidrosoluble que el oxígeno por lo que lo desplaza y disminuye su volumen. Esto ocurre más fácilmente en consumidores por métodos alternativos al globo, pudiendo producir graves quemaduras en vías respiratorias (Kwok M. et al., 2019). Consecuentemente, puede precipitar convulsiones en personas con epilepsia, o arritmias en personas con enfermedad cardiovascular. Excepcionalmente, se han descrito casos de neumomediastino, barotrauma o enfisema subcutáneo.

El abuso crónico de óxido nitroso perturba principalmente el metabolismo de la vitamina B₁₂, pudiendo causar polineuropatía (Thompson et al., 2015). Los primeros informes de casos típicamente involucraban a profesionales de la salud que tenían fácil acceso a la sustancia dentro de su entorno de trabajo, presentados con características clínicas que comprenden disestesia y parestesias en manos y pies, debilidad distal en extremidades, alteración del equilibrio, dificultad para la marcha y pérdida de psicomotricidad fina.

Los síntomas psiquiátricos documentados se han asociado de alguna manera con deficiencias de vitamina B₁₂. Dicho déficit puede debutar con un cuadro sutil de cambio de comportamiento hasta con síntomas psiquiátricos floridos (psicosis, manía, depresión...), sin necesidad de manifestar previamente los conocidos síntomas hematológicos y neurológicos. Se ha hipotetizado que los síntomas psicóticos puedan deberse a una acción antagonista no competitiva en el receptor NMDA, que conduce a una disminución de la neurotransmisión excitadora en el sistema nervioso central. También actúa como un agonista parcial del receptor opioide mu, modulando la actividad de la dopamina a nivel del sistema mesolímbico, aunque no hay consenso en la literatura. Esto puede explicar el potencial adictivo del óxido nitroso y el riesgo de psicosis (Sethi et al., 2006). En estudios de series de casos, el síntoma más común en la presentación fue el delirio paranoide (principalmente el de tipo persecutorio). Se ha demostrado la comorbilidad a nivel de trastorno mental y de comportamiento entre los usuarios, objetivándose una mayor probabilidad de depresión mayor, así como de intentos de suicidio.

Epidemiología y regulación legal

Se trata de la séptima droga recreativa más usada del mundo y su uso está aumentando según el Drug World Survey, siendo uno de los cinco inhalantes más frecuentes mundialmente. Las tasas de prevalencia de abuso van del 12% al 20% entre los jóvenes. Aunque el uso con fin intoxicante está prohibido en algunos países (incluyendo España, Plan Nacional sobre Drogas de 2019), su uso generalizado en la industria alimentaria genera importantes dificultades para restringir su disponibilidad, lo que hace que su control sea muy complejo (Randhawa G. et al., 2016). En base a esto, los estudios poblacionales son comúnmente muy limitados.

Conclusiones

El óxido nítrico, sintetizado por primera vez en 1772, comenzó a usarse en ámbito lúdico, para ser luego empleado como anestésico y en la actualidad como una droga recreativa popular entre los jóvenes. En este contexto, se objetiva un aumento de casos informados de polineuropatía y psicosis entre consumidores habituales.

En base a esto, es prioritario que los servicios de Salud Mental y Atención a Drogodependencias fomenten la educación hacia la población general y el resto del sistema sanitario sobre la actualidad del abuso de esta sustancia, informando de las secuelas que llega a producir. Asimismo, un mayor control del mercado junto con una legislación más restrictiva en el ámbito de la venta a minoristas podría contribuir a reducir el abuso del óxido nítrico.

Bibliografía

- 1.RANDHAWA, Gurch, BODENHAM, Andrew – “The increasing recreational use of nitrous oxide: history revisited”. *Br J Anaesth*. 116:3 (2016) 321-324.
- 2.SMITH, William D. A. – “A History of nitrous oxide and oxygen anaesthesia part x: the early manufacture, storage, and purity of nitrous oxide”. *Brit. J. Anaesth*. 39 (1967) 351.
- 3.KWOK, Matthew A. – “Drug induced psychosis and neurological effects following nitrous oxide misuse: a case report”. *BCMj*. 61:10 (2019) 385-387
- 4.THOMPSON, Alexander - “Whippits, nitrous oxide and the dangers of legal highs”. *Pract Neurol*. 15:3 (2015) 207-209.
- 5.FRANCO GRANDE, Avelino, ÁLVAREZ ESCUDERO, Julián, CORTÉS LAÍÑO, Joaquín - *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, Madrid: Arán ediciones, 2005. pp. 275-277.
- 6.BUSLOV Alexander, CARROLL Matthew – “Frozen in Time: A History of the Synthesis of Nitrous Oxide and How the Process Remained Unchanged for Over 2 Centuries”. *Anesth Analg*. 127:1 (2018) 65-70.



Laughing Gas.

Ilustración 1 - Efectos del óxido nitroso inhalado en una clase (Scoffern, 1839) en la revista "British Journal of Anaesthesia". 1967

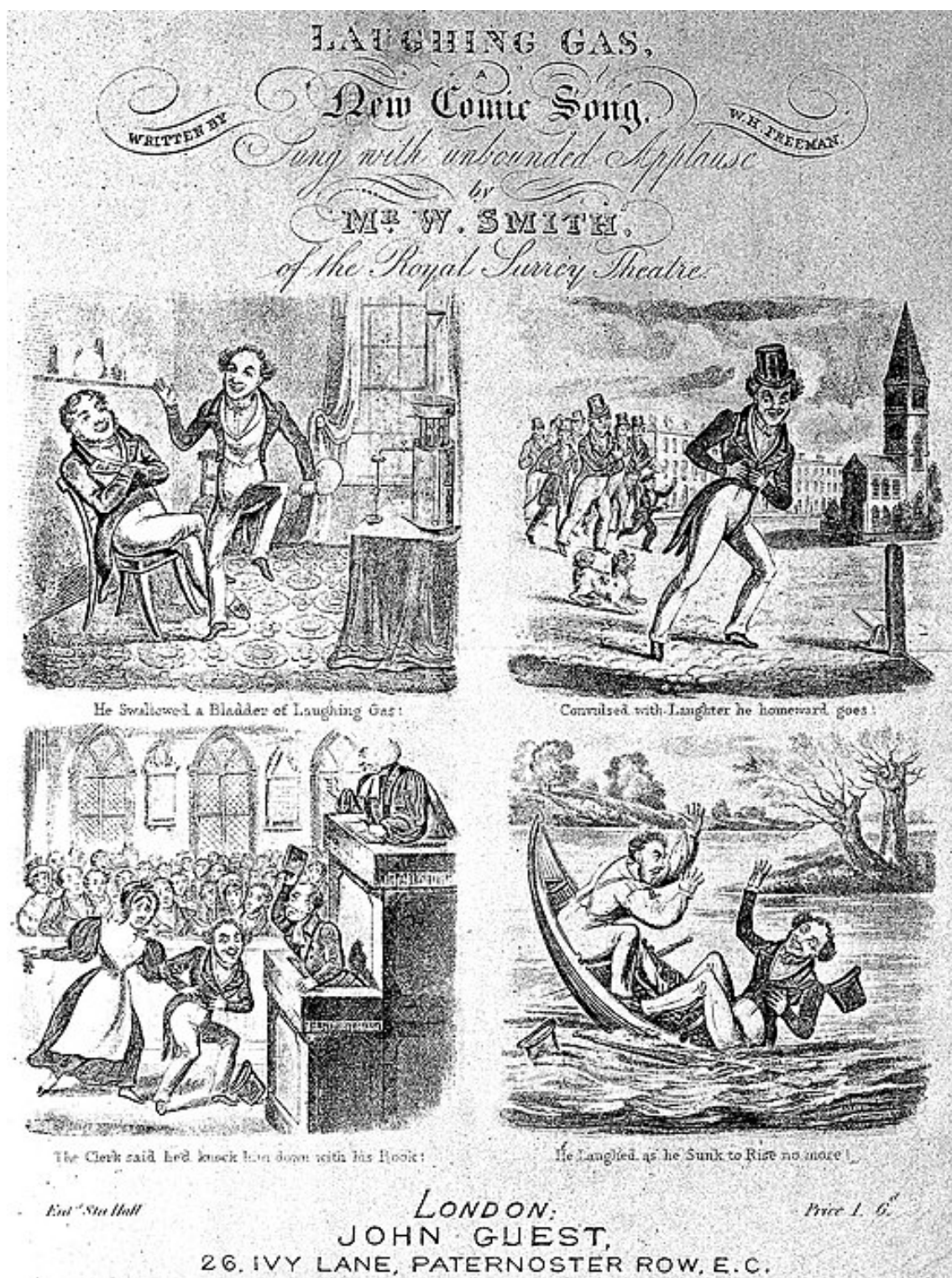


Ilustración 2 - Partitura ilustrada que se cree que ha sido impresa en 1830 que proporciona evidencia de las estimulantes propiedades del óxido nítrico. Obtenida de la revista "British Journal of Anaesthesia". 1967



Ilustración 3 - Botes de aluminio a presión conocidos con el término “whippits”

* Ilustraciones adquiridas de la plataforma Creative Commons.

TRATAMENTOS COM MEDICAMENTOS OU TERAPIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS? O QUE SABEMOS E O QUE NÃO SABEMOS (NA VISÃO DE UM QUÍMICO)

Sérgio P. J. Rodrigues

Universidade de Coimbra, CQC, Departamento de Química

Professor auxiliar

Email: spjrodrigues@ci.uc.pt

Resumo

A história da ciência e as histórias podem ajudar-nos a entender os dilemas. E muitas vezes estes nem existem. São só preconceitos e ilusões cognitivas. Por exemplo, um juiz dá razão a uma mulher que diz que outra a roubou. A condenada diz que a primeira é que a roubou. O juiz diz também que tem razão. As duas dizem que não podem ter ambas razão. E o juiz disse que tinham razão. Tudo vale? Não! A ciência não é relativa e isso, paradoxalmente, é compatível com errar e ter dilemas. Porque a ciência está para além da retórica, tem um laboratório, pode testar e corrigir. Existe atualmente há um debate entre os tratamentos com medicamentos e as terapias não farmacológicas. Neste trabalho, começando por fazer uma história dos testes clínicos do ponto de vista químico e dos métodos que existem para analisar a literatura científica no que concerne à medicina baseada na evidência, e os equívocos da literatura de autoajuda e das visões sociais, referir-se-ão estes dois pontos de vista na perspetiva de um químico.

Palavras-chave: fármacos, terapias psicológicas, especialistas, opinião pública

Abstract

The history of science and stories can help us understand the dilemmas. And often these do not even exist. They are just prejudices and cognitive illusions. For example, a judge gives reason to a woman that says that another woman stole her. The convicted woman says that it was the first one who stole her. The judge also says she is right. Both say that they cannot be both correct. The judge said they are right. Does everything is allowed? No! Science is not relative and this, paradoxically, is compatible with making mistakes and having dilemmas. Because science is beyond rhetoric, it has a laboratory, it can test and correct itself. There is currently a debate between drug treatments and non-pharmacological therapies. In this work, starting by making a history of clinical tests from the chemical point of view and of the methods that exist to analyze the scientific literature, regarding evidence-based medicine, and the pitfalls of self-help literature and social views, these two points of view will be referred to from the perspective of a chemist.

Introdução

Na primeira parte do artigo far-se-á uma história resumida do controlo de qualidade químico dos medicamentos. Tentarei localizar essa análise na parte analítica, evitando os aspetos que são tratados pela farmácia e pela medicina. Na segunda parte, tentar-se-á discutir e rever os vários métodos usados para analisar a literatura científica, dando ênfase particular aos medicamentos e terapias para as doenças mentais. Sempre que nos pareça relevante serão referidos os aspetos mecanísticos que parecem justificar as opções tomadas (CALDAS & RATO, 2020), mas também as limitações destas abordagens, especialmente no que concerne aos medicamentos psicotrópicos e às terapias não-medicamentosas destas áreas da saúde mental que podem ser analisadas numa perspetiva química. Finalmente, são discutidas

algumas terapias com medicamentos e terapias não-farmacológicas e os equívocos que podemos encontrar a nível social destas em relação às atividades de autoajuda e os vários preconceitos que existem a nível social. Qualquer destes temas é muito profundo e complexo, envolvendo vários aspetos. Assim, neste trabalho procurar-se-à fazer uma abordagem geral que é naturalmente centrada na química.

Em Portugal, é famoso o caso de Maria Adelaide, dada em 1918 como inimputável pelos maiores psiquiatras da altura, Egas Moniz, Sobral Cid e Júlio de Matos. Como foi isto possível? Se partirmos do princípio que não havia interesses envolvidos estamos na presença de um erro médico baseado em preconceitos (GONZAGA, 2012; GRAMARY, 2015). Dir-se-ia que era o espírito dos tempos (GONZAGA, 2012; GRAMARY, 2015) mas hoje era inaceitável. Este caso, assim como outros, é paradigmático de que temos de ter instrumentos de análise que evitem os preconceitos e que sejam baseados tanto quanto possível nas evidências. Neste contexto, dominar as subtilezas estatísticas dos diagramas de Forest é fundamental (LEWIS & CLACKE, 2001). O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que vai atualmente na sua versão cinco, DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), tem sido uma tentativa de haver evidências e consenso na comunidade especializada, mas a sua história atual e passada mostra os novos preconceitos que vão sendo introduzidos enquanto se retiram os anteriores. Chamou-me especialmente a atenção a quantidade de doenças relacionadas com abusos químicos que são atualmente referidas. Fazendo uma estatística qualitativa do manual estatístico, cerca de 50% das patologias referidas parecem ter origem em usos ou abusos químicos. Isto também me pareceu um preconceito. A medicina baseada na evidência tem-se tornando a regra em vez das abordagens casuística e das epifanias aleatórias. Os estudos controlados, duplamente cegos, com placebo, são atualmente a regra. Ou seja, atualmente, os estudos clínicos controlados são a regra. Mas a questão não é isenta de problemas, mesmo quando se cumprem todas as regras, como veremos.

Tem havido um grande interesse pelas moléculas alucinogénias (e.g., NUTT & CARHART-HARRIS, 2021) e canabinóides (e.g., THIELE et al., 2020) para tratamentos psiquiátricos ou tratamentos assessoriais. Estas questões têm sido muito debatidas, mas podem também ser preconceitos e modas. Há muito tempo que se debatem as moléculas alucinogénias e canabinóides, mas atualmente estas parecem ser panaceias da mesma forma que antigamente se sugeriam outras. É muito curioso, que os estudos relativos a estas terapias sejam baseados em evidências. Na terapia eletroconvulsiva (ECT) tem sido o mesmo. Como poderemos saber? Fazendo mais estudos... Há meta-análises e revisões sistemáticas (ver mais à frente) que suportam as suas vantagens. Mas há também muitos estudos que não corroboram essa perspetiva. A questão, é que há muitas coisas não sabemos e não sabemos como agir, procurando outras alternativas. Mas muitas vezes o lume é pior que a frigideira.

É também fundamental distinguir os problemas que podem ser resolvidos com autoajuda e com terapias não muito intrusivas, da verdadeira doença mental. O problema é que estes são muitas vezes confundidos, em particular na sociedade, ou que se pensa que evoluem de uma coisa para outra. É também por isso que precisamos de especialistas e medicina baseada na evidência.

Controlo de qualidade químico

O controlo de qualidade moderno, químico e sistemático dos medicamentos envolve, em boa parte, a história da FDA (Food and Drug Administration). Até cerca do início do século XX as pessoas faziam quase tudo o que queriam no que concerne à composição dos medicamentos e ao anúncio dos seus efeitos. Mark Twain (OBER, 2003), por exemplo, desconfia muito (e com razão) dos tratamentos existentes na altura e acaba por criar a sua “própria medicina” a qual evidenciou a importância dos papéis da confiança, da ilusão e do efeito placebo (OBER, 2003).

Historicamente atribui-se a Lind, médico do capitão Cook (COLLIER, 2009), o primeiro estudo controlado, mas encontramos na literatura várias outras propostas, nomeadamente a de van Helmont (DONALDSON, 2016).

Uma das primeiras medidas tomadas foi a do rotulagem. A partir de 1912, os fabricantes deixaram de poder colocar o que quisessem no rótulos. Por incrível que pareça, um elixir poderia ser bom para a queda de cabelo, para o apetite e e outras doenças, sem que nada fosse verificado.

Mais tarde, a partir se 1938, os fabricantes tiveram de demonstrar a segurança dos seus medicamentos. Radica aqui uma boa parte dos ditos “medicamentos órfãos”. Como estes eram usados por muito poucas pessoas, os fabricantes não se incomodaram em fazer os estudos necessários. Nota-se que muitas das medidas surgiram como respostas a problemas que entretanto foram surgindo. Em 1937 ocorreu uma tragédia com dezenas de mortos por usarem elilenoglicol para adoçar um xarope. Em 1948, fizeram os primeiros estudos randomizados (BOTHWELL & PODOLSKY, 2016). Mais tarde, com a tragédia da talidomida, entre 1957 e 1962, em 1962, as entidades reguladoras passaram a exigir dos fabricantes que demonstrassem que os seus medicamentos eram seguros para grávidas e outros aspetos de segurança. Passaram também a exigir que fosse mostrada a eficácia dos medicamentos fabricados.

Com a emergência da SIDA (síndrome da deficiência adquirida) vai colocar-se bastantes vezes a problemática moral de testar medicamentos que poderiam salvar vidas. Este problema, ainda se continua a discutir (HASNAIN, 1996). Em 1981, foram regulados os testes clínicos com humanos. Dessa altura para agora, os testes químicos e clínicos continuaram a evoluir, mas sem que tenham existido os saltos bruscos anteriores.

Atualmente, o controlo de qualidade químico está bem estabelecido, com laboratórios certificados e procedimentos reprodutíveis e traceáveis, mas os medicamentos genéricos (vinte anos depois de patenteados os medicamentos originais, com algumas nuances, perdem a exclusividade, KARKI, 2015) continuam a criar bastantes desafios ao controlo de qualidade. Não só a entidade química deve ser a mesma, como 90% da biodisponibilidade tem de estar contida no intervalo 80 e 125% em relação ao medicamento original (ANDRADE, 2015), ou seja, devem ser equivalentes em termos estatísticos. Entretanto, toda a gente conhece médicos que afirmam que se dão melhor com o medicamento original ou com determinadas marcas de genéricos. Mais uma vez são necessários estudos controlados e em larga escala, não podendo nós depender de impressões pessoais por mais bem intencionadas e formadas que sejam. Isto é especialmente crítico para os medicamentos psicotrópicos de que uma boa parte dos medicamentos já têm o seu genérico. Nisto estão muitas das benzodiazepinas de uso generalizado como o diazepam ou o alprazolam, os recaptadores seletivos da serotonina, fluoxetina e fluvoxamina, a sertalina e os medicamentos para as psicoses como a clorpromazina, entre outros. Entretanto, os estudos clínicos são cada vez mais rigorosos e sujeitos a regras mais exigentes e apertadas. Atualmente não basta desenvolver um medicamento parecido com o anterior (o clássico “me too”) para este ser aprovado, é necessário demonstrar que este é melhor do que o anterior. Isso faz com que seja cada vez mais difícil desenvolver novos medicamentos (e.g., RODRIGUES, 2019).

Análise dos resultados existentes

Há bastantes hierarquias de qualidade e confiança nos estudos publicados. O assunto é bastante complexo e envolve muita estatística e matemática. Mas podemos ver que apenas um estudo, por melhor que seja, revisto com cuidado por pares, envolvendo variáveis controladas duplamente cegas e randomizadas, pode apresentar falhas naturais. A evidência científica precisa de mais estudos. Desde logo, é sempre limitado o número de pessoas envolvidas no estudo. Depois há o risco de se escolherem só os estudos favoráveis (conhecido por “cherry picking”). Por outro lado, há atividades que não podem ser

controladas experimentalmente, mas apenas observadas, são os conhecidos estudos observacionais. A deficiência de não ser possível controlar as variáveis costuma ser compensada por um número muito maior de participantes e uma análise temporal muito maior. Fala-se assim de *coortes* (envolvimento de um grande número de pessoas com as mesmas características) de estudos longitudinais e transversais (mais conhecidos como “cross-sectional”). Estes estudos reprodutíveis continuam a ter muitos limites. As perguntas podem não ser adequadas. A observação pode ter variáveis escondidas. No caso dos estudos transversais podemos ter os casos prospectivo e retrospectivo conforme o estudo é planejado para o futuro ou usa dados do passado. O primeiro caso costuma ser considerado melhor, uma vez que não se pode mudar o passado e podem existir dados que não foram recolhidos. Como são publicados muitos estudos de todo o tipo, alguns autores tentam fazer revisões sistemáticas e críticas (e.g. (DASKALOPOULOU et al., 2017; KRAUSE et al. 2019; MOSELEY & BUTLER, 2015; MIKLOWITZ et al. 2021) Vários nomes são usados. É muito curioso o uso da expressão “revisão narrativa” (e.g., NASLUND et al. 2017), que, de alguma forma, não esconde que os autores fazem uma interpretação dos estudos existentes (o que os outros também fazem, embora tendo como guia a estatística). Por outro lado, pode juntar-se a isso uma meta-análise, embora esta possa ser independente ou não existir na revisão sistemática. As meta-análises basicamente são análises estatísticas da literatura científica (muitas delas já análises). Como é óbvio, esta análise pode estender-se até ao infinito.

Recentemente, um artigo com uma meta-análise dos efeitos personalizados dos depressivos foi publicado em Fevereiro de 2020, posteriormente retratado (ÖNGÜR & BAUCHNER, 2020) e republicado de novo (com alterações e novas conclusões) recentemente (MASLEJ et al., 2021). Esta história é bastante instrutiva pois o primeiro estudo (retirado) concluía que havia evidência de efeitos personalizados, algo que é de senso comum, enquanto que o segundo não fornece essa evidência. A diferença (aparte um maior número de estudos incluídos no segundo estudo, mas ambos envolvendo quase cem estudos e vinte mil pessoas) é essencialmente estatística. No primeiro caso, quando fizeram o ajuste a uma reta (sempre necessário nas meta-análises para corrigir vários efeitos) não consideraram efeitos aleatórios no declive e na ordenada na origem. Isto é especialmente interessante pois aquilo que é tomado como senso comum e de que há casos famosos como o aparente suicídio de Primo Levi (GRAMARY, 2015) e vários outros (e.g., RODRIGUES, 2019) não é evidenciado pelos estudos mais detalhados. Há muitos aspetos a considerar. Por exemplo, tem sido mostrado que o famoso artigo de Rosenhan (1973) tinha erros metodológicos e que as conclusões não eram suportadas pelas evidências (e.g. CUMMINGS, 2020; GRIGGS, BLYLER, & JACKSON, 2020).

Outro caso interessante são as terapias eletroconvulsivas (ECT). Tem havido um retorno à ECT (KHO et al. 2003), mesmo de médicos que preferem terapias menos invasivas, mas as evidências podem afinal ser enganadoras (CHAPLIN, 2021) e a taxa de sucesso pode ser baixa (JELOVAC, KOLSHUS, & MCLOUGHLIN, 2013). Depois de décadas a ser utilizada com base em pressupostos duvidosos, sem se saber como funcionava, tem havido mais recentemente tentativas de perceber como a ECT funciona em termos biológicos (e.g. SINGH & KAR, 2017), mas, embora seja usado muito jargão, não temos a certeza de este ser convincente.

Finalmente, existem trabalhos de consenso. Se forem bem feitos, envolvendo muitos especialistas que analisam as análises e sensibilidades existentes, são a opinião, baseada na evidência, mais segura. O problema é que envolvem muitos passos que podem falhar. Claro que o uso das palavras não é garantia da qualidade. Estas têm de ser suportadas por evidências robustas. A “medicina baseada na evidência” tem de ser demonstrada. Ajuda muito ser de uma revista de confiança, o trabalho ser revisto por pares e conhecer os autores,

mas não é suficiente (MA et al. 2020). Em resumo, não há estudos perfeitos, mas estamos atualmente muito melhor do que antes.

Equívocos e preconceitos

Existem equívocos e preconceitos em relação às terapias (feitas por profissionais), os medicamentos (receitados por profissionais) e as atividades de autoajuda. Os livros de autoajuda dirigem-se a questões emocionais (e.g. GOUGH, 1993; NIERENBERG, 1997; MARINOFF, 2002; ROJAS, 2003; LITVINOFF, 2005; DAYER, 2006; PETERSON, 2018) e dão conselhos sensatos - embora nem sempre - (e.g. PETERSON, 2019), podem ser contraditórios (e.g. NIERENBERG, 1997; DYER, 2006) não se dirigem a situações de doença mental (embora também os haja, envolvendo conselhos e explicações mistas, e.g., ABREU, 2001; MARCH & BENTON, 2007; FONSECA, 2017; ANTUNES, 2018). Pensa-se que os problemas emocionais e sociais possam despoletar doenças mentais (O manual DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) inclui uma parte de caracterização do risco psico-social) mas nem sempre isso acontece nem as doenças mentais são, muitas vezes despoletadas, por problemas emocionais ou sociais.

O narrador do livro “Sábado” de Ian McEwan é um neurocirurgião assaltado por um paciente com coreia de Huntington. Reflete este que, havendo seis mil milhões de cérebros em circulação (na altura), alguns devem estar avariados. Temos agora mais mil milhões de cérebros. Infelizmente alguns estão avariados.

Há muitas pessoas que acreditam que a doença resulta de um qualquer desequilíbrio e que se cura obtendo de novo o equilíbrio. Isso parece ser uma reminiscência de um pensamento antigo que tem perdurado até aos nossos dias - a teoria dos humores e dos vasos comunicantes. Sabemos hoje que os equilíbrios são muito mais complexos e não se restabelecem fazendo o seu contrário. E sobretudo a doença não se cura dentro do mesmo paradigma. Mas as ideias atávicas e os preconceitos vão-se mantendo.

Os livros de autoajuda sempre estiveram aqui. São famosos os livros de Aristóteles e Marco Aurélio, por exemplo. Mas a autoajuda era algo diferente, tinha mais que ver com o sentido da vida (BUTTON, 2001; ÁLVAREZ, 2007). Esta questão que foi claramente enunciada por Albert Camus, que o suicídio é o problema filosófico mais importante. Saber se uma vida deve ou não ser vivida. E assim, da psicologia chegamos à filosofia (BUTTON, 2001; ÁLVAREZ, 2007). Muitas obras têm seguido este caminho que faz sentido para pessoas saudáveis que querem assim permanecer (ABREU, 2001; GRUEN, 1986), mas dificilmente curam doentes. Não há notícias de a psicanálise ter curado alguém realmente doente (WEBSTER, 2002).

Nos livros de Watzlawick e colaboradores (e.g. WATZLAWICK, BEAVIN, & JACKSON, 1967) esta problemática e as terapias parecem reduzir-se aos problemas e paradoxos da comunicação. Não há referência a medicamentos psicotrópicos e as drogas referidas são as de abuso.

Os medicamentos passaram socialmente de panaceias tontas para serem encaradas como uma espécie mal necessário (MARINOFF, 2002), sendo que a melhor terapia seria comportamental. Há mais de quatrocentas terapias registadas mas as clássicas são bem conhecidas (psicanálise, grupanálise assim como as mais modernas do psicodrama e programação neuro-linguística entre outras). As técnicas de meditação profunda conhecidas como “mindfulness” não são, ao contrário, do que é por vezes é dito, uma coisa nova. As palavras e as atitudes podem ter mudado mas é, na minha opinião, muito parecida com as técnicas de focagem e meditação clássicas. A psicologia enativa (e.g. GALLAGHER, 2017), que tem prometido uma visão holística e mais profunda, pode também ser uma ilusão.

Elisabeth Wurzel, que se suicidou recentemente, escreveu um livro de memórias (WURTZEL, 1996), do qual foi feito um filme com o mesmo nome, muito influentes ambos, em que descreve a sua luta com a depressão. Há muitos outros livros e filmes que, de alguma

forma, vão criando e sendo espelho de vários preconceitos contra os medicamentos em especial os psicotrópicos.

Os medicamentos psicotrópicos e uma nova atitude perante a doença mental vieram diminuir muito os internamentos (ver, e.g., as referências em RODRIGUES, 2019). O ideia de recuperação vai substituindo o paradigma do tratamento. Por exemplo, no livro de resumos do no 9th European Congress of Mental Health (9thECMH), são referidos cerca de cem vezes a expressão “tratamento” e cerca cinquenta vezes a expressão “recuperação.” As terapias não-farmacológicas referidas e apresentadas 9thECMH, envolviam música, jogos, arte e artesanato, exercício físico, grupos que realizavam atividades exteriores, entre outras. Estas atividades suportadas por alguns estudos (e.g., DASKALOPOULOU et al., 2017) e de que tenta uma explicação científica (e.g., KUO, 2015) envolvem um maior consumo de tempo e vários tipos de cuidadores especializados nas enfermarias.

Num outro congresso - o XI Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental (CIHLPDM) - uma jovem psiquiatra, referia que estes não tinham disponíveis os medicamentos que queriam. Há doenças mentais que resistem aos modernos tratamentos medicamentosos e também às terapias não-farmacológicas. Por isso, acabam por ser relevantes as discussões sobre a ECT, os alucinogénios e os canabinóides, mas mesmo com estudos positivos, a realidade deve ser tomada com “um grão de sal”. São precisos novos medicamentos e mais investigação, mas os medicamentos só funcionam em quem os toma (MECHLER & HÄGE, 2019).

São relevantes as discussões (e.g. STRECHT, 2018; ANTUNES, 2018; ESTRADA, 2019) sobre o uso do metilfenidato (vulgo Ritalina) e os vários equívocos envolvidos. Para complicar as coisas, há estudos que dizem que se exagera nos medicamentos psicotrópicos em Portugal (e.g. ALMEIDA, 2018). Alguns médicos acham que se exagera nas terapias medicamentosas para adolescentes (STRECHT, 2018), enquanto outros afirmam que é criminoso não fornecer os medicamentos necessários (ESTRADA, 2019). A sociedade polariza-se, sem que saiba muito assunto. O manual DMS V identifica a hiperactividade como uma doença cada vez mais comum. Muitos esquecem que o metilfenidato é um genérico que está presente desde os anos 1950. Como é muitas vezes referido, a saúde mental não é simplesmente ausência de doença do foro mental, mas sim um estado de bem estar e de realização pessoal. Tem sido apontado que há, em termos estatísticos, excesso de medicação envolvida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019). Talvez estejam mal distribuídos: tem-nos quem não precisa, não os tem quem precisa. O papel dos químicos medicinais é assim, neste contexto, obter melhores medicamentos, com menos efeitos secundários, dando resposta à jovem psiquiatra que indicou ainda não os ter.

Conclusões

Como deveremos responder à pergunta que dá título ao artigo (tratamentos farmacológicos versus terapias não medicamentosas)? Vários autores (e.g. KRAUSE et al., 2019) tentaram respondê-la usando os métodos da medicina baseada em evidências. Mas, provavelmente a resposta não é única e vai depender das circunstâncias. Como não-profissional, acho que é importante reconhecer que o terapeuta é que melhor conhece o paciente. Mas estes não devem ter preconceitos quanto a medicamentos ou terapias comportamentais.

Referências

- ABREU, J. L. Pio de - *Como tornar-se doente mental*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- ALMEIDA, João Miguel Caldas de - *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018.
- ÁLVAREZ, Ramiro J. - *Como sair do labirinto: uma filosofia para viver melhor*. Coimbra: Tenacitas, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (Quinta edição). Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

- ANDRADE, Chittaranjan - Bioequivalence of Generic Drugs: A Simple Explanation for a US Food and Drug Administration Requirement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76 (2015) e742–e744.
- ANTUNES, Nuno Lobo - *Sentidos: o grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento*. Alfragide: Lua de Papel, 2018.
- BOTHWELL, Laura E., PODOLSKY, Scott H. - The Emergence of the Randomized, Controlled Trial. *New England Journal of Medicine*, 37 (2016) 501-504.
- BUTTON, Allan de - *O consolo da Filosofia*. Lisboa: D. Quixote, 2001.
- CALDAS, Alexandre Castro, RATO, Joana - *Neuromitos: o que realmente sabemos sobre como funciona o cérebro*. Contraponto, 2020.
- CHAPLIN, Steve - ECT meta-analyses ‘wrong’ about efficacy. <https://www.progressnp.com/news/ect-meta-analyses-wrong-about-efficacy/> (acedido 8 de Fevereiro de 2021)
- COLLIER, Roger - Legumes, lemons and streptomycin: A short history of the clinical trial. *Canadian Medical Association*, 180 (2009) 23-24.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - *Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS, 2019.
- CUMMINS, Ian - Rereading Rosenhan. *Illness, Crisis & Loss*, 28 (2020) 38-50.
- DASKALOPOULOU, C., STUBBS, B., KRALJ, C., KOUKOUNARI, A., PRINCE, M., PRINA, A.M. - Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 38 (2017) 6–17.
- DONALDSON, I. M. L. - van Helmont’s proposal for a randomised comparison of treating fevers with or without bloodletting and purging. *Journal Real College Physicians of Edinburg*, 46 (2016) 206–213.
- DYER, Waine W. *As suas zonas erróneas*. Idea y Creacion Cultural, 2006.
- ESTRADA, Nuno Mealha (Coord.) - *Os inimigos das crianças: a iliteracia científica e os mitos da ignorância*. Porto: Campo da Letras, 2019.
- FONSECA, Helena - *A ansiedade nos adolescentes e jovens: hoje não é o último dia do resto das nossas vidas*. Lisboa: Verso da kapa, 2017.
- GALLAGHER, Shaun - The Past, Present and Future of Time-Consciousness: From Husserl to Varela and Beyond. *Constructivist Foundations*, 13 (2017) 91-97.
- GONZAGA, Manuela - «Crónica de um erro médico» A História de Maria Adelaide Coelho da Cunha. Em Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. *Actas do 1º Colóquio de História da Psiquiatria do Centro Hospital Conde de Ferreira*, GRAMARY, Adrián (coordenação), Edição Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012, pp. 185-198.
- GRAMARY, Adrián - *Palco da Loucura*. Porto: Idioteque, 2015.
- GOUGH, Tony - *Não diga que a culpa é minha: Como deixar de se culpabilizar a si e aos outros*. Lisboa: Difusão Cultural, 1993.
- GRIGGS, Richard A., BLYLER, Jenna, JACKSON, Sherri L. - New Revelations About Rosenhan’s Pseudopatient Study: Scientific Integrity in Remission. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*, 2020, Advance online publication.
- GRUEN, Arno - *A traição do eu: o medo da autonomia no homem e na mulher*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1986.
- JELOVAC, Ana, KOLSHUS, Erik, MCLOUGHLIN, Declan M. - Relapse Following Successful Electroconvulsive Therapy for Major Depression: A Meta-Analysis. *Neuropsychopharmacology*, 38 (2013) 2467–2474.
- HASNAIN, Mehrul, RUDNICK, Abraham, BONNELL, Weldon S., REMINGTON, Gary, LAM, Raymond W. - Use of Placebo in Clinical Trials of Psychotropic Medication. Position Paper. *Canadian Psychiatric Association*, 1996.
- KARKI, Laba - *Review of FDA Law Related to Pharmaceuticals: The Hatch-Waxman Act, Regulatory Amendments and Implications for Drug Patent Enforcement*. Report, 2015.

KHO, King Han, van VREESWIJK, Michiel Floris, SIMPSON, Steve, ZWINDERMAN, Aeilko H. - A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *Journal of ECT*, 19 (2003) 139-147.

KRAUSE, Marc, GUTSMIEDL, Katharina, BIGHELLI, Irene, SCHNEIDER-THOMA, Johannes, CHAIMANI, Anna, LEUCHT, Stefan - Efficacy and tolerability of pharmacological and non-pharmacological interventions in older patients with major depressive disorder: A systematic review, pairwise and network meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29 (2019) 1003–1022.

KUO, Ming - How might contact with nature promote human health? Promising mechanisms and a possible central pathway. *Frontiers in Psychology*, 6 (2015) artigo 1093.

LEWIS, Steff, CLARKE, Mike - Forest plots: trying to see the wood and the trees. *BMJ*, 322 (2001) 1479-1480.

LITVINOFF, Sarah - *Aprenda a confiar em si: como aumentar a sua auto-estima*. Casa da Letras, 2005.

MA, Lin-Lu; WANG, Yun-Yun; YANG, Zhi-Hua; HUANG, Di; WENG, Hong; ZENG, Xian-Tao - Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: what are they and which is better? *Military Medical Research*, 7 (2020) artigo 7.

MASLEJ, Marta M., FURUKAWA, Toshiaki A., CIPRIANI, Andrea, ANDREWS, Paul W., SANCHES, Marcos, TOMLINSON, Annika, VOLKMANN, Constantin, MCCUTCHEON, Robert A., HOWES, Oliver, GUO, Xin, MULSANT, Benoit H. - Individual Differences in Response to Antidepressants: A Meta-analysis of Placebo-Controlled Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4564 (Published online February 17, 2021).

MARCH, John S.; BENTON, Christine M. - *Talking back to OCD: the program that helps kids and teens to say “no way” and parents say “no way”*. New York: Guilford Press, 2007.

MOSELEY, G. Lorimer; BUTLER, David S. - Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 16 (2015) 807-813.

MARINOFF, Lou - *Mais Platão, menos Prozac!* Lisboa: Presença, 2002.

MECHLER, Konstantin, HÄGE, Alexander - “Drugs Don’t Work in Patients Who Don’t Take Them” Medication Adherence in Adolescents with Mental Illness. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47 (2019) 528–534.

MIKLOWITZ, David J., EFTHIMIOU, Orestis, FURUKAWA, Toshi A., SCOTT, Jan, MCLAREN, Ross, GEDDES, John R., CIPRIANI, Andrea - Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78 (2021) 141-145.

NASLUND, John A., ASCHBRENNER, Kelly A., ARAYA, Ricardo, MARSCH, Lisa A., JUNÜTZER, Jürgen, PATEL, Vikram, BARTELS, Stephen J. - *Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature*. *Lancet Psychiatry*, 4 (2017) 486–500.

NIERENBERG, Gerard I - *Não errar é humano*. Lisboa: Livros do Brasil, 1997.

NUTT, David, CARHART-HARRIS, Robin - The Current Status of Psychedelics in Psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 78 (2021) 121-122.

OBER, K. Partick - *Mark Twain and medicine*, Columbia: University of Missouri Press, 2003.

ÖNGÜR, Dost, BAUCHNER, Howard - Notice of Retraction: Maslej et al. Individual Differences in Response to Antidepressants: A Meta-analysis of Placebo-Controlled Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, 77 (2020) 607-617.

PETERSON, Jordan B - *12 regras para vida: Um antídoto para o caos*. Alfragide: Lua de Papel, 2018.

RODRIGUES, Sérgio P. J. - Moléculas psicotrópicas e literatura: uma visão química. Em *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental — IX*. PEREIRA Maria Leonor, PITA, João Rui (Coords.) Coimbra: 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), 2019.

ROJAS, Enrique - *Uma Teoria da Felicidade*, Coimbra: Tenacitas, 2003.

ROSENHAN, David L. - On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179 (1973) 250-258.

SINGH, Amit, KAR, Sujita Kumar - *How Electroconvulsive Therapy Works?: Understanding the Neurobiological Mechanisms. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 15 (2017) 210-221.

STRECHT, Pedro - *Hiperactividade e défice de atenção*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018.

THIELE, Elizabeth A.; BEBIN E. Martina; BHATHAL, Hari; JANSEN, Floor E.; KOTULSKA, Katarzyna; LAWSON, John A.; O'CALLAGHAN, Finbar J.; WONG, Michael; SAHEBKAR, Farhad; CHECKETTS, Daniel; KNAPPERTZ, Volker - Add-On Cannabidiol Treatment for Drug-Resistant Seizures in Tuberous Sclerosis Complex: A Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology* (2020) e204607.

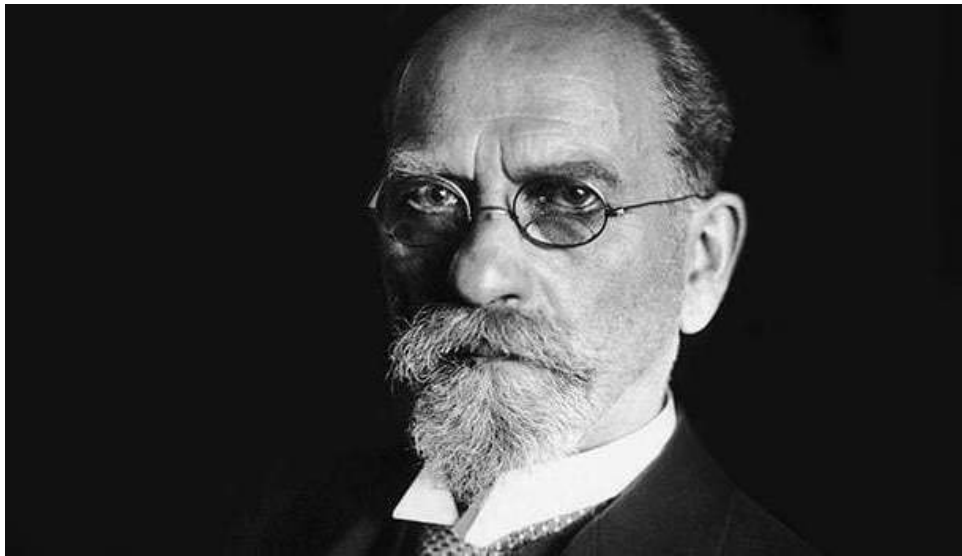
WATZLAWICK, Paul, BEAVIN Janet Helmick, JACKSON, Doti D. - *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. Oxford: Norton, 1967.

WEBSTER, Richard - *Freud estava errado. Porquê? Pecado, ciência e psicanálise*. Porto: Campo das Letras, 2002.

WURTZEL, Elizabeth - *Prozac Nation: Young And Depressed In America - A Memoir*. Londres: Quartet Books, 1996.

Agradecimentos

O Centro de Química de Coimbra (CQC) é apoiado pela Fundação para Ciência e a Tecnologia (FCT), Portugal, através dos projetos UIDB/QUI/00313/2020 e UIDP/QUI/00313/2020.



E. Husserl

(In: <https://www.todamateria.com.br/fenomenologia/>)

A FENOMENOLOGIA E O SEU CONTRIBUTO PARA A PSIQUIATRIA

Sandra Teles Nascimento¹; Carolina Alves Rodrigues; Miguel Carneiro²

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL)¹;

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM)²

Email: sandrateles@hotmail.com

Resumo

A fenomenologia foi criada pelo filósofo E. Husserl como alternativa ao *zeitgeist* moldado pelo cientismo positivista e reducionista, que abreviava a realidade aos dados das ciências empíricas à ordem dos fenómenos físicos e psíquicos, condicionando a cosmovisão e desumanização do homem.

Assim, a fenomenologia desenvolve-se com o objetivo de retomar a originalidade do sujeito, como E. Husserl salienta no tratado *A filosofia com Ciência do Rigor*, “captação fenomenológica da essência, o seu verdadeiro sentido”.

Karl Jaspers, apesar da discordância na conceptualização da fenomenologia, define-a como o estudo da experiência humana, contribuindo para a prática da disciplina da Psiquiatria, trazendo conceitos da filosofia como um método empático, atual aos dias de hoje, que permitia olhar para a manifestação do sofrimento, acontecimentos psicológicos ou físicos, colocando de lado explicações de causa ou função, olhando assim para a experiência da pessoa pelo modo *como esta é sentida*, tornando-a uma experiência compreensível.

Palavras-chave: fenomenologia; Edmund Husserl; Karl Jaspers; fenomenologia e psiquiatria; psicopatologia e fenomenologia

Abstract

Phenomenology and its contribution to Psychiatry — Phenomenology was created by the philosopher E. Husserl as an alternative to the *zeitgeist* shaped by positivist and reductionist scientism, which shortened reality to the data of empirical sciences and the order of physical and psychic phenomena, conditioning the worldview and the dehumanization of man.

Thus, phenomenology takes back the subject's originality, as E. Husserl points out in the treatise *Philosophy with Science of Rigor*, “Phenomenological capture of the essence, its true meaning”.

Despite the disagreement in the conceptualization of phenomenology, Karl Jaspers defines it as the study of human experience, contributing to the practice of the discipline of Psychiatry, bringing concepts of philosophy as an empathic method, still relevant nowadays, which allowed the observation of the manifestations of suffering, psychological or physical events, while subtracting explanations of cause or function, ultimately looking at the person's experience by how it is felt, making it an understandable experience.

Keywords: phenomenology; Edmund Husserl; Karl Jaspers; phenomenology and psychiatry; psychopathology and phenomenology

Introdução

O que é a fenomenologia?

A Fenomenologia (do grego *phainesthai* - aquilo que se apresenta - e *logos* explicação, estudo) corresponde ao estudo das estruturas da experiência. A estrutura central da experiência é a sua intencionalidade, a forma como é direcionada através do seu conteúdo ou significado a

um objeto no mundo. É o estudo dos “fenómenos”: a aparência das coisas, ou da forma como as coisas se integram na nossa experiência.¹

A fenomenologia estuda a estrutura de vários tipos de experiência, desde a percepção, pensamento, memória, imaginação, emoção, desejo e volição, à consciência corporal, ação corporal e atividade social.¹

Este capítulo tem por objetivo a exploração da inegável ligação entre a fenomenologia enquanto corrente filosófica e da psicopatologia enquanto ciência empírica, no domínio da psiquiatria. Trata-se de uma breve revisão histórica do conceito, salientando a importância do trabalho de vários autores na cimentação da sua relevância.

Breve história da loucura

Durante os séculos III e IV a.C., Hipócrates considerava que todas as doenças teriam causas naturais. A loucura, não obstante, seria consequência de uma condição cerebral.²

Galeno acreditava que a loucura era resultado de uma perturbação no equilíbrio de três sistemas: os quatro humores (sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis preta); três órgãos do corpo (cérebro, coração e fÍgado), responsáveis pelo intelecto, vitalidade e desejo, respetivamente, e três faculdades pertencentes à alma (razão, imaginação e memória).²

Durante os séculos XVII e XVIII, houve um indubitável avanço no conhecimento anatómico e fisiológico de órgãos como o cérebro e o coração. Surgem, em 1800, o Tratado de Philippe Pinel e, posteriormente, os trabalhos descritivos de Esquirol. Pinel advogava que o louco não perde totalmente a razão, possuindo sempre uma reserva de normalidade relativamente ao seu delÍrio. A loucura era, no entanto, uma patologia originada em valores morais - hábitos, paixões prejudiciais e pressão social - que atingiria um indivíduo hereditariamente predisposto.³

A passagem para o século XIX vê as descrições de insanidade mental baseadas, sobretudo na observação do comportamento público e das competências psicossociais sofrerem grandes alterações, sendo que as experiências subjetivas ganham valor clínico, factos que revelavam o estado mental do indivíduo, ao qual os psiquiatras podiam aceder através da forma dialógica, usando o método da introspeção.³ Podemos argumentar que este terá sido o precedente inicial do desenvolvimento da psicopatologia descritiva como hoje a conhecemos.

A origem - Edmund Husserl (1859-1938)

Durante a viragem do século XIX para o século XX, a Europa vive uma crise política, social e talvez *existencial*, fruto das revoluções industriais e ideológicas, num mundo cada vez mais *globalizado* e competitivo.

A fenomenologia, como método e pensamento, foi concebida pelo filósofo Edmund Husserl (1859-1938), consagrando o estudo da natureza fundamental da consciência e da experiência subjetiva, intuindo-se como uma alternativa para superar o positivismo reducionista, o ceticismo e o psicologismo.^{4,5}

O pensamento positivista reduzia a realidade aos dados das ciências empíricas, ao mero “*saber dos factos*”, o que subordinava a cosmovisão do homem, culminando na sua própria desumanização.⁴

Deste modo, a fenomenologia pretendia resgatar a originalidade do sujeito do “*cientismo*” vivido, contrapondo o naturalismo, onde a natureza física era definida como “tudo o que existe é físico e como tal pertence ao complexo unitário da natureza física; ou melhor, mesmo que seja psÍquico, não é mais do que uma variante que depende do físico”. A fenomenologia favorecia, então, um caminho para a subjetividade pura e transcendental como princípio e para a origem da realidade e das ciências. (4) Citando E. Paci, no tratado Função das Ciências e Significado do Homem, significava “a luta contra o uso alienante das ciências para a reconquista do significado do homem, da sua sociedade, da sua história”.⁴

Portanto, durante a experiência comum ou na investigação científica e mesmo na relação com o mundo, detemos consciência das coisas “*fora*” e “*dentro de nós*”, aquilo a que designamos de “*atitude natural*”. Ao invés, a fenomenologia pretende investigar a “*própria consciência*” como refere Júlio Fragata em A Fenomenologia de Husserl: “O que se encontra encerrado no campo da consciência”.^{5,6} De acordo com o pensamento *husserliano*, a fenomenologia seria o método capaz de “*fazer*” da filosofia uma ciência de rigor, definindo o fenómeno como “*o que aparece à luz, que se mostra*”, antes de qualquer teoria, “*a própria coisa revelada à consciência*” designando-a como “*pura ou absoluta*”.^{4,6} Isto implicaria, para o seu fundador, o estudo comum dos objetos e dos atos volitivos e afetivos da consciência. Mais tarde, com o amadurecimento da fenomenologia *husserliana*, o “*fenómeno puro*”, na sua aceção mais rigorosa, passaria a ser definido como o “*conteúdo intencional da consciência*”.⁶ O método fenomenológico, posteriormente desenvolvido por filósofos como Heidegger, Scheler e Merleau-Ponty, contemplava uma estrutura de conceitos comuns; a *epoché* ou redução fenomenológica, a redução eidética e a redução transcendental.⁴

Redução fenomenológica - Epoché

Refere-se à adoção de uma atitude refletida, não interessada, como o próprio Husserl descreve: “um índice de indiferença, de nulidade gnosiológica que afirma: a existência de todas as transcendências, quer eu acredite quer não, não me concernem em nada”. Centralizava assim o foco apenas na natureza da consciência, exigindo para tal o que se designava como “*redução*” ou o conhecimento da essência dos objetos.⁴ Tal seria possível pela *epoché*, a porta de entrada da fenomenologia, que implica colocar uma determinada existência “*entre parêntesis*” - suspender a atenção a tudo - conteúdo representativo, empírico e factual das “*coisas*” - exceto à própria consciência, mantendo o foco na nossa atitude pré-teórica, *naïve*, de confiança acrítica na realidade que nos rodeia e na qual estamos imersos.^{4,7} Como Husserl refere “*nas coisas em si*”, salientando a intencionalidade “*das coisas que temos diante dos olhos*”.^{4,5} Neste sentido, Husserl salienta a alteridade entre a psicologia como ciência empírica e a própria fenomenologia como ciência *pura* no sentido *kantiano*, que encara a natureza e a própria consciência como qualidades em si, sem ênfase no que representam ou ao que se vinculam.⁵

Influenciado pela perspectiva de *intencionalidade* de Franz Brentano, Husserl utiliza este mesmo conceito como central à consciência. Citando Grayling A.C.: “Na percepção, o nosso olhar é dirigido para o exterior, na direção das coisas. Na reflexão, o olhar é interior, para a própria experiência; apreendemos a experiência subjetiva que se vive, na qual as coisas se tornam “*conscientes*” para nós”. Para Husserl, a intencionalidade seria a característica essencial desta mesma “*experiência*” ou “*consciência*”.⁵

Redução Eidética

Por outro lado, através da redução eidética - eidos ou essência (redução à essência das *coisas*) - e por meio da intuição pura, são alcançadas as essências universais e fundamentais à estrutura da própria consciência, anunciando como Grayling expõe, “a base *a priori* da experiência [utilizando como técnica] ... a «variação imaginária», permutando variações possíveis da experiência, para revelar o que tem de permanecer igual ao longo das variações”.^{4,5} Ou seja, o caráter intencional da consciência indica que a *noese*, ou seja a atividade da consciência, orienta-se para o próprio conteúdo da atividade, ou seja o *noema*, no fundo a própria consciência.⁴ É baseada em algo cuja universalidade e verdade podem ser intuitivamente reconhecidas com uma certeza semelhante à da lógica e da matemática.⁸ Husserl acreditava que o método fenomenológico orientava o nosso olhar e a exploração da nossa própria experiência, permitindo testemunhar um mundo presente “*para nós*” e que diz respeito à própria subjetividade da consciência.⁴

Redução Transcendental

Por fim, a redução transcendental, reduz o eidético a um patamar superior, atingindo o plano do *eu* e, deste modo, o mundo da experiência transcendental ou *mundo da vida*, como Husserl reitera: “Não encerrar a realidade do homem numa rede de causalidade e encontrar fora do mundo da ciência, o mundo da realidade vivida”.⁴ Não encerrando uma visão apenas solipsista, Husserl considerava o *mundo da vida* como aquilo que diz respeito ao ambiente social, político, histórico, no mundo onde as pessoas interagem e se comunicam entre si, como esclarece Grayling.⁵

O ego ou *eu husserliano* é colocado como um “*eu puro e transcendental*”, características estas sobre a própria essência do homem ou da existência humana que o existencialismo vem mais tarde questionar. Assim, o existencialismo como corrente de pensamento surge inicialmente pela necessidade em dar ênfase ao caráter primário da singularidade enfatizada por S. Kierkegaard, ou seja, na irredutibilidade da pessoa a um mero momento de uma totalidade ou processo. Assim, o existencialismo contemporâneo retoma este enunciado pelo olhar de autores como Heidegger, Sartre, Jaspers e Merleau-Ponty, baseando esta análise no método fenomenológico, mas colocando a tônica na existência humana e na sua relação com o mundo, nascendo assim a tradição fenomenológico-existencialista.^{4,9}

“Dasein” Martin Heidegger (1889-1976)

Foi talvez um dos filósofos mais notáveis dos nossos tempos, este debruçou-se em questões enunciadas por Aristóteles (no tratado *Metafísica*) sobre “*o significado do ser*”, desenvolvendo assim, estas mesmas questões acerca da natureza do próprio ser, ou seja, na compreensão do que significava “*ser*”.⁴ Influenciando várias correntes da filosofia continental, desde o existencialismo à hermenêutica e mais tarde o pós-construtivismo.

A fenomenologia *Heideggeriana* afasta-se das perspectivas *Husserlianas*, nomeadamente nos conceitos sobre um “*eu puro transcendental desligado do mundo*”, debruçando-se numa análise da existência, “*Dasein*” ou “*ser-aí*”, que desenvolve estruturalmente em conceitos como “*ser-no-mundo*”, cuidado e temporalidade.⁴ Heidegger, deste modo, influencia autores como Binswanger, Boss, entre outros; alentando um novo *olhar* na abordagem à psicopatologia e psicoterapia.¹⁰

A percepção de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961)

Merleau-Ponty, filósofo francês, inspirado pelas palestras de Paris de Edmund Husserl, deu relevantes contributos em diversas áreas, particularmente na Fenomenologia. Merleau-Ponty considerava os estudos fenomenológicos restritivos, particularmente no que diz respeito à metodologia fenomenológica de Husserl e à ontologia de Sartre, criando as suas próprias análises existenciais inicialmente fortalecidas por estudos científicos de comportamento e da psicopatologia.¹¹

Na sua obra publicada em 1945 “*Fenomenologia da Percepção*”, Merleau-Ponty rejeita o dualismo cartesiano dando primazia à percepção do indivíduo na constituição do processo fenomenológico, desenvolvendo o conceito de “*ambiguidade*” e explorando interação sujeito-objeto. Para Merleau-Ponty, a consciência emerge da percepção e da relação que o indivíduo, como ser histórico, estabelece com o mundo. Esta primazia dada à percepção e ao corpo, significa para Ponty dar primado à experiência na medida em que a percepção se torna uma dimensão ativa e constitutiva, uma abertura primordial para o mundo vivido (*Lebenswelt* de Husserl).¹²

Mais tarde, na sua obra “*O Visível e o Invisível*” Merleau-Ponty explora a estrutura dinâmica da visibilidade, a ideia de que não há olhar sem ponto de vista, estabelecendo um paralelismo entre o indivíduo que vê com o que é visto e com o toque e o tocado, exemplificando esta reversibilidade na tactilidade “*Devemos habituar-nos a pensar que todo visível se inscreve no tangível... a visão é palpar com o olhar*”.¹³

Merleau-Ponty explora também na sua obra conceitos freudianos como o de “sobredeterminação” e sexualidade, descrevendo uma “fusão entre sexualidade e existência”, uma atmosfera ambígua em que “tudo o que nós vivemos e pensamos tem sempre vários significados”. (1962; 169)

A Fenomenologia ontológica e existencialista de Jean-Paul Sartre (1905-1980)

Falar de Jean-Paul Sartre é falar de Fenomenologia. Tal como Husserl, Sartre favorecia o estudo da ontologia, da natureza do ser, da sua realidade e da existência dos entes. Na sua vastíssima obra, o reconhecido filósofo existencialista francês dedica, tal como Husserl, parte considerável dos seus textos filosóficos a uma crítica da separação cartesiana radical da consciência e do mundo, considerando que o ser humano vive numa unidade indissociável da mente, do corpo e do mundo. Sartre propõe também um retorno ao *eidós*, uma “suspensão” suprimindo todos conceitos estabelecidos “*a priori*”, em que a introdução do “outro” é condição indispensável pois cada homem existe no mundo com os outros homens, o homem é uma consciência cercada por outras consciências.¹⁴

Durante os seus estudos demonstrou interesse sistemático na Psicologia, apresentando no seu discurso fenomenológico críticas à visão naturalista reducionista das emoções humanas, bem como à abordagem psicanalítica das emoções. Ainda que o próprio não questione a importância da interpretação no processo psicanalítico, Sartre aponta para a contradição e incompatibilidade entre o vínculo de causalidade e compreensão dos fenómenos emocionais em que as teorias psicanalíticas se baseiam. Para Sartre, importa o ser humano na sua situação, a essência desses mesmos fenómenos emocionais, apontando que o estabelecimento de significado deve ser através do envolvimento do ser humano com o mundo.¹⁵

Sartre estabelece uma bela ligação com o Existencialismo, definindo-o a partir do princípio de que, não existindo Deus, “*há pelo menos um ser no qual a existência precede a essência*”, ou seja, o homem primeiro existe e depois é; primeiro age e depois define-se a partir de tal ação. Não existe, portanto, uma “natureza” dada previamente, não se define antes de existir, mas a sua definição, o que ele é, a sua “essência” será o que ele fizer, será o que ele constrói, existindo. Segundo Sartre, o homem está “condenado a ser livre”, apresentando-se estruturalmente como um projeto, responsável das suas próprias ações e da atribuição contínua de significados à sua existência.¹⁵

A contribuição de Karl Jaspers (1883-1969)

A ligação entre Psicopatologia e Fenomenologia foi postulada por Karl Jaspers na sua obra “Psicopatologia Geral”. No lançamento da sua primeira edição, em 1913, Jaspers escrevia num período de incrível avanço das neurociências, conhecido como a “primeira fase biológica” da Psiquiatria.¹⁶

Ao definir o termo fenomenologia, Jaspers usa-o apenas para descrever a experiência psíquica individual. É mais próximo do uso primordial do termo segundo Husserl, no sentido da ligação entre a psicologia descritiva e os fenómenos da consciência. Jaspers rejeita, no entanto, a definição do termo como a “aparência das coisas”, argumentando que impõe uma redução eidética que obriga à exclusão de perceções inespecíficas ou alteradas.¹⁶

Jaspers enfatiza a natureza empírica da fenomenologia, intrinsecamente ligada à comunicação com o doente, considerando que a única informação fiável é a que vem do próprio, na primeira pessoa. No entanto, ao invés das ciências naturais, esta depende largamente das representações mentais do observador. Assim, Jaspers distingue a Psiquiatria como prática da Psicopatologia como ciência, alertando para a importância do reconhecimento dos limites da aplicação da psicopatologia como psiquiatria, nomeadamente a incapacidade de reduzir inteiramente o indivíduo humano a conceitos psicopatológicos.¹⁷

Este refere que à fenomenologia compete “apresentar de maneira viva, analisar as suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e designar com

termos fixos os estados psíquicos que os doentes vivenciam”.¹⁷ “Só o que realmente existe na consciência deve ser representado” - ou o princípio de Husserl, “*Back to the things themselves*”; “O que é dado acima do que é interpretado” - a atitude fenomenológica pressupõe a abstração dos contextos, o encarar a vivência como um todo, e o abandono das ideias teóricas explicativas.⁷

É fundamental a narração de todos os fenómenos psíquicos, toda a vivência que surge na exploração do doente e nas suas próprias descrições. O objetivo da fenomenologia, definido por Jaspers como compreensão estática, é reproduzir vividamente os fenómenos mentais verdadeiramente experienciados pelo doente, rever as suas relações e delimitá-los tão precisamente quanto possível, diferenciando-os e classificando-os segundo uma terminologia fixa. Para isto, é necessário o abandono de todos os preconceitos pessoais e teóricos.¹⁸ O objetivo final é o reconhecimento do que há de idêntico dentro da multiplicidade de experiências.¹⁷

Jaspers conceptualiza também a diferença entre as atitudes naturalistas e personalistas admitindo que a psicopatologia será um ramo da psicologia, na tentativa de enquadrar e compreender as motivações e intenções do outro, com certos limites - a aparente disrupção das conexões motivacionais ditas “normais”, por exemplo, nos casos típicos de esquizofrenia. Aqui, a compreensão empática deve ser substituída por uma explicação causal, e a atitude do psiquiatra dever-se-á tornar naturalística.⁷

Breve olhar na Fenomenologia Contemporânea

Durante o século XX, o conceito de fenomenologia foi desenvolvendo distintas conceções onto-epistemológicas e técnicas apreensivo investigativas, de acordo, com a visão dos diferentes autores como Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty e Jaspers; como acima citado. Posteriormente, autores como Binswanger e Blankenburg, entre outros mais modernos como Raus, Parnas, Bovet e Wiggins, tornaram-se fundamentais na história da psicopatologia fenomenológica psiquiátrica.⁹

A fenomenologia contemporânea pode ser caracterizada pelo domínio do diálogo crítico e cooperação com outras disciplinas tais como as ciências cognitivas, a psiquiatria, a teologia, teoria da arte, literatura e estudos de género. A abertura a outras abordagens, linguagens e métodos de investigação é a principal característica distintiva da fenomenologia contemporânea.¹⁹

A Fenomenologia e o seu contributo para a Psiquiatria

Importa à disciplina da Psiquiatria não apenas o olhar biológico, mas também a qualidade da experiência do indivíduo. Compreender a relação entre experiência subjetiva, cérebro e o modo como se classificam as Perturbações Mentais representa, deste modo, uma abordagem fenomenológica da psicopatologia, a qual engloba tais princípios como centrais.⁷

A abordagem fenomenológica em psicopatologia não exclui a possibilidade ou mesmo a utilidade em pensar no fenómeno como sintoma causado por uma disfunção com capacidade de ser tratada, mas permite explorar a experiência vivida e o significado dessa mesma experiência. Aborda as Perturbações Mentais tendo por base uma estrutura desprovida de pressupostos teóricos colocando a tónica na forma e conteúdo da experiência subjetiva do indivíduo, podendo mesmo admitir-se como o sustentáculo da psiquiatria que, facultando uma linguagem comum, permite o entendimento entre pares.⁷

Recentemente, as fronteiras da psicopatologia fenomenológica têm-se expandido para a criação de novos modelos explicativos de doença, bem como no desenvolvimento de estratégias terapêuticas que visam a abordagem da existência na sua plenitude.²⁰

A nossa compreensão da vivência humana determina o nosso sucesso na compreensão das experiências psicopatológicas. Isto influencia o nosso comportamento enquanto profissionais de saúde. É inegável que a abordagem fenomenológica e os seus princípios

permitem uma abordagem mais humana, mais próxima do doente, possibilitando uma estratégia radicalmente diferente na prática da psiquiatria que capta a existência em todas as suas determinações e singularidades.²⁰

Conclusão

A fenomenologia é considerada o estudo da natureza fundamental da consciência e da experiência subjetiva. No momento presente, concebemos várias abordagens em fenomenologia que partilham entre si o estudo das estruturas da experiência.

Pioneiro na consideração do método fenomenológico para descrever a experiência psíquica individual, Karl Jaspers não só enaltece a importância da comunicação com o doente e a obtenção da informação pelo próprio, como também torna comunicáveis os fenómenos subjetivos ao descrevê-los e nomeá-los, tornando a abordagem à subjetividade não somente uma partilha de experiências como ainda um conhecimento sistematizado e testável.⁹

A abordagem fenomenológica apela ao diálogo interdisciplinar, permitindo a fusão, diálogo ou, pelo menos, a consideração das várias possibilidades de pensar as Perturbações Mentais. As distintas perspetivas teóricas, ao diminuírem os limites de uma colaboração parcelar, e ao compartilhar o olhar fenomenológico, podem influenciar de modo benéfico o sentido da pesquisa e da práxis psiquiátrica.²¹

*Autor Correspondente: Sandra Nascimento | sandrateles@hotmail.com | Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Avenida do Brasil 53, Lisboa, Portugal, ORCID 0000-0003-4238-9555

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Bibliografia

- 1 - SMITH, David Woodruff - *Phenomenology in Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford University. 2018 Retirado de <https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>
- 2 - CUTTING, John - *Principles of Psychopathology: Two Worlds - Two Minds - Two Hemispheres*, New York: Oxford University Press Inc., 1997.
- 3 - CALDEIRA, Rui Gabriel da Silva - *Filosofia e Psiquiatria - Loucura, dialética e liberdade. Da Antropologia de Hegel à abordagem crítica e fenomenológica da Psiquiatria no século XX*, Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2015.
- 4 - CORDON, Juan; Martínez, T. - *História Da Filosofia dos pré-socráticos à filosofia contemporânea*. Lisboa: Edições 70, 2016.
- 5 - GRAYLING, A.C. - *Uma História Da Filosofia*, Lisboa: Edições 70, 2020.
- 6 - FRAGATA, Júlio - *A fenomenologia de Husserl como fundamento da filosofia*. Braga: Faculdade de Filosofia de Braga, Livraria Cruz, 1959
- 7 - STANGHELLINI, G. et al. - *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Chapter One. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 8 - SASS, Louis A.; FISHMAN, Adam - *Introspection, Phenomenology and Psychopathology*, in *The Oxford Handbook of Phenomenology and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 9 - RODRIGUES, A. - *Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia*, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 8:4 (2005) 754-768.
- 10 - STANGHELLINI, G. et al - *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Chapter Four. Oxford: Oxford University Press, 2019
- 11 - STANGHELLINI, G. et al -, *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Chapter Six. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 12 - MERLEAU-PONTY, M. - *Phenomenology of Perception*, trans. C. Smith. New York: Routledge & Kegan Paul, 1962.-
- 13 - MERLEAU-PONTY, M. - *The Visible and the Invisible*, ed. C. Lefort, trans. A. Lingis. Evanston: Northwestern University Press, 1968.

- 14 - STANGHELLINI, G. et al. - *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Chapter Five. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 15 - PEREIRA, Deise Quintiliano - *Sartre Fenomenólogo*, Estudos e Pesquisas em Psicologia, 8:2 (2008)
- 16 - STANGHELLINI, G. et al - Broome, M.; Fusar-Pilo, P.; Raballo, A.; Rosfort, R. - *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Chapter Thirteen. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- 17 - JASPERS, Karl - *Psicopatologia Geral*, Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1979.
- 18 - HAFNER, Heinz (2015), *Descriptive Psychopathology, Phenomenology and the Legacy of Karl Jaspers*, Dialogues in Clinical Neuroscience. 17:1 (2015)
- 19 - ADAMIAK, M.; Pokropski, M. (2018), *The landscape of Contemporary Phenomenology*, Institute of Philosophy of The University of Warsaw, 2018.
- 20 - MESSAS, G. et al (2018), *New Perspectives in Phenomenological Psychopathology: Its Use in Psychiatric Treatment*, Frontiers in Psychiatry. 9:466 (2018)
- 21 - FERNANDEZ, Anthony Vincent - *Phenomenology and the Crisis of Contemporary Psychiatry: Contingency, Naturalism, and Classification*, Graduate Theses and Dissertations. 2016 Retirado de <http://scholarcommons.usf.edu/etd/6235>

TRATAMENTO DO AGRESSOR SEXUAL – UMA PERSPETIVA HISTÓRICA

Filipa Andrade* ; Diogo Barbosa* ; Berta Ramos* ; Márcia Mota**

*Interna Formação Específica em Psiquiatria; **Assistente Hospitalar Psiquiatra

Centro Hospitalar e Universitário de São João

Email: fcmandrade@gmail.com; diogocdup2@gmail.com

Resumo

A percepção social sobre o comportamento sexual tem evoluído ao longo do tempo. Apenas no final do século XIX, o comportamento sexual desviante passou a ser considerado um problema médico, passível de intervenção. O objetivo deste trabalho é abordar a história do tratamento dos agressores sexuais desde o final do século XIX e a sua evolução no século XX. A castração física foi o primeiro tratamento médico dirigido aos agressores sexuais (1892). Desde então surgiram novas opções farmacológicas (hormonais e não-hormonais) e não farmacológicas (neurocirurgia). As abordagens psicoterapêuticas foram sendo desenvolvidas na segunda metade do século XX com a terapia cognitivo-comportamental a ganhar um papel crescente. Assim, o tratamento dos agressores sexuais tem acompanhado a evolução conceptual ao longo do século XX com programas de terapia cognitivo-comportamental e tratamentos médicos, que se mantêm até à atualidade.

Abstract

Social perception of sexual behaviour has evolved over time. Only at the end of the 19th century deviant sexual behaviour came to be regarded as a medical problem, subject to intervention. The aim of this paper is to address the history of the treatment of sexual offenders since the end of the 19th century and its evolution throughout the 20th century. Surgical castration was the first medical treatment aimed at sexual offenders (1892). Since then, new pharmacological (hormonal and non-hormonal) and non-pharmacological (neurosurgery) options have emerged. Psychotherapeutic approaches were developed in the second half of the 20th century with cognitive-behavioral therapy gaining an increasing role. Thus, treatment of sexual offenders has followed the conceptual evolution throughout the 20th, with cognitive behavioural programs and medical treatments, which continues until today.

Introdução

Os agressores sexuais (AS) constituem um grupo heterogéneo de indivíduos cujo comportamento de agressão pode ou não estar associado a uma patologia médica [5]. Os crimes sexuais são desde há muito considerados um problema de extrema relevância social e política, com impacto significativo nas vítimas, nas suas famílias e na sociedade como um todo. Este reconhecimento levou ao desenvolvimento e implementação de intervenções psicofarmacológicas e cirúrgicas destinadas ao tratamento destes indivíduos com o objetivo de reduzir o risco de reincidência [27]. O objetivo deste trabalho é abordar a história do tratamento dos AS desde o final do século XIX e a sua evolução no século XX.

Discussão

Ao longo da história da humanidade foram sendo impostos limites relativamente ao tipo de comportamento sexual considerado como aceitável pelas sociedades, existindo graus de variação assinaláveis entre diferentes culturas. O conceito de desvio sexual foi sujeito a mudanças, de acordo com a perspetiva social vigente a cada momento. Existem vários fatores que explicam a percepção de um comportamento sexual como desviante: consentimento, idade dos envolvidos, natureza do ato sexual, localização do ato sexual, frequência e tipo de

prática sexual, implicação de dano ou *distress*, entre outros. A evolução da noção de sexualidade desviante foi levando ao questionamento da sua legitimidade enquanto condição médica genuína, sendo que muitos a consideraram como uma escolha de um estilo de vida sexual ou um comportamento sexual determinado por uma disposição criminoso. Trata-se de um tema controverso que conduziu, no século XX, devido a pressões sociais, à implementação de intervenções médicas [5, 23, 27].

Apenas no final do século XIX, o comportamento sexual desviante passou a ser considerado um fenómeno médico, passível de intervenção, com a publicação de “Etude medico-légale sur les attendants aux moeurs 7th Editions”, pelo psiquiatra francês Ambroise Tardieu (1878) e de “Psychopathia Sexualis”, um livro da autoria do psiquiatra alemão Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), publicado em 1886, onde se realizou um levantamento sistemático e completo das diferentes formas de perturbação da vida sexual humana. É nesse contexto que se inicia o tratamento dos AS [23].

Tratamento cirúrgico

A prática da castração cirúrgica em humanos não é um fenómeno recente, tendo sido utilizada com diversos propósitos, em diferentes épocas. Já na Idade Média era usada para punir os que cometiam violações ou adultérios [25]. A castração cirúrgica (orquidectomia bilateral) com um objetivo terapêutico foi praticada, pela primeira vez, por Forel, em 1892, num doente com “imbecilidade” para curar a dor neurálgica dos testículos e a hipersexualidade [23]. A castração cirúrgica para tratamento dos AS existe na Europa desde o início do século XX. Os dinamarqueses foram pioneiros, tendo legislado com esse objetivo, em 1929. Heim e Hirsch estimaram que entre 1929 a 1973, existiram aproximadamente 1.100 casos de orquidectomia na Dinamarca [6]. Seguiram-se países como a Alemanha (1933), a Noruega (1934), a Finlândia (1935), a Estónia (1937), a Islândia (1938), a Letónia (1938) e a Suécia (1944), que promulgaram leis semelhantes [25]. Na Alemanha, esta prática resultou do Ato Alemão Nazi de 24 de novembro de 1933, e levou à castração involuntária de 2800 indivíduos considerados AS, entre 1934-1944 [25, 26]. O princípio subjacente às leis de castração cirúrgica na Europa era a eliminação dos impulsos sexuais, que se acreditava serem o fator etiológico associado ao comportamento sexual desviante. Embora nenhuma legislação tenha sido promulgada na Suíça, na Holanda e na Groenlândia, a castração foi usada também como meio de tratamento de AS. Em Portugal e nos restantes países da Europa do mediterrâneo não se implementou legislação nesse sentido e não se usou esta forma de tratamento [26]. Nos Estados Unidos da América (EUA), a castração cirúrgica era praticada em reclusos já em 1899. Nessa altura, Harry Sharp, no estado do Indiana, castrou cirurgicamente cerca de 180 reclusos do sexo masculino com o propósito de reduzir os seus impulsos sexuais e de diminuir a reincidência de crimes de natureza sexual [22]. Durante o século XX foi uma prática utilizada nos EUA para tratamento dos AS. Foi inclusivamente usada para castrar indivíduos com debilidade intelectual, como parte de um movimento baseado da eugenia, que levou à esterilização de 60000 americanos até ao período da segunda Guerra Mundial [20]. Na Europa, a prática da castração cirúrgica foi sendo abandonada nos anos setenta do século passado, permanecendo apenas na República Checa, onde a castração voluntária de AS é praticada em condições específicas, nomeadamente, quando a farmacoterapia está contraindicada, e na Alemanha [11, 23]. Devido à repercussão pública do movimento de eugenia, a castração cirúrgica foi abandonada nos EUA, até à década de 90 do século XX, quando voltou à vanguarda do debate público [20]. Em 1996, o estado da Califórnia promulgou legislação que permitia a castração cirúrgica, seguindo-se o estado do Texas (1997), do Iowa e do Luisiana, todos com diferentes enquadramentos legais [25]. Devido à sua natureza irreversível, ao facto de as evidências clínicas demonstrarem que nem sempre é eficaz na redução dos comportamentos desviantes, ao perfil de efeitos laterais, à existência de terapêutica farmacológica e a questões éticas e legais relevantes (caráter

invasivo, irreversível e mutilante deste procedimento), a castração cirúrgica caiu em desuso, mesmo nos países que ainda a permitem [20, 22, 25, 26].

A neurocirurgia estereotáxica foi outro procedimento cirúrgico utilizado para o tratamento dos AS, entre meados de 1960 até ao final de 1970, quando as indicações para hipotalamotomia foram alargadas para incluir o tratamento das parafilias [1, 16]. O principal alvo da cirurgia era o núcleo ventromedial do hipotálamo, que era destruído, em alguns casos, bilateralmente. Os entusiastas da psicocirurgia acreditavam que o hipotálamo controlava o comportamento sexual (excitação sexual e os comportamentos impulsivos) e pretendiam, desta forma, tratar os AS [1, 16]. O primeiro procedimento foi realizado por Roeder em 1962, na Alemanha Ocidental, que tratou um indivíduo do sexo masculino descrito como um pedófilo homossexual [1, 16]. Entre 1962 e 1979 foram tratados 75 doentes desta forma na Alemanha. A psicocirurgia foi abandonada na década de 80, em consequência de profundas críticas e acesos debates, dado tratar-se de uma técnica irreversível, com sequelas significativas e sucesso questionável [1, 16, 23].

Tratamento farmacológico

O desenvolvimento da terapêutica farmacológica durante o século XX, as condicionantes associadas às abordagens cirúrgicas descritas anteriormente e a noção de que a resposta e o comportamento sexuais têm por base mecanismos biológicos, destacaram o papel da farmacoterapia no tratamento dos AS. Na década de 40, na América do Norte, deu-se o início do tratamento dos AS com fármacos [23].

A primeira classe farmacológica utilizada no tratamento dos AS foram os estrogénios. Em 1940, Dunn descreveu a utilização do stilboestrol no tratamento de um recluso condenado por um ato de agressão sexual. Em 1944, Foote, usou o mesmo fármaco para tratar vários AS. O primeiro estudo foi publicado em 1949 por Golla e Hodge, tendo sido reportada a eficácia desta terapêutica em estudos posteriores [2, 23]. No entanto, a existência de um conjunto de efeitos laterais importantes, nomeadamente, feminização, cancro da mama, doença isquémica cardiovascular e cerebrovascular levaram a que este tratamento não fosse amplamente aceite e fosse posteriormente substituído por fármacos que tinham como principal mecanismo a redução dos níveis de testosterona ou a diminuição da sua atividade, chamados de tratamentos de privação androgénica (TPA). Incluem-se, dentro deste grupo, o Acetato de Ciproterona (ACP) e o Acetato de Medroxiprogesterona (AMP) e os análogos da hormona libertadora de gonadotropinas (GnRH) que, podendo diminuir os níveis de testosterona para níveis similares aos observados na castração física, têm um efeito reversível [21, 23, 24].

A utilização do ACP e do AMP no tratamento dos AS data da década de 60 do século passado [23]. O ACP é um esteroide sintético, similar à progesterona, que atua como inibidor competitivo da testosterona e da hidrotosterona nos recetores androgénios. Tem também uma ação progestagénica potente inibindo a secreção de GnRH e diminuindo a libertação da GnRH e da hormona luteinizante (LH) [18, 24]. A sua primeira utilização no tratamento dos AS, nomeadamente, em exibicionistas ocorreu na Alemanha, onde foi conduzido um estudo que mostrou eficácia de 80% em doentes com parafilias [23]. Foi aprovado em 1973, pelas entidades europeias, para o tratamento das perturbações parafilicas e foi um agente de castração química comumente usado em toda a Europa no século XX [24]. O AMP é um derivado da progesterona usado como contraceptivo, no tratamento do cancro da mama e na endometriose [3, 17]. Exerce, tal como a ACP, um efeito de feedback negativo no eixo hipotálamo-hipófise, provocando a diminuição da secreção de GnRH e LH. Aumenta a ligação da testosterona à globulina transportadora das hormonas sexuais, reduzindo a disponibilidade da testosterona livre, podendo também ligar-se aos recetores dos androgénios; acelera o metabolismo da testosterona, reduzindo os seus níveis plasmáticos ao potenciar a sua depuração [3, 17]. Em 1966, John Money foi o primeiro a usar a AMP para

tratar um indivíduo com uma parafilia (pedofilia) tendo, desde então, sido empregue nos EUA com este propósito, mas prescrito “*off label*” [17, 23]. O tratamento com estes fármacos é responsável por efeitos laterais importantes – feminização, ginecomastia, ganho ponderal, osteoporose, toxicidade hepática, fenómenos tromboembólicos, alterações metabólicas – o que colocou algumas restrições à sua utilização [18, 21]. Para além disso, os resultados inconsistentes no tratamento dos AS e os resultados obtidos com a castração cirúrgica, motivaram a investigação relativa aos análogos da GnRH [23, 24].

Na década de 80 do século XX foram introduzidos os análogos na GnRH como terapêutica dos AS [17, 24]. Estes fármacos atuam, inicialmente, ao nível da hipófise, estimulando a libertação de LH (resulta num aumento transitório da testosterona). Depois da estimulação inicial, a administração contínua destes agonistas causa uma rápida dessensibilização dos recetores da GnRH, resultando na diminuição da secreção de LH e dos níveis de testosterona (abaixo dos níveis de castração) [17, 24]. Em 1985, Allolio *et al* trataram com Leucoprorrelina um pedófilo; em 1988, Brahams reportou a eficácia da Gosserrelina no tratamento de um agressor sexual (pedófilo) e Thibaut *et al* (1993) publicaram o primeiro estudo aberto com Triptorrelina em seis doentes com perturbações parafilicas [23]. Os efeitos laterais mais comuns destes fármacos são: fadiga, ginecomastia, ganho ponderal, osteoporose, diabetes, hipertensão arterial e humor depressivo [21, 24]. No final do século passado estavam disponíveis três análogos – Triptorrelina, Leuprorrelina e Gosserrelina – cuja aprovação para o tratamento de AS com perturbações parafilicas só ocorreu em 2007 (são fármacos mais eficazes na diminuição das fantasias sexuais parafilicas, impulsos e comportamentos, mas que, dados os efeitos inibitórios marcados na resposta sexual, deverão ser utilizados em indivíduos com parafilias graves e de alto risco) [24]. Nesta altura desconhecia-se a duração do tratamento necessária para cessar os comportamentos sexuais desviantes e a eficácia destes fármacos no recidivismo, questões que permanecem por esclarecer [3, 23].

A maioria dos países permitiam a utilização de TPA de forma voluntária, ainda que em alguns casos pudesse ser uma condição formal para a liberdade condicional dos AS (Bélgica, Dinamarca, Estónia e Suécia). Oito estados dos EUA (Califórnia, Florida, Iowa, Oregon, Montana, Wisconsin e Georgia) tinham estatutos legais para a utilização de TPA no tratamento de doentes parafilicos que cometessem agressões sexuais, com distintas implementações [24]. Em Portugal, até ao final do século XX, não existia legislação quanto à implementação da castração química, apesar de hoje o ACP estar aprovado pelo Infarmed para o tratamento do impulso sexual em casos de desvio sexual com parafilias [8, 24].

Durante o século XX foi investigado o papel de outras classes farmacológicas no tratamento dos AS.

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs) foram estudados com este objetivo, tendo por base três linhas de investigação: o uso das monoaminas como contributo para a diminuição não específica do desejo sexual, o atraso na ejaculação/orgasmo e a disfunção erétil, a presença de comorbilidades associadas às parafilias (elevada frequência de sintomas depressivos e ansiosos nos AS e o impacto destes no processo terapêutico) e as similaridades existentes entre as perturbações obsessiva-compulsiva e as parafilias (ambas podem ocorrer na adolescência e continuar na idade adulta e ambas se caracterizam por pensamentos intrusivos, obsessões e fantasias que são egodistónicas) [7, 23]. O objetivo era reduzir o desejo, as fantasias sexuais e o comportamento parafilico através do efeito dos fármacos na transmissão serotoninérgica [4]. Na década de 90 iniciaram-se a maioria dos estudos (que são escassos), sendo a Sertralina e a Fluoxetina os mais estudados [4]. Duas vantagens dos SSRIs prendem-se com o facto de poderem ser usados no tratamento de homens e mulheres e de apresentarem um perfil mais benigno em termos de efeitos laterais [3, 4]. Foram usados “*off label*” e os estudos sugeriam utilidade no tratamento de perturbações ansiosas e depressivas muitas vezes presentes nestes indivíduos [23].

Os antidepressivos tricíclicos também foram alvo de investigação, tendo sido levados a cabo estudos com a Clomipramina na década de 90. No entanto, dado o perfil de efeitos laterais comparativamente aos SSRIs estão limitados ao tratamento da comorbilidade [4, 23].

Os antipsicóticos foram também estudados no século passado para o controlo do comportamento sexual dos AS, nomeadamente, devido aos seus efeitos na elevação da prolactina. Existem relatos de caso com o Benperidol, a Tioridazina, o Haloperidol e a Risperidona cujos estudos, na sua globalidade, não mostraram eficácia no tratamento dos AS com perturbações parafilicas [23, 24]. São raros os casos de agressão sexual em doentes esquizofrénicos relacionados com delírios, sendo portanto, úteis apenas em doentes específicos [19, 23]. Para além disso, estão associados a vários efeitos secundários e potencialmente graves [19].

Os anticonvulsivantes e o Lítio foram utilizados de forma esporádica ao longo do século XX no tratamento dos AS, existindo pouco estudos (não controlados), que não demonstraram eficácia, na ausência de doença bipolar associada [23].

Apesar da existência de experiência clínica e conhecimento teóricos relevantes, nomeadamente no tratamento das parafilias, não existia (nem existe) evidência científica robusta neste campo dada a escassez de estudos controlados, randomizados e duplamente cegos. Isto deve-se, por um lado, a questões éticas e, por outro, à dificuldade em extrair conclusões devido às limitações metodológicas dos estudos [23].

O tratamento farmacológico dos AS levantou, ao longo do século XX e continua a levantar na atualidade várias questões éticas que se relacionam com o equilíbrio entre a segurança pública e a necessidade de tratamento. Embora a farmacoterapia possa reduzir a intensidade patológica dos impulsos sexuais não contribui para o desenvolvimento de consciência e de responsabilidade moral dos AS. Torna-se, contudo, justificável considerando a alta taxa de vitimização dos mesmos. Um outro dilema prende-se com o conflito entre a coerção e o livre arbítrio, que está patente em muitos casos. Dado que o consentimento informado implica que o indivíduo seja competente para tomar uma decisão e que esteja cabalmente informado das suas consequências, levanta-se a questão da sua validade quando o indivíduo está encarcerado ou quando um agressor sexual com perturbação parafilica é submetido a tratamento coercivo. Um outro aspeto relevante associa-se ao facto de a maioria dos regimes jurídicos não especificar se a terapêutica farmacológica dos AS é restrita àqueles que apresentam diagnóstico de perturbação parafilica, podendo ser aplicado, eventualmente, a qualquer agressor com risco de reincidência [3].

Psicoterapias

As primeiras tentativas de lidar com o comportamento sexual não convencional datam do fim do século XIX, apesar de na segunda metade desse século muitos cientistas e clínicos abordarem os desvios da sexualidade humana [23, 27]. As psicoterapias psicanalítica/psicodinâmica e cognitivo-comportamental procuraram desde essa altura explicar o comportamento sexual desviante, inicialmente com preponderância para a perspetiva psicanalítica/psicodinâmica, embora tenham existido sempre em paralelo (em 1882 Charcot e Magnan e em 1895 Schrenk-Notzing procuraram tratar a homossexualidade através do que hoje conhecemos como recondicionamento masturbatório) [9]. Ao longo do século XX observou-se o desenvolvimento das psicoterapias para o tratamento dos AS, aplicadas isoladamente ou em conjunto com a terapêutica farmacológica [23]. Estas tornaram-se uma componente essencial do tratamento dos AS embora se questione a sua eficácia na prevenção a longo prazo das agressões sexuais. O desenvolvimento da avaliação e tratamento modernos dos AS tiveram início em meados dos anos 60 no século passado com o crescimento da teoria comportamentalista. De facto, na década de 70, as terapêuticas psicodinâmicas foram gradualmente abandonadas em favor das abordagens comportamentais. No entanto, os vários programas não-comportamentais que operaram

antes de 1969 foram fulcrais para estabelecer as psicoterapias como formas de tratamento neste domínio [9, 15].

As primeiras descrições de intervenções comportamentais para o tratamento de uma variedade de comportamentos sexuais desviantes deu-se sob a forma de terapia aversiva, utilizando agentes químicos (ex. apomorfina) ou físicos (terapia de aversão elétrica), sendo o foco, exclusivamente, a eliminação das preferências sexuais desviantes domínio [9, 15]. Num curto período de tempo tornaram-se no procedimento escolhido para tratar homossexuais, travestis e fetichistas. Estas formas simplistas de terapia comportamental dos AS não demonstraram ser eficazes na produção de alterações permanentes do comportamento, pelo que foram substituídas, na década de 70, por programas que começaram a incidir no recondicionamento de estímulos sexuais normativos (deixando as preferências sexuais de ser o foco único das intervenções) [10, 15]. Um exemplo desta mudança de visão é o procedimento desenvolvido por Marquis (1970), que denominou de recondicionamento orgásmico [13]. Neste período destacou-se o trabalho desenvolvido pelo psiquiatra americano Gene Abel, que coloca as terapias cognitivo-comportamentais como centrais no tratamento dos AS, e que passa a dar ênfase às fantasias sexuais (que traduzem processos cognitivos), incluindo nos seus programas outras intervenções, como é o caso do treino de competências sociais, da educação sexual, do treino de assertividade e de outras questões sexuais (disfunções e papel de género) [10, 15]. O primeiro programa compreensivo que incorporou a ideia de que os AS deveriam ser ensinados a interagir de forma eficaz com parceiros adultos foi o publicado por Marshall e Williams (1975) [14]. Este programa procurou não só modificar as preferências sexuais mas também melhorar as competências sociais e providenciar educação sexual. Também neste período se deu o estabelecimento da falometria como elemento central da avaliação dos AS. Em 1975 teve lugar em São Francisco a primeira conferência na qual se discutiu o tratamento deste indivíduos numa perspetiva cognitivo-comportamental. Seguiu-se em 1977, a primeira conferência dedicada em exclusivo ao tratamento e avaliação dos AS, que teve lugar em Memphis. Na década de 80 a principal inovação foi a adaptação do modelo da prevenção de recaída, utilizado no campo das adições [10, 15]. Em 1985, na Califórnia, Marques desenvolveu o Projeto de “Avaliação e Tratamento dos Agressores Sexuais”, o de maior escala até à data realizado. Tratou-se do Programa inovador (SOTEP), realizado no hospital estadual de Atascadero, que incluiu quatro características importantes: (a) um desenho experimental com a atribuição aleatória de voluntários que eram incluídos em grupos de tratamento e não-tratamento; (b) um programa intensivo cognitivo-comportamental; (c) um programa de pós-atendimento de um ano na comunidade; e (d) uma avaliação do programa a posteriori [12].

Para além disso, foi nesta década que se iniciou a intervenção em grupos específicos: mulheres, adolescentes e pessoas com debilidade intelectual [10, 15]. Na última década do século XX assistiu-se à explosão de programas de reabilitação integrativos, cuja abordagem cognitivo-comportamental se focava na prevenção de recaída, intervenção nas vulnerabilidades e potenciação das competências. Também se observou o desenvolvimento da avaliação de risco (por instrumentos psicométricos) que permitiu identificar os fatores de risco, estáticos e dinâmicos, possibilitando uma intervenção mais dirigida e individualizada. Esta abordagem mantém-se até à atualidade [10, 15, 27].

Conclusões

O século XX trouxe um desenvolvimento acentuado das intervenções psicofarmacológicas dirigidas ao tratamento dos AS. Na atualidade as abordagens psicoterapêuticas são habitualmente as eleitas para o tratamento dos AS embora, quando está presente uma perturbação parafilica ou quando existe comorbilidade psiquiátrica, a terapêutica farmacológica possa ser utilizada concomitantemente [23]. A investigação levada a cabo durante este período não permitem perceber a eficácia destas intervenções na diminuição do

risco de reincidência dos crimes sexuais [3, 23]. A terapêutica cirúrgica foi praticamente abandonada, sendo utilizada apenas em alguns países, em situações específicas.

Bibliografia

1. BARBOSA, D., OLIVEIRA-SOUZA, R., SANTOS, F. M., FARIA, A.C.O., GORGULHO, A. A., De SALLES, A. A. F. – The hypothalamus at the crossroads of psychopathology and neurosurgery. *Neurosurg Focus*. ISSN: 1092-0684. Vol. 43, nº3 (2017), E15. [Acedido a 25 de outubro de 2020].
2. FIELD, L. H., WILLIAMS, M. – The hormonal treatment of sexual offenders. *Med Sci Law*, ISSN: 0025-8024. Vol. 10, nº 1 (1970) 27-34. [Acedido a 13 de janeiro de 2021].
3. GARCIA, F. D., DELAVENNE, H. G., ASSUMPCÃO, A.F.A., THIBAUT, F. – Pharmacologic Treatment of Sex Offenders With Paraphilic Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. Vol. 15, nº 356 (2013). [Acedido a 10 de março de 2020]. Disponível na Internet: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23572328/>.
4. GARCIA, F.D., THIBAUT, F. – Current Concepts in the Pharmacotherapy of Paraphilias. *Drugs*. [Em linha]. Vol. 71, nº 6 (2011) 771-790. [Acedido a 10 de março de 2020]. Disponível na Internet: http://www.researchgate.net/publication/51061925_Current_Concepts_in_the_Pharmacotherapy_of_Paraphilias/link/0046351c85ad11d9b8000000/download
5. GRUBIN, D. – The pharmacological treatment of sex offenders. The Wiley Blackwell Handbook of Forensic Neuroscience, 2018, p. 703-723. [Acedido a 13 de janeiro de 2021]. Disponível na Internet: http://www.researchgate.net/publication/323242258_The_Pharmacological_Treatment_of_Sex_Offenders
6. HEIM, N., HURSH, C.J. - Castration for Sex Offenders: Treatment or Punishment? A Review and Critique of Recent European Literature. *Arch Sex Behav*. [Em linha]. Vol. 8, Nº 3 (1979) 281-304. [Acedido a 13 de janeiro de 2021]. Disponível na Internet: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01541244>.
7. HILL, A., BRIKEN, P., KRAUS, C., STROHM, C., BERNER, W. – Differential pharmacological treatment of parafilias and sex offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. ISSN: 0306-624X. Vol. 47, nº4 (2003) 407-421. [Acedido a 13 de janeiro de 2021].
8. INFARMED. Ciproterona – Restrições de utilização devido ao risco de meningioma. Circular Normativa Nº 077/CD/550.20.001, 2020. [Acedido a 10 de março de 2020].
9. LAWS, D.R., MARSHALL, W. L. – A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offenders: Part 1. Early Developments. *Sexual Abuse A Journal of Research and Treatment*. ISSN: 1079-0632. Vol. 15, nº 2 (2003) 75-92. [Acedido a 13 de outubro de 2020].
10. LAWS, D.R., MARSHALL, W. L. – A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offenders: Part 2. The Modern Era. *Sexual Abuse A Journal of Research and Treatment*. ISSN: 1079-0632. Vol. 15, nº 2 (2003) 75-92. [Acedido a 13 de outubro de 2020].
11. Liskova, K. and Belehradov A. – We Won't Ban Castrating Pervs Despite What Europe Might 'Think!': Czech Medical Sexology and the Practice of Therapeutic Castration. *Med. Hist.*, vol. 63, nº 3 (2019) 330–351. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329228/pdf/S0025727319000309a.pdf>.
12. MARQUES, J.K., WIEDERANDERS, M., DAY, D.M., NELSON, C., van OMMEREN, A. – Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse*. ISSN: 1079-0632. Vol. 17, nº 1, pp. 79-107. [Acedido a 20 de janeiro de 2021].

13. MARQUIS, J.N. – Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. ISSN: 0005-7916. Vol. 13, nº 1 (1970) 13-25. [Acedido a 20 de janeiro de 2021].
14. MARSHALL, W.L. – The modification of sexual fantasies: A combined treatment approach to the reduction of deviant sexual behavior. *Behavior Research and Therapy*. [Em linha]. Vol. 11, nº 4 (1973) 557-564. [Acedido a 20 de outubro de 2020]. Disponível na internet: <http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796773901149?via%3Dihub>.
15. MARSHALL, W. L. – A Brief History of Psychological Theory, Research, and Treatment With Adult Male Sex Offenders. *Curr Psychiatry Rep*. ISSN: 1079-0632. Vol. 20, nº 8 (2018) 57. [Acedido a 20 de janeiro de 2021].
16. MÜLLER, D., ROEDER, F., ORTHNER, H. – Further Results of Stereotaxis in the Human Hypothalamus in Sexual Deviations First Use of this Operation in Addiction to Drugs. *Neurochirurgia*. [Em linha]. Vol. 16, nº 4 (1973) 113-126. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na internet: <http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1090504>.
17. NAIR, M. Pharmacotherapy for sexual offenders. In PHENIX, A., HOBERMAN, H.M. (Eds) – Sexual offending – predisposing antecedentes, assessments and management. New York: Springer, 2016, p. 755-767. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. ISBN 978-1-4939-2416-5.
18. NEUMANN, F. – The antiandrogen cyproterone acetate: discovery, chemistry, basic pharmacology, clinical use and tool in basic research. *Exp Clin Endocrinol*. [Em linha]. Vol. 102, nº 1 (1994) 1-32. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na internet: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1211261>.
19. PARK, Y. W., KIM, Y., LEE, J. H. – Antipsychotic-induced sexual dysfunction and its treatment. *The world journal of men's health*. [Em linha] Vol. 30, nº 3 (2012) 153-159. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623530/pdf/wjmh-30-153.pdf>.
20. REILLY, P. R. – Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907–2015. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet*. [Em linha]. Vol. 16 (2015) 351–68. [Acedido a 13 de janeiro de 2021]. Disponível na internet: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-genom-090314-024930>.
21. SALEH, F. M., BERLIN, F. S. – Sex hormones, neurotransmitters, and psychopharmacological treatments in men with paraphilic disorders. *J Child Sex Abuse*. Vol. 12, nº 3-4 (2003) 233-53. [Acedido a 10 de março de 2020]. Disponível na internet: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J070v12n03_09.
22. SCOTT, C. L., HOLMBERG, T. – Castration of Sex Offenders: Prisoners' Rights Versus Public Safety. *J Am Acad Psychiatry Law*. [Em linha]. Vol. 31, nº 4 (2003), pp. 502–9. [Acedido a 13 de janeiro de 2021]. Disponível na Internet: jaapl.org/content/jaapl/31/4/502.full.pdf.
23. THIBAUT, F., COSYNS, P., FEDEROFF, J., BRIKEN, P., GOETHALS, K., BRADFORD, J.M.W. *et al.* – The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry*. [Em linha]. Vol. 21, nº 6 (2020) 412-490. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na internet: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15622975.2020.1744723>.
24. TURNER, D., PETERMANN, J., HARRISON, K., KRUEGER, R., BRIKEN, P. – Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *World J Biol Psychiatry*. [Em linha] Vol. 20, nº 8 (2019) 616-625. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na internet: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15622975.2017.1395069?needAccess=true>

25. WEINBERGER, L.E., SREENIVASAN, S., GARRICK, T., OSRAN, H. – The Impact of Surgical Castration on Sexual Recidivism Risk Among Sexually Violent Predatory Offenders. *J Am Acad Psychiatry Law*. [Em linha] Vol. 33, nº 1 (2005), pp. 16 –36. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na internet: http://www.researchgate.net/publication/7927524_The_impact_of_surgical_castration_on_sexual_recidivism_risk_among_sexually_violent_predatory_offenders/link/0deec52c1bb6992f92000000/download.
26. WILLE, R., BEIER, K.M. – Castration in Germany. *Annals of Sex Research*. ISSN: 0843-4611. Vol. 2, nº 2 (1989) 103–133. [Acedido a 13 de outubro de 2020].
27. YATES, P. M. – Treatment of adult sexual offenders: a therapeutic cognitive-behavioural model of intervention. *J Child Sex Abus*. [Em linha]. Vol. 12, nº 3 (2004) 195-232. [Acedido a 13 de outubro de 2020]. Disponível na internet: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J070v12n03_08.



Ugo Cerletti

(In: <https://www.shockmd.com/2007/06/04/ugo-cerletti/>)

A HISTÓRIA DA ELECTROCONVULSIVOTERAPIA

Isa Costa¹; Nuno Fernandes¹; Núria Santos¹; Ricardo Gasparinho¹; António Alho¹; Marisa Martins¹; Liliana Ferreira¹; Alda Rosa²

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém

¹ - Médica (o) Interna (o) de Formação Específica de Psiquiatria; ² - Assistente Graduada de Psiquiatria
Emails: isacosta2014@outlook.pt; n.agostinho.fernandes@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com; ricardo.gasparinho5@gmail.com; antonio.alho84@gmail.com; marisa.andrem@gmail.com; lilianapf@gmail.com; alda_r_osa@hotmail.com

Resumo

A electroconvulsivoterapia (ECT) é uma das terapêuticas não-farmacológicas mais antigas da Psiquiatria e a única ainda utilizada no tratamento de doenças psiquiátricas. A ECT teve como base o antagonismo biológico entre epilepsia e esquizofrenia. Em 1938, Cerletti e Bini utilizaram a estimulação eléctrica cerebral para induzir convulsões com propósitos terapêuticos em doentes com sintomas psicóticos. Nos anos 40-50, a ECT foi aplicada de forma indiscriminada. A partir dos anos 60, o uso da ECT declinou devido à estigmatização induzida pelos *media*, ao desenvolvimento do movimento antipsiquiatria e ao surgimento dos psicofármacos. Desde 1985, a publicação de directrizes sobre a ECT possibilitou uma maior aceitação social da mesma. Apesar das controvérsias relacionadas à ECT e dos avanços na psicofarmacologia, a ECT não é um capítulo fechado na história da Psiquiatria.

Palavras-chave: electroconvulsivoterapia; estimulação eléctrica; convulsões; Cerletti; história

Summary

Electroconvulsive therapy (ECT) is one of the oldest non-pharmacological therapies of Psychiatry and the only one still used in the treatment of psychiatric diseases. ECT was based on the biological antagonism between epilepsy and schizophrenia. In 1938, Cerletti and Bini used electrical brain stimulation to induce convulsions for therapeutic purposes in patients with psychotic symptoms. In the 40-50s, ECT was applied indiscriminately. From the 1960s onwards, the use of ECT declined due to media-induced stigmatization, the development of the antipsychiatry movement, and the emergence of psychotropic drugs. Since 1985, the publication of guidelines on the ECT has enabled greater social acceptance of it. Despite the controversies related to ECT and the advances in psychopharmacology, ECT is not a closed chapter in the history of Psychiatry.

Introdução

O uso da ECT no tratamento das perturbações psiquiátricas remonta à primeira metade do século XX.¹ A ECT completou 80 anos em Abril de 2018² e constitui a terapêutica não-farmacológica mais antiga correntemente disponível para o tratamento de patologias psiquiátricas.³

É uma técnica terapêutica psiquiátrica que envolve a aplicação de uma corrente eléctrica no crânio de um doente, induzindo uma convulsão epileptiforme generalizada.^{3,4}

Desde a sua introdução na prática clínica, o mecanismo fisiopatológico pelo qual actua sempre intrigou e permanece ainda hoje mal compreendido,^{3,5-8} já que nenhuma das teorias se mostrou suficiente para interpretar a sua eficácia.³

Este trabalho tem como objectivo rever e sistematizar a história da ECT.

Teoria do antagonismo biológico

A ECT teve como base a teoria do antagonismo biológico entre a epilepsia e a esquizofrenia.^{2,4,5,8,9}

Dada a sua formação em Histologia, Meduna estudou o cérebro de doentes com psicose e com epilepsia, e percebeu que existiam alterações microscópicas contrárias no cérebro dos dois tipos de doentes: os epiléticos tinham excesso de células gliais, uma célula cerebral fundamental à função das células neuronais, enquanto os psicóticos evidenciavam uma redução no número dessas células.⁴

Nyirő observou que pacientes com epilepsia tinham um prognóstico melhor se também tivessem esquizofrenia, chegando a tentar (sem sucesso) tratar pacientes com epilepsia através de injeções de sangue de pacientes com esquizofrenia.⁸

Havia o registo de que a ocorrência de convulsões desencadeava um efeito benéfico nas psicoses, levando, em alguns casos, a uma remissão parcial ou total dos sintomas.⁹

Atendendo a estas evidências, Meduna considerou a hipótese de que a epilepsia seria capaz de antagonizar a esquizofrenia.^{4,10}

Terapia convulsiva farmacológica: Ladislav Von Meduna

Meduna interessou-se pela ideia de provocar convulsões para tratar psicoses⁹ e, a partir daí, ele desenvolveu a terapia convulsiva farmacológica.^{2,5,8,9} Experimentou cobaias, nas quais tentou induzir convulsões com vários compostos epileptogénicos,^{5,8} mas sem sucesso.⁸ No entanto, ele aprendeu com um oficial da Liga Internacional contra a Epilepsia que a cânfora era eficaz e poderia induzir convulsões e, finalmente, conseguiu induzi-las em porquinhos-da-índia.⁸

Em Janeiro de 1934, administrou uma injeção intramuscular de óleo de cânfora a um doente em estupor catatónico desde há 4 anos, causando uma convulsão intensa.⁸⁻¹⁰ O doente recuperou sem sequelas.⁸⁻¹⁰ Meduna repetiu as injeções a cada 3 dias e, após a quinta convulsão, o doente, pela primeira vez em 4 anos, falou e alimentou-se espontaneamente.⁹ Após três tratamentos adicionais, o doente teve alta e não recidivou pelo menos até Meduna ter deixado a Hungria, em 1939.⁹

Nos 2 anos subsequentes, Meduna tratou mais de 100 pacientes, dos quais metade recuperou significativamente.⁵

Porém, as injeções com cânfora eram dolorosas e a convulsão só se desenvolvia após uma série de longos minutos.⁹ Assim, foi substituída pelo pentilenotetrazol (cardiazol, metrazol) endovenoso,^{3,5,8,10,11} por este ter um início de acção mais rápido,⁴ com convulsão imediata.⁹ Este tratamento, apesar de ser efectivo na indução de convulsões,⁴ era pouco seguro, dispendioso e muito mal tolerado pelos doentes,⁹ que se queixavam de uma sensação extremamente desagradável de morte iminente durante a fase pré-ictal.^{8,9} Além disso, as convulsões induzidas eram de difícil controlo.⁴

Apesar do criticismo e oposição iniciais, a indução farmacológica de convulsões permaneceu a modalidade preferida de tratamento da esquizofrenia até ao advento da ECT.⁹

Surgimento da ECT: Ugo Cerletti e Lucio Bini

O início da história da ECT começa em 1931, quando Cerletti decidiu investigar se o hipocampo estaria implicado no desenvolvimento da epilepsia.⁹ Para isso, Cerletti recorreu aos choques eléctricos para induzir convulsões em caninos.^{4,5,9}

A partir de 1935, Cerletti procurou dar continuidade à investigação desenvolvida por Meduna seguindo uma abordagem diferente: postulou que a electricidade poderia ser o substituto do pentilenotetrazol na indução de convulsões^{3,8,9,12} para fins terapêuticos em doentes com sintomas psicóticos.^{5,9}

Inicialmente, Chauzzi, um dos associados de Cerletti, conseguiu produzir convulsões em cães, através da colocação de um eléctrodo na boca e outro no ânus do animal,⁸ conduzindo

à passagem da corrente eléctrica pelo coração.⁹ Como resultado, ocorreu a morte de cerca de 50% desses animais.⁸ Lucio Bini, que apenas trabalhava com Cerletti nos aspectos técnicos das convulsões eléctricas, compreendeu que a razão pela qual 50% dos cães tinham morrido se relacionava com uma grande carga de electricidade que passava pelo coração, causando arritmias.^{8,9} Bini sugeriu a possibilidade dos eléctrodos serem aplicados nas têmporas dos cães, conseguindo induzir a convulsão sem que o estímulo passasse pelo coração.^{8,9} Quando este procedimento foi adoptado, a taxa de mortalidade foi insignificante.^{8,9}

Um outro ponto que perturbava estes investigadores era o facto de que os suínos, nos matadouros em Roma, eram submetidos a choque eléctricos para posterior abate.^{8,9} Isto levantava importantes questões de segurança no que diz respeito à extrapolação do método para seres humanos.⁹ Então, Cerletti encarregou Bini e outros assistentes de averiguarem esta situação.⁹ Estes constataram que os suínos desenvolviam efectivamente crises epilépticas, mas recuperavam rapidamente das mesmas, atordoados e anestesiados.⁹ Estes investigadores conseguiram, também, estimar o intervalo entre a dose convulsiva e a dose fatal.⁹ A observação de que a electricidade poderia produzir convulsões em porcos, encorajou Cerletti a procurar os parâmetros que poderiam torná-la segura e eficaz para aplicação humana.⁸ Pelo final de 1937, já após uma série de experiências bem-sucedidas em animais, os investigadores tinham a certeza que as convulsões podiam ser induzidas electricamente sem que disso resultasse a morte do animal.^{5,9,10}

A 11 de Abril de 1938, no laboratório da Clínica para as Doenças Mentais e Neurológicas da Universidade de Roma,⁹ Bini e Cerletti documentaram a primeira utilização terapêutica de convulsões electricamente induzidas nos seres humanos.^{5,6,12} Enrico, um doente do sexo masculino de 39 anos com o diagnóstico de psicose que foi encontrado numa estação de comboios,^{4,8,10} foi submetido à primeira sessão de ECT.^{4,9} Não conseguiram despertar uma convulsão com a primeira tentativa, obrigando a aumentar a potência usada.⁴ Depois do segundo choque, o doente levantou-se na cama e protestou de forma veemente que recusava ser tratado.⁴ Vendo que Enrico recuperara com um discurso coerente, Cerletti tentou um terceiro choque com potência ainda maior.⁴ Após uma tenebrosa convulsão, ficou prostrado na marquessa, sem respirar.⁴ Após longos e intermináveis segundos, começou a respirar e recuperou.⁴ Cerletti declarou solenemente aos poucos presentes que podiam concluir que as convulsões provocadas em seres humanos através da electricidade eram seguras.⁴

Como era necessário oficializar esta primeira aventura secreta, Cerletti pediu autorização à Universidade de Roma para tratar um doente com choques eléctricos, alegando que teria tentado fazê-lo sem sucesso, mas pudera confirmar que a técnica não era letal.⁴ A 20 de Abril, submeteu Enrico a novo tratamento com uma dose superior à testada anteriormente.^{4,5} Nesta suposta primeira sessão estava Lothar,^{4,10} que se opunha ao tratamento proposto por Cerletti.⁴ O doente convulsivou, esteve prostrado durante longos segundos, e acordou orientado, com um discurso coerente.⁴ Não tinha memória do que tinha acontecido, nem quando estivera doente, nem de ter sido tratado “estive talvez a sonhar”.⁴

A indução eléctrica de convulsões demonstrou assim, ser mais confiável, mais fácil de controlar e ter menos efeitos colaterais do que as abordagens farmacológicas utilizadas por Meduna.¹²

Expansão da ECT

Face aos resultados tão convincentes, Cerletti e Bini comunicaram o sucesso desta descoberta de imediato, a 28 de Maio de 1938, na Real Academia de Medicina de Roma.^{4,9} A comunidade psiquiátrica recebeu-a com excitação.^{3,4} Inicialmente era usada no tratamento da esquizofrenia, mas pesquisadores que adoptaram o método logo descobriram efeitos espectaculares sobre os distúrbios afectivos.^{5,12}

A divulgação mundial da ECT deveu muito a Lothar Kalinowsky, que trabalhava no laboratório de Cerletti enquanto se refugiava em Roma, fugido ao governo nazi desde 1933.⁴

Lothar deixou Roma em 1939 e percorreu diversos países europeus onde realizou tratamentos de ECT e introduziu nesses países o conhecimento da técnica.⁴ Ele começou por difundir a técnica na Suíça, tendo-lhe Bini cedido a patente da máquina por este desenvolvida, visitando, ainda no mesmo ano, França, Inglaterra e Alemanha.⁹ Em 1940, Lothar chega aos Estados Unidos da América (EUA), mas o confisco da sua máquina na Europa em guerra impediu-o de ter o mérito de ser o primeiro a fazer ECT os EUA.⁴ O mérito coube a David Impastato e Renato Almansi.⁴ Almansi trabalhava com Cerletti em Roma, e conseguira levar consigo uma *Arvioni*, tendo realizado o primeiro tratamento no início de 1940, com a colaboração de Impastato e a orientação de Lothar.⁴ Este primeiro tratamento foi mediatizado pelo New York Times.⁴ Contudo, esta precedência no continente americano é contestada.⁴ Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), o mérito cabe a Douglas Goldman em finais de 1939, mas este apenas tornou pública a sua experiência depois da publicação do artigo de Impastato e Almansi, perdendo a precedência.⁴ Outro pioneiro foi Victor Gonda, que se colocou em contacto com Cerletti e adquiriu uma máquina de ECT em meados de 1939, mas adiou a sua experiência em humanos até meados de 1940, perdendo a prioridade.⁴ Gonda pode ter efectuado o seu primeiro tratamento em Janeiro segundo testemunhas da época, um mês antes de Impastato e Almansi, mas nem o próprio Gonda assumiu isso.⁴ Victor Gonda chegou a criar mais tarde unidades ambulatoriais em Chicago, administrando o tratamento na via pública a quem o pedisse.⁴ Em 1940, Almansi e Impastato introduziram a ECT no Columbus Hospital, em Manhattan.¹⁰ Mais tarde, naquele ano, Kalinowsky obteve um cargo no Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York, onde começou a tratar pacientes com ECT.¹⁰ Daquela época até à década de 1950, a ECT foi amplamente usada nos EUA.¹⁰

Durante a Segunda Grande Guerra, Adolf Bingel desenvolveu em associação com a *Siemens-Reiniger-Werke*, um dispositivo (*Konvulsator*) semelhante ao desenvolvido por Bini (*L'elettroshock*), por forma a contornar o problema com a patente de Bini.⁹ Não obstante, muitas outras imitações surgiram um pouco por toda a Europa.⁹

A ECT tornou-se a base dos tratamentos biológicos para transtornos psiquiátricos durante as décadas de 1940 e 1950,¹⁰ estabelecendo-se como terapêutica de primeira linha em algumas patologias.⁹

Entre as revoluções causadas pela ECT, uma das principais relacionava-se com o facto de as convulsões provocarem uma alta incidência de fracturas dos ossos longos, bem como fracturas por compressão à coluna vertebral,⁴ mordedura da língua, dentes partidos⁸ e aspiração de secreções salivares e mucosas para o aparelho respiratório, potenciando infecções pulmonares.⁴

Vários esforços foram feitos no sentido de aumentar a sua aceitação social e o seu perfil de segurança.^{2,3,5,9} Em 1940, Bennett introduziu o uso do *curare* como relaxante muscular no procedimento com o intuito de prevenir as fracturas.⁹ Em 1946, foi proposta a primeira boquilha semi-rígida com uma abertura que garantia a ventilação do doente durante o procedimento.⁴ Ainda antes do final da década de 40, associou-se a atropina para controlo das secreções.⁴ A importância de minimizar os efeitos colaterais cognitivos foi reconhecida precocemente⁵ e a técnica de estimulação unilateral foi introduzida em 1949⁸ por Douglas Goldman.⁴ A succinilcolina foi introduzida como relaxante muscular de acção rápida em 1951.¹² De forma gradativa, na técnica anestésica da ECT incluíram o uso rotineiro de anestesia geral e oxigenação vigorosa durante o procedimento, juntamente com a monitorização da função cardíaca e da saturação de oxigénio.⁹ Em 1952, o método foi substituído por ECT modificada (introdução de anestesia geral e uso de relaxantes musculares).³

Uma onda de entusiasmo resultou num período de uso indiscriminado e de mau uso, principalmente durante as décadas do meio do século XX.⁸ Chegou a ser usada como método de primeira linha no tratamento de condições como esquizofrenia, psicose maníaco-

depressiva ou neuroses, assim como de patologias como enurese noturna, psoríase ou úlceras gastroduodenais.⁹ Ocorreram muitos casos em que foi usada para subjugar e controlar pacientes em hospitais psiquiátricos, que recebiam várias sessões de choque por dia, muitas vezes sem anestesia e relaxantes musculares adequados e sem o seu consentimento ou dos familiares.

Declínio do uso da ECT: o contributo do movimento antipsiquiatria, dos *media* e da psicofarmacologia

Nas décadas de 60-70, a ECT deixou de ser uma opção terapêutica para muitos psiquiatras e serviços de Psiquiatria, que viam o método como sinónimo duma prática punitiva, de tortura, cruel e desumana.

A ECT teve como grande opositor o movimento antipsiquiatria,^{1,3,12} que virou a opinião pública contra o tratamento.³ Ele era produto das ideias filosóficas populares que defendiam uma visão negativa das doenças psiquiátricas, que estas não eram mais do que mera invenção e que a ECT era uma prática brutal.¹ O termo “antipsiquiatria” foi primeiramente empregue em 1967 pelo psicanalista sul-africano David Cooper, já posteriormente ao surgimento deste movimento.⁹ Foi promovido internacionalmente através de quatro indivíduos: Michel Foucault (França), R. D. Laing (Grã-Bretanha), Thomas Szasz (EUA) e Franco Basaglia (Itália).⁹ Eles defendiam o conceito de que a realidade pessoal era independente de qualquer definição de normalidade imposta pela Psiquiatria.⁹

Também a partir dos anos 60, a imagem da ECT começou a sofrer uma estigmatização induzida pelos *media*.⁹ Salienta-se o filme “Voando sobre um ninho de cucos” (1975), no qual a ECT é mostrada como uma punição de indivíduos^{4,7} que não se conformam às regras, utilizada por profissionais mais interessados no seu estatuto do que no bem-estar do doente.⁴ Terá sido o filme mais influente e impulsionador do movimento antipsiquiatria e veio a angariar cinco óscares.⁹

Similarmente, a contribuir para a descredibilização da ECT e para o declínio significativo do seu uso, esteve o sucesso inicial da psicofarmacologia.^{7,9} A clorpromazina, o primeiro antipsicótico, entrava em ensaios clínicos em 1952; a imipramina, o primeiro antidepressivo tricíclico, foi lançada na Suíça em 1957 e nos EUA em 1959.⁹

Nova expansão da ECT

O problema das depressões resistentes aos psicofármacos começou a tomar proporções significativas:^{9,12} não permitiam uma taxa de cura de 100% e estavam também associados a efeitos adversos.⁹ Deste modo, desde meados da década de 1980, gradualmente os médicos foram retomando o uso clínico da ECT.¹² Nesta altura, mudanças técnicas haviam sido aprimoradas de forma a ser garantida a segurança e a eficácia da ECT, expandindo a sua aplicabilidade para além dos quadros psicóticos.

Um pequeno grupo de psiquiatras, com representantes de Max Fink, John Weiner, Tom Bolwig e outros, defendeu o tratamento e fez um esforço para organizar a resposta da comunidade científica.³

A partir de 1985 houve um aumento do uso da ECT, surgindo critérios de consenso para a utilização da técnica e inúmeras normas de orientação sobre a mesma¹ (por exemplo, Relatório da *Task-force* da APA de 1978 e Relatório da *Task-force* da APA de 1990).³ Também nos órgãos de comunicação social a técnica foi divulgada a partir desta época como tendo elevado impacto na melhoria da qualidade de vida dos doentes psiquiátricos.¹

As recomendações da APA constituem um exemplar das *guidelines* que podem ser adoptadas.⁹ Apesar do lançamento de uma segunda edição em 2002, as recomendações não diferem grandemente da edição de 1990.⁹ Acrescem, por exemplo, tópicos no que diz respeito ao tratamento de manutenção, estratégias na prevenção de recaídas e exemplares de formulários de consentimento informado que podem ser aplicados.⁹

Mais tarde, em 2006, o Fórum Europeu para ECT (EFECT) foi criado na Europa com o objectivo de treinar a comunidade psiquiátrica em ECT e reduzir o estigma para o tratamento.³ Na União Europeia, apesar da existência do EFECT e a *Task-force* sobre a aplicação da ECT, elaborada pela *World Federation for Societies of Biological Psychiatry*, não existem critérios transversais a todos os países membros.⁹

ECT do Século XXI

Actualmente, a ECT modificada é considerada pela comunidade psiquiátrica como um tratamento bem tolerado, eficaz e geralmente seguro,^{1,3,4,7,12} mesmo em pacientes geriátricos, adolescentes e grávidas.^{1,3,4,7}

Estima-se que, em todo o mundo, 1.000.000 de pessoas sejam submetidas a ECT anualmente.^{2,3} Nos EUA, onde 100.000 pessoas são tratadas com ECT/ano, são publicadas obras escritas por pacientes testemunhando como a ECT moderna foi fundamental para a sua recuperação.⁴

A ECT actual é o culminar de um longo processo de evolução:^{4,8,11} introdução de máquinas de ECT de corrente controlada;^{3,8} colocação unilateral de eléctrodos no hemisfério não-dominante; uso adequado de anestésicos, relaxantes musculares, equipamentos de ressuscitação e técnicas de monitorização (electroencefalografia e electrocardiografia).^{6,8,12} É realizada em unidades específicas e a presença de um médico tornou-se obrigatória.¹²

O *status* legal da ECT inclui o consentimento informado do paciente ou do seu representante legal.¹² Não pode ser administrada a um doente contra a sua vontade, mesmo que esteja sob tratamento compulsivo, existindo apenas 2 opções na Lei de Saúde Mental que permitem a imposição da ECT contra a vontade do doente.⁴ Uma tem a ver com a perigosidade do doente e o controlo da mesma no tempo imediato, mas uma vez reduzida a perigosidade com a privação de liberdade (quarto de isolamento, medicação injectável), deixa de ser necessária a ECT.⁴ A outra opção tem a ver com a ausência de discernimento do doente, que permite que a ECT se faça com autorização do representante legal.⁴

A ECT tem indicações bem definidas⁵ e as taxas de sucesso estão entre 50 e 90%.^{11,12} Actualmente, a depressão *major* é a primeira indicação.^{1,2,5,7,8,11} É administrada a doentes cuja perturbação depressiva é resistente aos fármacos antidepressivos, que são intolerantes a fármacos antidepressivos ou em casos em que a doença é de tal modo grave que necessita de tratamento imediato (por exemplo, quando existe elevado risco de suicídio).^{1,3,5-7,11,12} Também pode ser administrada se há uma história prévia de resposta positiva ou se for a preferência do paciente.^{1,3,12} A ECT tem-se mostrado particularmente útil no tratamento da depressão psicótica.^{1,6,7} Na catatonía é considerada por alguns autores como a terapêutica *gold standard*.^{1-3,5-8} Também deve ser considerada um tratamento *life-saving* em certos casos de síndrome maligna dos neurolépticos.^{1,3,8} Existem vários casos descritos em que melhora os sintomas motores da doença de Parkinson.^{1,3,6,8} Outras indicações incluem a mania refractária ao tratamento medicamentoso e a esquizofrenia.^{2,3,6-8}

Não existem contra-indicações absolutas,^{1,3,7} mas em algumas situações médicas é considerada um tratamento de alto risco: tumor cerebral com pressão intracraniana aumentada, enfarte do miocárdio recente, acidente vascular cerebral isquémico recente ou hemorragia cerebral, aneurisma vascular instável, descolamento de retina e feocromocitoma.^{1,3,6,7}

A mortalidade pela aplicação da ECT é de 2.1/100.000 em comparação à anestesia geral (3.4/100.000).³ Os distúrbios da memória anterógrada e retrógrada têm sido o foco do cepticismo contra o tratamento.^{1,3} Estudos prévios demonstram que estas alterações são transitórias e circunscritas no tempo, na maioria das vezes resolvem no máximo até 6 meses após o término do tratamento,^{1,3} sendo a recuperação da memória retrógrada consideravelmente mais lenta.^{1,11} Esforços para reduzir os efeitos colaterais cognitivos

concentram-se na mudança de estímulos de pulso breve para ultrabreve⁵ e na preferência pelo posicionamento unilateral dos eléctrodos.^{1,12}

Conclusões

Com o advento da ECT, em 1938, assistiu-se a uma revolução no que diz respeito aos paradigmas vigentes à época no tratamento das doenças psiquiátricas.⁹

Cerletti e Bini foram os primeiros a utilizar a electricidade como fonte geradora de convulsões com propósitos terapêuticos em doentes com sintomas psicóticos.⁹

Não obstante os grandes avanços na psicofarmacologia e os vários métodos de estimulação cerebral introduzidos recentemente,⁵ a ECT é uma intervenção médica moderna, baseada em evidências,¹² e não um capítulo fechado na história da Psiquiatria.⁵

Apesar do conhecimento actual sobre a segurança e os benefícios da ECT, essencialmente sobre as patologias psiquiátricas graves, refractárias e debilitantes,³ mantêm-se alguns preconceitos acerca do seu uso, sendo, muitas vezes, aplicada como um tratamento de última linha.^{1,7,12} Isso constitui uma violação do direito dos pacientes psiquiátricos a um tratamento que, às vezes, “salva vidas”.⁵

Bibliografia

- 1.COENTRE, Ricardo et al. - Electroconvulsivoterapia: mitos e evidências [Electroconvulsive therapy: myths and evidences]. *Acta médica portuguesa*. ISSN: 1646-0758. Vol. 22, n.º3 (2009) 275-80.
- 2.CLARKE, Patrick - Hip Hip Hooray, ECT turns 80! *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. ISSN:1440-1665. Vol. 27, n.º1 (2019), 53-5. doi:10.1177/1039856218815753
- 3.KALIORA, S. C.; ZERVAS, I. M.; PAPADIMITRIOU, G. N. - Electroconvulsive therapy: 80 years of use in psychiatry]. *Psychiatrikē = Psychiatriki*. ISSN:1105-2333. Vol. 29, n.º4 (2018) 291-302. doi: 10.22365/jpsych.2018.294.291.
- 4.MOTA, Jorge - Um pouco mais de luz: explicando o electrochoque. 1ª ed., Porto: Universidade do Porto, 2019. ISBN 978-989-746-204-7
- 5.GAZDAG, Gábor; UNGVARI, Gabor S. - Electroconvulsive therapy: 80 years old and still going strong. *World journal of psychiatry*. ISSN:2220-3206. Vol. 9, n.º1 (2019) 1-6. doi:10.5498/wjp.v9.i1.1
- 6.PANDURANGI, Anand K.; FERNICOLA-BLEDOWSKI, Catherine; BLEDOWSKI, Josef - Brain stimulation therapies for psychiatric disorders: The first decade of the new millennium--A review. *Asian journal of psychiatry*. ISSN: 1876-2026. Vol. 5, n.º1 (2012) 3-10. doi:10.1016/j.ajp.2011.11.009
- 7.SICHER, Sarah; GEDZIOR, Joanna - Electroconvulsive therapy: Promoting awareness among primary care physicians. *International journal of psychiatry in medicine*. ISSN:1541-3527. Vol. 51, n.º3 (2016), p. 278-83. doi.org/10.1177/0091217416651255
- 8.STEIN, George; WILKINSON, Greg (Eds.) - Seminars in General Adult Psychiatry. 2nd ed, Cambridge University Press, 2007. PP. 113-25. ISBN 978-1-904671-44-2
- 9.GOMES, Ana C. - *A História da Electroconvulsivoterapia* [Em linha]. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2018. [Acedido a 11 de Setembro de 2020]. Disponível na Internet: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/112448>
- 10.PAYNE, Nancy A.; PRUDIC, Joan - Electroconvulsive therapy: Part I. A perspective on the evolution and current practice of ECT. *Journal of psychiatric practice*. ISSN:1538-1145. Vol. 15, n.º5 (2009) 346-68. doi.org/10.1097/01.pra.0000361277.65468.ef
- 11.HOY, Kate E.; FITZGERALD, Paul B. - Brain stimulation in psychiatry and its effects on cognition. *Nature reviews. Neurology*. ISSN:1759-4766. Vol. 6, n.º5 (2010) 267-75. doi.org/10.1038/nrneurol.2010.30

12.GRÖZINGER, Michael; SMITH, Elke S.; CONCA, Andreas - On the significance of electroconvulsive therapy in the treatment of severe mental diseases. *Wiener klinische Wochenschrift*. ISSN:1613-7671. Vol. 127, n.º7-8 (2015) 297-302. doi.org/10.1007/s00508-015-0749-z

ELECTROCONVULSIVE THERAPY ON THE BIG SCREEN: A SHOCKING HISTORY?

Pedro Melo-Ribeiro¹; Filipa Gomes-Tavares¹; Marco Mota-Oliveira²
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,
Serviço de Psiquiatria 1, Faro

¹Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria;

²Médico Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria

Email: pribeiro@ch Algarve.min-saude.pt

Resumo

O cinema acede à maioria da população, moldando opiniões sobre os conteúdos que ilustra. A Electroconvulsivoterapia (ECT) foi uma das primeiras terapias biológicas e é ainda hoje usada com grande eficácia no tratamento de doenças mentais, como a Depressão. Contudo, a resistência à aceitação deste tratamento é enorme, com preconceitos que se demonstram difíceis de derrubar. O nosso objetivo é compreender de que forma é que a ECT é representada no cinema, com especial foco na cultura ocidental.

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura sobre a temática, usando as palavras-chave “electroconvulsive therapy”, “cinema” e “movie”.

Representações cinematográficas verosímeis da ECT são raras. Nas indicações mais contactadas encontram-se a correção comportamental e tortura, vigorando a utilização coerciva da ECT de forma predominante no cinema americano. São necessários mais estudos para perceber os possíveis efeitos negativos que as representações da ECT no cinema têm na sua perceção pelo público.

Palavras-chave: Electroconvulsive Therapy; Cinema; Stigma; Mental Illness; History

Abstract

Cinema, as an art form, reaches the majority of the population, sculpting people's opinions on its depictions. The Electroconvulsive therapy (ECT) is one of the first biological therapies, and it is still being used in the modern era with great efficacy in the treatment of mental diseases, such as Depression. However, the resistance to the acceptance of ECT in our patients is enormous, with preconception that seem hard to debunk. Our main goal is to better understand how Cinema portrays ECT, focusing on the Occidental culture.

A non-systematic review of literature regarding the subject was performed using the keywords “electroconvulsive therapy”, “cinema” and “movie”.

Truthful cinematographic depictions of ECT are rare. The most seen indications are behavioral correction and torture, with coercive ECT predominantly shown in American movies. Further studies are needed to better understand the possible negative effects of the cinematic portrayal of ECT on its public perception.

Introdução

O cinema, reunindo a riqueza visual e a estimulação auditiva, transmite ao público a derradeira experiência onírica em plena consciência⁽¹⁾. Pelo seu carácter omnipresente e perverso na sociedade atual, é considerada a forma de arte com maior influência social e até o meio mais preponderante de comunicação para as massas^(1,2).

Relativamente à doença mental, a influência do cinema é ainda mais importante, dada a iliteracia do público em geral sobre esta temática, e estando descrita a raridade de representações cinematográficas precisas de saúde mental e prática médica nesta área^(1,3). A Electroconvulsivoterapia (ECT), segundo Edward Shorter, cede-se de forma brilhante à

dramatização cinematográfica, vigorando desde cedo no grande ecrã⁽⁴⁾.

Este artigo baseia-se em filmes que representem a utilização de ECT (ver tabela 1), descrevendo de que forma é que esta técnica tem sido representada no cinema ao longo dos anos. Fundamenta-se ainda na literatura existente sobre a temática.

O início

Em 1948, a ECT faz a sua estreia no cinema com o filme *The Snake Pit*. Este conta a história de Virgínia Cunningham que, após o seu casamento, desenvolve um episódio psicótico, com alucinações auditivas, ideias delirantes persecutórias e amnésia total. O marido leva Virgínia para um hospital psiquiátrico onde o Dr. Kirk inicia um tratamento com recurso a psicanálise e hipnose, aludindo a eventos da sua infância como a chave para a cura. A ECT é utilizada para “fazer contacto” com a psicoterapia que será, essa sim, curativa. Neste filme, a ECT é representada de forma dramática, criando o protótipo para representações futuras^(4,5). Vê-se inicialmente um doente a sair inconsciente e em cadeira de rodas da sala de ECT, questionando a doente ao médico “Porque me vai eletrocutar?”. Não é feito um consentimento informado com Virgínia (mas sim com o seu marido), sendo que esta é submetida a ECT totalmente consciente (ainda que fora do ecrã), ao som de flautas e trompetes frenéticos, terminando esta cena com a doente a sair em cadeira de rosas, também ela inconsciente. Nas notas médicas lê-se “4º eletrochoque. Ligeira melhoria. Doente mais alerta, mas ainda confusa”.

Apesar deste filme representar uma realidade sombria dos hospitais psiquiátricos, com más condições e maus tratos aos doentes atribuídos à personagem da enfermeira chefe, a ECT é demonstrada de forma ligeiramente positiva (sendo as cenas representativas da técnica utilizada nos anos 40), abrindo caminho para a psicoterapia que, levada a cabo por um bondoso psiquiatra, acaba por curar Virgínia⁽⁶⁾. Ironicamente, é de referir que, neste filme, a ECT cura, ao invés de causar, a amnésia de Virgínia.

As décadas de 40 e 50 são vistas como a era dourada da psiquiatria no cinema⁽⁵⁾. Filmes como *The Snake Pit* e *Fear Strikes Out* (1956) representam uma psiquiatria benfeitora e bondosa (personificada no médico psiquiatra), sendo a origem das doenças mentais implicada na interação dos doentes com a sua família. A ECT é demonstrada com cenas dramáticas, mas não se verifica um esforço ativo na sensacionalização da técnica⁽⁵⁾.

A influência da anti-psiquiatria

Com os anos 60, a representação da ECT começou a assumir contornos cada vez mais negativos⁽⁵⁾. No filme *The Caretakers* (1963) volta a ser demonstrado o choque entre a maldosa enfermeira-chefe, que considera os doentes como animais selvagens e utiliza a ECT de modo punitivo, e o bondoso psiquiatra que, nas suas boas intenções, mas mal orientado nos seus esforços, vai sendo complacente até ao ponto em que se opõe à realização de ECT. As cenas que demonstram a técnica são novamente dramáticas, demonstrando os doentes a contorcere-se, enquanto são segurados pelas enfermeiras que, ao som de música aterrorizante, demonstram as suas expressões faciais de horror em *close-up*.

Deste ponto em diante, surgem representações cinematográficas que ilustram a ECT como metáfora do controlo social pela psiquiatria⁽⁶⁾. Neste sentido, há utilização de chavões sensacionalistas nos posters de publicitação dos filmes, com o objetivo de impressionar o público. São exemplos:

“Shock corridor...the medical jungle that doctors don’t talk about!”

“You won’t be the same when you come out of shock treatment”

“You will actually see a man subjected to electro shock treatment!”

Em *Shock Corridor* (1963), na tentativa de investigar um homicídio que teria acontecido num asilo, um jornalista finge ter ideias incestuosas para com a sua irmã (que é, na verdade, sua namorada), sendo internado nesse asilo com o diagnóstico de “Demência erótica”. Ainda que fosse uma pessoa saudável ao entrar no asilo, no decorrer do filme é representado o processo no qual o jornalista se torna psicótico em reação às indignidades que observa no asilo, acabando por ser submetido a ECT. Contudo, o filme demonstra também utilizações da ECT com intuito punitivo⁽⁵⁾.

Shock Treatment, de 1964, inicia-se com o assassinato de um milionário, decapitado com uma tesoura de poda pelo seu jardineiro, Martin, que é internado num asilo. Havendo a crença de que Martin teria escondido alguma parte da fortuna do seu patrão, Dale é contratado para fingir-se como doente mental, ser admitido no asilo e descobrir o paradeiro da fortuna. A psiquiatra do asilo, utilizando a hipnose, descobre que Dale estaria a mentir quanto à sua suposta doença e ordena a utilização da ECT como meio de tortura para obter uma confissão deste, acabando por deixá-lo num estado catatônico após injetá-lo com uma determinada substância. Mais tarde, acaba por descobrir também o paradeiro da fortuna escondida e, movida pelo interesse de financiar o seu trabalho, vai ao local, desenterrando uma caixa onde se encontram apenas restos queimados. A psiquiatra é demonstrada em negação sobre a não existência do dinheiro, passando a crer, delirantemente, que o dinheiro ainda se encontra algures, sendo, também ela, internada no asilo.

Estes dois filmes transmitem ao público a ideia de que a doença mental é uma resposta compreensível às indignidades e loucuras da sociedade. A psiquiatria é vilanizada, sendo demonstrada a aplicar as suas práticas em pessoas que seriam saudáveis, muitas vezes com propósitos de punição e tortura, sendo as cenas de ECT representadas como bárbaras, com sujeitos amarrados com fivelas a macas, a contorcer-se em agonia ao som de música horrorizante⁽⁶⁾.

Incontornável é, sem dúvida, o filme de 1975, *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, considerado por McDonald e Walter como “o maior animal da selva de celuloide da ECT”⁽⁷⁾. De novo, o enredo envolve uma personagem principal, Randle, que finge uma doença mental, neste caso para evitar uma pena de prisão e ser internado num hospital psiquiátrico. Há aqui a mensagem transmitida de que a psiquiatria não conseguia distinguir os doentes dosãos, evocando a experiência de Rosenhan, em 1972*. Randle, com o seu comportamento disruptivo, desafia a autoridade, na figura da enfermeira Ratched, e acaba por ser sucessivamente punido, na tentativa de corrigir este comportamento. Inicialmente é injetado com fármacos não nomeados e, face ao insucesso, acaba por ser submetido a ECT. A cena que demonstra a ECT de parte, em alguns aspetos, do protótipo de Hollywood. Não há qualquer música aterradora a acompanhar o procedimento, não se observam expressões de horror na cara de enfermeiras ou vigilantes e as próprias convulsões são verosímeis na sua curta duração. Todavia, não perde o seu dramatismo. A técnica é aplicada no doente consciente, sem que lhe fosse explicado o procedimento ou realizado consentimento informado, com um *close-up* na expressão de tensão e dor de Randle, ouvindo-se apenas os seus gemidos e movimentos enquanto é agarrado pelos vigilantes. No final, a ECT, além de utilizada com propósitos errados e sem qualquer objetivo médico, é demonstrada como ineficaz, acabando Randle por ser lobotomizado para controlar o seu comportamento.

Foram realizados outros filmes durante os anos 70, influenciados pelo movimento da anti-psiquiatria, como *Ciao! Manhattan* (1972), *Caged Heat* (1974) e *The Fifth Floor* (1978). Porém, é possível observar estas ideias em filmes posteriores, como em *Chattahoochee* (1989) e *A Love to Keep* (2006)⁽⁸⁾. Este último ilustra a utilização da ECT com o intuito de alterar a orientação sexual de uma jovem homossexual, Pilar (enquanto lhe são mostradas fotografias femininas

* Psicólogo que enviou indivíduos saudáveis para simularem alucinações auditivas de forma a serem internados em hospitais psiquiátricos americanos. Após alguns destes terem sido internados, publicou os seus resultados, colocando em causa a capacidade da psiquiatria em distinguir as pessoas saudáveis das doentes⁽⁸⁾.

eróticas, Pilar recebe uma descarga elétrica com um aparelho cefálico preso por cintas de cabedal). As “terapias” aversivas dirigidas à homossexualidade utilizadas nos anos 60, não utilizavam a técnica de ECT, mas sim uma estimulação elétrica cutânea com intuito alérgico⁽⁶⁾. Além disso, o filme demonstra o desenvolvimento de stress pós-traumático por Pilar, dando a entender que este foi consequência da ECT.

ECT em crianças

A indústria cinematográfica cedeu à tendência da severa dramatização da técnica da ECT com a representação da sua utilização em crianças. Alguns exemplos podem ser vistos ao longo dos tempos, com filmes como *Return to Oz* (1985), *Solace* (2006) e *Je me souviens* (2009)⁽⁶⁾. *Return to Oz*, a sequência do aclamado *The Wizard of Oz* (1939), representa uma Dorothy com sonhos/memórias vívidas sobre a sua aventura na Cidade Esmeralda. A sua mãe, preocupada que a sua filha estivesse a alucinar e delirar, leva-a ao Dr. Worley, conhecido pelo seu tratamento de “*Electric healing*”. Este filme representa uma cena aterrorizante, na qual Dorothy é amarrada a uma maca, sendo colocada em posição, com um dispositivo na cabeça, sem explicação ou anestesia prévias. Há uma música que cria um ambiente de suspense e terror, criando uma tensão que apenas é quebrada por uma tempestade, com subsequente corte de electricidade, quase como intervenção do destino que salva Dorothy. Este filme, produzido pela Disney, é considerado, ainda hoje, um dos filmes de crianças mais assustadores e promoveu a ideia de que as pessoas diagnosticadas pela psiquiatria não eram mais do que pessoas sensíveis em contacto com diferentes, e por vezes mais aterrorizantes, realidades⁽⁵⁾.

A luz ao fundo do túnel?

São raras as representações verosímeis da ECT no grande ecrã. Um estudo de revisão da utilização da ECT no cinema internacional demonstra uma representatividade destes em cerca de 11% das cenas (9/82)⁽⁶⁾. Ainda que se possa defender a representação da ECT em *The Snake Pit* (1948) como sendo aproximada à técnica usada nos anos 40, a primeira representação realmente verosímil da ECT no cinema ocorreu em *Family life* (1971). Este foi o primeiro filme a demonstrar a utilização da técnica modificada de ECT, numa jovem com esquizofrenia⁽⁶⁾. A cena é demonstrada de forma natural, sem música frenética, com uma equipa de enfermagem que assegura e acalma a doente que teme a anestesia. Após o tratamento com ECT, é verificada uma melhoria clínica na doente e o seu posterior agravamento é justificado, implicitamente, pela disfunção nas dinâmicas familiares e não por alguma falha no tratamento. Mais tarde, o filme *15 Park Avenue*, de 2005, mostra uma psiquiatra a explicar as indicações, vantagens e riscos envolvidos na utilização da ECT antes do procedimento, e em *Helen* (2008), é ilustrado o preenchimento de um consentimento informado pela doente, sendo submetida a uma técnica com recurso a anestesia e oxigenação. É de realçar o esforço manifestado pela realizadora de *Helen*, Sandra Netelback, em tentar captar com rigor e exatidão as cenas de ECT, resistindo à tendência prévia em dramatizar em excesso as mesmas⁽⁶⁾. Estes filmes demonstram a utilização da ECT em situações que constituem indicações reais e comuns, como a depressão grave e esquizofrenia, apresentando a técnica como uma arma terapêutica de uma forma aproximada à realidade⁽⁶⁾. No estudo de revisão de representações cinematográficas internacionais da ECT⁽⁶⁾, Sienaert P. descreve e inúmeras as indicações ou razões que motivam a utilização deste tratamento no grande ecrã, podendo estas ser observadas na tabela 2.

Na tabela 2 podemos conferir que, dentro dos filmes revistos no estudo referido⁽⁶⁾, a ECT é mais frequentemente ilustrada a ser utilizada em personagens que padecem de um qualquer tipo de perturbação psicótica, sendo seguida, em frequência, por representações desta técnica em personagens com perturbações depressivas. No entanto, decorrendo a restante lista, observamos que o cinema ilustra a utilização da ECT para fins como correção comportamental, tortura, conversão de homossexualidade e deleção de memória, que em

nada se encaixam nas indicações formais e para as quais a ECT é usada. A acrescer a este facto, enaltece-se ainda que a maioria das cenas (34 cenas - 59,6%) demonstram um uso coercivo da ECT, com apenas uma minoria a representar a obtenção de consentimento informado (8 cenas - 14%), e de se verificar uma enorme predominância para técnica não modificada da ECT, exibida em 42 cenas (73,7%).

A atualidade e o estigma

Ainda que fosse de esperar que, com o aumento do acesso à informação, a tendência fosse para que as representações da ECT no cinema se aproximassem cada vez mais da realidade, surge em 2015 o filme *Patrick's day* do realizador Terry McMahon. Este filme apresenta um protagonista com esquizofrenia, ilustrando, de uma forma positiva, que estes doentes não são roubados pela doença da sua capacidade de amar e de se relacionar com outras pessoas. Todavia, peca pela inexatidão com que ilustra outros aspetos desta patologia, ligando implicitamente a uma maior propensão para condutas violentas, e também pela forma traumática como representa a utilização da ECT. Nesta cena em particular, após o protagonista ter sido submetido a uma sessão de ECT, este é abandonado pela equipa médica e de enfermagem, com a sua mãe, ainda a convulsivar. Será importante expor que esta representação dramática e sensacionalista da ECT não advém da desinformação do realizador, já que McMahon teria estudado sobre a técnica e as suas nuances mais atuais, até à data, e simplesmente escolhido tomar liberdades criativas com o tema e a matéria, acabando por se juntar a anos de perpetuação do estereótipo e estigma associado a este tratamento⁽⁶⁾.

Conclusões

A maioria dos filmes que contém representações da ECT transmitem uma imagem negativa e pouco precisa sobre esta técnica terapêutica. O cinema, enquanto forma de arte, enfrenta muitas vezes o dilema entre a liberdade criativa e a mensagem educativa e (mal) informativa. Os realizadores de cinema devem estar cientes do potencial impacto que podem ter no público, sendo que são necessárias mais representações fidedignas da ECT de modo a quebrar preconceitos e estigmas existentes que possam coibir doentes que realmente precisam deste tratamento de o aceitar. Além disso, também os psiquiatras devem estar cientes da mensagem que é, ainda hoje, perpetuada no grande ecrã e assumir um papel ativo no seu combate, abordando diretamente estas questões e tentando clarificar dúvidas de forma a conseguir transmitir uma imagem positiva e verdadeira da técnica. Segundo Shorter e Healy *"Hollywood scared the shit out of everybody about ECT"*⁽⁴⁾ e ainda o faz.

Bibliografia

- 1.WEDDING, Danny; NIEMIE, Ryan M. - Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology. 4ª Edição. Boston: Hogrefe Publishing, 2014. ISBN: 978-088-937-461-4.
- 2.CAPE, GS - Addiction, stigma and movies. Acta Psychiatr Scand. Copenhaga. ISSN: 0001-690X. Vol. 107 (2003). 163–169.
- 3.BYRNE, Peter - Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). Adv Psychiatr Treat. Cambridge. Vol. 15, Nº 4 (2009) 286–296.
- 4.SHORTER, Edward; HEALY, David - Shock Therapy: A History of electroconvulsive Treatment in Mental Illness. 1ª Edição. Londres: Rutgers University Press, 2007. ISBN: 978-081-354-169-3.
- 5.MCDONALD, Andrew; WALTER, Garry - The portrayal of ECT in american movies. J ECT. Filadélfia. Vol. 17, Nº 4 (2001) 264–274.
- 6.SIENAERT, Pascal - Based on a True Story? The Portrayal of ECT in International Movies and Television Programs. Brain Stimul [Internet]. Vol. 9, Nº 6 (2016) 882–891.
- 7.MCDONALD, Andrew; WALTER, Garry - Hollywood and ECT. Int Rev Psychiatry. Vol.

21, N° 3 (2009) 200–206.

8.LIEBERMAN, Jeffrey A - Psiquiatras: Uma história por contar. 6a edição. Lisboa: Temas e debates, 2006. ISBN: 978-989-644-388-7.

Ano	Filme
1948	<i>The Snake Pit</i>
1956	<i>Fear Strikes Out</i>
1963	<i>The Caretakers</i>
1963	<i>Shock Corridor</i>
1964	<i>Shock Treatment</i>
1975	<i>One Flew Over the Cuckoo's Nest</i>
1972	<i>Ciao! Manhattan</i>
1974	<i>Caged Heat</i>
1978	<i>The Fifth Floor</i>
1989	<i>Chattahoochee</i>
2006	<i>A love to Keep</i>
1985	<i>Return to Oz</i>
2006	<i>Solace</i>
2009	<i>Je me souviens</i>
1971	<i>Family life</i>
2005	<i>15 Park Avenue</i>
2008	<i>Helen</i>
2015	<i>Patrick's day</i>

Tabela 1 - Listagem de filmes em análise no artigo

Indicação	Nº de cenas (N=57)*
Psicose e relacionados	16 (28,1%)
Depressão e relacionados	9 (15,8%)
Correção comportamental	9 (15,8%)
Tortura	8 (14,0%)
Homossexualidade	2 (3,6%)
Deleção de memória	1 (1,8%)
Outras	14 (24,6%)

*Nas 57 cenas existiu sobreposição de indicações, conformando um total de 59 indicações.

Tabela 2 - Indicações para ECT em filmes internacionais adaptado de Sienart P.⁽⁶⁾

A HISTÓRIA DA MALARIOTERAPIA

Isa Costa¹; Nuno Fernandes¹; Núria Santos¹; Ricardo Gasparinho¹; António Alho¹; Marisa Martins¹; Liliana Ferreira¹; Alda Rosa²

^{1,2} Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Santarém

¹ Médica (o) Interna (o) de Formação Específica de Psiquiatria;

² Assistente Graduada de Psiquiatria

Emails: isacosta2014@outlook.pt; n.agostinho.fernandes@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com; ricardo.gasparinho5@gmail.com; antonio.alho84@gmail.com; marisa.andrem@gmail.com; lilianapf@gmail.com; alda_r_osa@hotmail.com

Resumo

A paralisia geral progressiva (PGP), uma condição da neurosífilis traduzida clinicamente por sintomas neuropsiquiátricos e motores, foi a principal causa de institucionalização em asilos e hospitais psiquiátricos desde o final do século XIX até aos anos 40, tendo, à época, um prognóstico sombrio. Em 1917, Wagner-Jauregg criou a malarioterapia, que consistia na inoculação de sangue contendo o *Plasmodium vivax* em doentes com PGP, evidenciando o potencial terapêutico da febre induzida pela infecção malárica no tratamento da PGP. Face aos resultados promissores, a malarioterapia foi aplicada internacionalmente no tratamento da PGP e de outras doenças mentais. A malarioterapia mudou positivamente o prognóstico da PGP, permitindo recuperar a saúde mental e física dos acometidos, contudo, o advento da penicilina contribuiu para que, desde os anos 50, fosse negligenciada pela comunidade médico-científica.

Palavras-chave: Malarioterapia, Febre, Wagner-Jauregg, História

Summary

Progressive General Paresis (of the insane) (GPI), a condition of neurosyphilis clinically translated by neuropsychiatric and motor symptoms, was the main cause of institutionalization in asylums and psychiatric hospitals from the end of the 19th century to the 1940s, having, at the time, a bleak prognosis. In 1917, Wagner-Jauregg created malariotherapy, which consisted of inoculation of blood containing *Plasmodium vivax* in patients with GPI, evidencing the therapeutic potential of fever induced by malaria infection in the treatment of PGP. Given the promising results, malariotherapy was applied internationally in the treatment of GPI and other mental diseases. Malariotherapy positively changed the prognosis of GPI, allowing to recover the mental and physical health of those affected, however, since the 1950s, with the advent of penicillin, it was neglected by medical-scientific community.

Introdução

Durante a transição do século XIX para o XX, a comunidade médica tentava lidar com o crescente número de pacientes acometidos pela sífilis.¹

A PGP, a forma clínica da neurosífilis com manifestações psiquiátricas, foi a principal causa de institucionalização em asilos e hospitais psiquiátricos desde o final do século XIX até à década de 1940, registando uma prevalência que variou de 10 a 45% em todo o mundo.² Nenhum tratamento eficaz estava disponível,² tendo sido considerada como “uma doença da civilização” no final do século XIX.³

Este trabalho tem como objectivo rever e sistematizar a história da malarioterapia.

Paralisia Geral Progressiva

A sífilis é uma doença infecciosa provocada pelo *Treponema pallidum*.⁴ Ao invadir o sistema nervoso central (SNC), o *Treponema pallidum* pode determinar quadros clínicos variados, desde apenas alterações líquóricas, em indivíduos assintomáticos, até quadros graves como a PGP.⁴ A estas diversas formas de comprometimento do SNC dá-se a designação genérica de neurosífilis.⁴ As manifestações clínicas da neurosífilis expressam-se comumente durante a fase terciária da doença e podem ser classificadas em meningovasculares ou parenquimatosas.⁴ O comprometimento predominantemente parenquimatoso expressa-se a partir dos quadros de tabes dorsalis, atrofia óptica e PGP.⁴ A PGP, também denominada neurosífilis parética,⁴ demência paralítica³ ou paralisia geral dos loucos^{2,3,5-7} é uma condição altamente incapacitante⁴ que resulta da degeneração progressiva do sistema nervoso.^{2,3} Na fase inicial - pré-paralítica, as manifestações são características dos quadros de demência, com perturbação do raciocínio, comprometimento gradual da memória, irritabilidade e distúrbios de comportamento e conduta.⁴ Na fase mais avançada - paralítica, ocorre um agravamento das alterações cognitivas e neurológicas, com surgimento de apraxia, agnosia e afasia, e outras manifestações como disartria, hipotonia muscular, ataxia, tremores labiais/da língua/da face/das extremidades, paralisia de nervos cranianos, hemiplegia, alterações pupilares e convulsões.⁴ Dois terços dos pacientes que se encontram nessa fase apresentam manifestações psiquiátricas⁴ (alucinações, delírios, mania, depressão)^{1,2} e o desenvolvimento de sintomas psicóticos pode levar ao seu internamento em hospitais psiquiátricos.¹ A PGP foi considerada um distúrbio psiquiátrico quando foi identificada cientificamente pela primeira vez no início do século XIX.³ Durante o final do século XIX e a primeira metade do século XX,¹ foi descrita como a “doença do século”,⁷ sendo a sua natureza sífilítica confirmada em 1913 por Hideyo Noguchi, quando este demonstrou as espiroquetas sífilíticas no cérebro de pacientes com PGP, provando ser causada pelo *Treponema pallidum*.^{2,3} A PGP resultava, em grande parte dos casos, no óbito, já que a sua taxa de cura era muito pequena.¹ Embora tratamentos anti-sifilíticos, como o mercúrio (o tratamento mais antigo), o iodeto de potássio e, mais tarde, o salvarsan (em 1909) e neosalvarsan, tenham sido recomendados para o tratamento da PGP, eles revelaram-se um fracasso na progressão mortal da doença.³

Piroterapia

O uso da febre no tratamento de doenças é denominado de piroterapia ou piroterapia.⁵ Ao longo dos séculos, observou-se que a febre e os agentes infecciosos eram benéficos para um amplo espectro de doenças, incluindo condições neurológicas, como a epilepsia, e doenças psiquiátricas, como a melancolia e a psicose.⁵ O uso benéfico de acessos febris em certas doenças médicas e psiquiátricas remonta a Hipócrates (século IV a.C.), que observou resultados positivos da febre da malária na epilepsia.^{5,8} Além de Hipócrates, e posteriormente, Galeno, Pínel, Esquirol, também outras figuras da história da Psiquiatria tiveram a oportunidade de constatar melhorias nos sintomas de alguns dos seus pacientes depois de eles contraírem acidentalmente determinada doença infecciosa, como cólera ou tuberculose pulmonar.¹

Surgimento da malarioterapia: Julius Wagner-Jauregg

Em 1883, o psiquiatra austríaco Julius Wagner-Jauregg, médico assistente da Primeira Clínica Psiquiátrica do Asilo de *Lower Austria* em Viena, observou que uma paciente da instituição recuperara dos sintomas relacionados com o seu distúrbio mental - psicose grave - após contrair erisipela (infecção bacteriana aguda da pele normalmente acompanhada de febre alta).^{1,7} Curioso para descobrir se realmente havia uma relação entre a febre causada pelas doenças infecciosas e a melhoria das psicoses, Jauregg passou a estudar a literatura existente

sobre o tema e iniciou uma série de complexos e trabalhosos estudos.^{1,7}

Nas suas experiências preliminares de indução de febre, ele inoculou estreptococos de erisipelas em vários pacientes com psicose, mas ficou desanimado com os resultados inconsistentes.^{7,9} Ele também conduziu experiências de indução artificial da febre com tuberculina em pacientes com sintomas psicóticos causados pela PGP, as quais interrompeu porque a tuberculina era considerada tóxica,^{1,3} com relatos de morte.⁷ Os resultados decepcionantes destas tentativas e os constantes autoquestionamentos sobre a segurança do seu método, levaram-no a abandonar temporariamente os seus estudos.¹

Em 1887, ele publicou um artigo intitulado “O efeito da doença febril nas psicoses”, onde resumiu literatura científica relevante sobre o assunto e forneceu descrições dos seus próprios casos.^{7,9} Ele concluiu que as doenças infecciosas poderiam ser usadas para tratar pacientes com sintomas psicóticos,^{3,7,9} discutindo ainda no seu artigo se era justificável infectar pacientes para induzir febre como intervenção terapêutica.⁹

Em 1893, agora director da Primeira Clínica Psiquiátrica do Asilo de *Lower Austria* e incentivado pelos resultados positivos obtidos por um dos seus assistentes, Ernst Boeck, que havia dado continuidade às experiências com a tuberculina, Jauregg decidiu retomar as suas investigações experimentais.^{1,9} Mesmo depois da saída de Boeck da clínica, Jauregg continuou as experiências com a tuberculina em pacientes acometidos por diferentes doenças mentais, entre elas, a PGP.¹ Wagner-Jauregg notou que as suas experiências com tuberculina eram especialmente eficazes em pacientes com PGP^{1,7,9} e, entre 1900 e 1901, ele e o seu assistente Alexander Pilcz, realizaram um estudo comparativo entre 69 paralíticos gerais tratados com tuberculina e 69 não-tratados.^{7,9} Os resultados mostraram taxas mais altas de remissão em pacientes tratados com tuberculina do que em pacientes não-tratados.^{7,9} Wagner-Jauregg apresentou esses resultados em 1909 no 16º Congresso Internacional de Medicina em Budapeste,^{1,9} sendo as suas descobertas recebidas com grande cepticismo.⁹ Ainda assim, o médico direccionou o seu foco sobre os pacientes acometidos pela PGP, acreditando que a partir de uma infecção conseguiria alcançar melhorias relevantes no quadro clínico e, até, encontrar a cura para a doença.¹

Apesar das primeiras tentativas de desenvolver um tratamento para a PGP terem sido conduzidas com outros agentes infecciosos, a possibilidade de realizar experiências com a infecção malárica era cogitada por Jauregg desde o ano de 1887.¹ Contudo, para não ter de recorrer a esta agressiva doença, foi procurando tratamentos alternativos que se mostrassem eficazes.¹

Ainda antes de se dedicar à utilização da malária como ferramenta terapêutica contra a PGP, por volta do ano de 1910, Wagner-Jauregg conduziu algumas experiências com culturas mortas de bactérias do género *Staphylococcus*.¹ Porém, os resultados não agradaram o psiquiatra, que logo os deixou de lado.¹

A oportunidade de colocar a malarioterapia em prática surgiu apenas em 1917, quando já actuava na Clínica de Psiquiatria e Doenças Mentais de Viena.¹ A técnica consistia na inoculação de sangue contendo um dos agentes etiológicos da malária, o protozoário da espécie *Plasmodium vivax* (transmissor da malária benigna), em pacientes portadores da PGP, na tentativa de curá-la, através dos acessos febris gerados pela infecção palúdica.¹ De acordo com o primeiro protocolo desenvolvido por Jauregg: (1) inocular o *Plasmodium vivax* no paciente através de injeções subcutâneas; (2) aguardar estados febris (entre 7 e 12 – intervalo estabelecido por Jauregg de forma empírica); (3) administrar 1g de bissulfato de quinina por dia, durante 3 dias, e diminuir para 0,5g por mais 15 dias; (4) por fim, administrar três doses de neosalvarsan por via intravenosa, uma vez por semana.¹ O bissulfato de quinina e o neosalvarsan eram medicamentos contra a malária e contra a sífilis, respectivamente.⁷ Jauregg, ao contrário de muitos psiquiatras do seu tempo, acreditava que a combinação com medicamentos anti-sifilíticos poderia trazer benefícios aos paralíticos gerais, por menores que fossem.¹

Neste mesmo ano, Wagner-Jauregg recebeu uma notícia do Dr. Alfred Fuchs:⁷ durante a 1ª Guerra Mundial, um soldado que retornava do *front* da Macedónia acometido pela infecção palúdica do tipo terça benigna, teria sido admitido na clínica.^{1,3} Assim, com o sangue infectado ao seu dispor, o psiquiatra iniciou as suas experiências com a malária, inoculando (via subcutânea entre as omoplatas) nove paralíticos gerais,^{1,7} entre casos avançados e recentes da doença.¹ Como resultado do tratamento ministrado nos nove pacientes, obteve: um óbito (por malária), três recuperaram completamente, três apresentaram uma melhoria significativa e dois tiveram que ser internados novamente.^{1,2,7} Quatro dos seis sofreram recaídas de PGP, no entanto, os dois pacientes restantes recuperaram completamente, tiveram alta clínica e puderam retomar as suas ocupações profissionais anteriores e as suas vidas como indivíduos funcionais.^{1,7}

A primeira experiência com a malarioterapia foi considerada bem-sucedida pelos médicos envolvidos e a malarioterapia passou a ser sistematicamente aplicada em paralíticos gerais internados na Clínica de Viena, sob a supervisão de Wagner-Jauregg.¹ Ele contactou com um especialista de Medicina Interna que chefiava um departamento no hospital militar, instituição que comumente recebia muitos soldados envolvidos na 1ª Guerra Mundial acometidos pela malária, e obtinha o *Plasmodium vivax* do sangue desses soldados.^{1,7}

Expansão da malarioterapia

A clínica de Wagner-Jauregg tratou mais de 1000 pacientes com PGP com a malarioterapia, com aproximadamente 60% deles a experimentar a remissão em vários graus.⁵

Como qualquer novo tratamento promissor, a malarioterapia passou a ser divulgada, estudada e aprimorada.¹

O *Plasmodium vivax* era considerado a melhor espécie para a execução do tratamento porque preenchia três importantes requisitos: espécie responsável pela transmissão da malária benigna (ou crónica), a qual, os médicos acreditavam que não colocaria a vida dos pacientes em risco;¹ permitia ciclos regulares de febre elevada, necessários, como se acreditava, para o tratamento;² a forma branda da malária poderia ser controlada com a administração de bissulfato de quinina após um determinado número de acessos febris.¹

Uma figura-chave da malarioterapia no tratamento da PGP foi Paul Ehrlich, que descobriu o salvarsan, aclamado como a bala mágica para a sífilis, e que também reconheceu o potencial do azul-de-metileno no tratamento da malária.⁷ O desenvolvimento desses dois agentes terapêuticos permitiu a abordagem de Wagner-Jauregg de tratar o paciente com anti-sifilíticos em conjunto com a inoculação da malária e, posteriormente, o uso de bissulfato de quinina ou azul-de-metileno para tratar os sintomas da malária.⁷

A malarioterapia difundiu-se para outros países e, no início da década de 1920, o tratamento foi usado não apenas na Europa, mas também na América do Sul e nos Estados Unidos da América (EUA).³ Em todo o mundo, aproximadamente 30% dos pacientes tratados foram relatados como atingindo remissão completa, enquanto outros 20% atingiram remissão parcial.⁵ Paul O'Leary, em Rochester, Minnesota, conduziu um dos primeiros estudos longitudinais usando a malarioterapia entre 1924 e 1926.⁷ O'Leary relatou que: a evidência ainda apoia a afirmação de que a inoculação da malária é benéfica se a condição geral do paciente permitir que ele a tolere; a experiência com o tratamento da febre de Wagner-Jauregg nos últimos 3 anos, em 278 casos, provou definitivamente que é o método de tratamento mais valioso sugerido para a PGP.⁷ Em 1926, uma revisão internacional que incluiu 35 estudos e 2460 casos, mostrou que 27,5% dos pacientes submetidos à malarioterapia apresentaram uma remissão completa e 26,5% apresentaram uma remissão parcial.^{2,7}

Em 1927, Wagner-Jauregg ganhou o Prémio Nobel de Medicina por ter descoberto o valor terapêutico da inoculação da malária no tratamento da PGP.^{2,3,7-10} Wagner-Jauregg instou os seus colegas cientistas a procurarem tratamentos para distúrbios psiquiátricos com base na

identificação da raiz orgânica do problema.^{1,7} Durante a sua palestra no Nobel, ele enfatizou que o mecanismo explicativo da malarioterapia é desconhecido.⁷ Apesar do impacto positivo do tratamento de Wagner-Jauregg, ele teve que esperar 10 anos até à aposentadoria de B. Gadelius, professor sueco de Psiquiatria no Comité do Prémio Nobel, que se recusou a atribuir o prémio a “um médico que injectou malária num parálítico geral, porque ele era aos seus olhos, um criminoso”.^{1,7}

A malarioterapia fomentou, em grande medida, a mudança na opinião sobre o prognóstico da PGP.¹ Os pacientes acometidos pela doença eram vistos, antes da introdução da técnica, como indivíduos com um destino sombrio e fatal, já que a PGP era considerada uma doença de cura impossível ou muitíssimo improvável.¹ Tais indivíduos eram depositados nas instituições asilares para esperarem a morte, sendo considerados indignos da atenção dos psiquiatras, que se viam impossibilitados de reverter tal situação.¹ Portanto, os resultados positivos atribuídos à terapia palúdica construíram a esperança da recuperação de muitos parálíticos gerais, permitindo-lhes o restabelecimento da sua saúde física e mental.¹

O entusiasmo face aos resultados promissores da nova técnica fez com que alguns médicos utilizassem a malarioterapia no tratamento de outras doenças, como no parkinsonismo pós-encefálico, na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva e nas psicoses relacionadas com a epilepsia.²

Ainda mais significativamente, o número de artigos publicados passou de menos de cinco por ano antes de 1927 para um pico de 160 artigos em 1929.⁷

Wagner-Jauregg ter-se-á mostrado preocupado com os diferentes métodos de indução da malária, porque acreditava que o método ideal era inocular o *Plasmodium vivax* por via subcutânea nas costas do paciente.⁷ No entanto, nos EUA e na Grã-Bretanha, os psiquiatras usaram mosquitos do género *Anopheles* (vector natural do paludismo) que continham o *Plasmodium vivax* para picar os pacientes com PGP.⁷ Ele criticou esse novo método, pois além de não acreditar na sua eficácia,¹ alegou a eventual ocorrência dum desastre de saúde pública caso os mosquitos infectados escapassem.^{1,7}

Declínio do uso da malarioterapia e desaparecimento de Julius Wagner-Jauregg da memória pública

Em 1943, John Mahoney descobriu que o *Treponema pallidum*, o agente causal da sífilis, era susceptível à penicilina,^{7,8} ficando claro, um ano depois, que a penicilina também tinha sucesso no tratamento da neurosífilis.³

Começou a surgir uma maior quantidade de artigos que comparavam a utilização da malarioterapia com a administração do novo antibiótico.¹ Nos anos seguintes e até à prevalência da penicilina em monoterapia, ocorreu um período de transição em que eram usados todos os métodos disponíveis - mercúrio, salvarsan, penicilina e malarioterapia - para o tratamento da PGP.⁸ Progressivamente, a malarioterapia foi abolida dos cuidados psiquiátricos e, desde a década de 1950, tem sido amplamente negligenciada pela comunidade médico-científica.^{5,8}

Embora a malarioterapia salvasse vidas, ela também matou até 15% dos pacientes que a receberam.¹⁰ O conceito *primum non nocere* (não-maleficência) foi claramente ignorado, com relatos de mortes causadas pela malária a atingir 5 a 13%.² É importante destacar que, na época de Wagner-Jauregg, a PGP era terrível e incurável e a noção de que “doenças desesperadas justificam remédios desesperados” foi uma ideia aceitável até ao final da 2ª Guerra Mundial.² Com o desenvolvimento da bioética na era pós-2ª Guerra Mundial,^{2,7} do Código de Nuremberg e do Relatório Belmont,⁷ e com o estabelecimento de parâmetros éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, o princípio da não-maleficência passou a ser considerado e necessário.²

Enquanto médico e cientista, Julius Wagner-Jauregg fez experiências eticamente ambíguas com a malarioterapia em pacientes parálíticos gerais que nem sequer davam o seu

consentimento.⁷ Isto é uma possível explicação para o desaparecimento de Wagner-Jauregg nos textos modernos, no campo da Psiquiatria e na memória pública.⁷ Surgiram também informações que comprovaram a sua estreita ligação com o partido nazista.⁷ O facto incontestável obtido dos registos nazistas de que ele era solidário ao partido, prejudicou-o como psiquiatra que contribuiu para a humanidade.⁷ Assim, a combinação do movimento da bioética e a sua associação com o partido nazista, destacaram novas atitudes sociais que não eram receptivas à malarioterapia e às visões de Wagner-Jauregg.⁷

Todavia, e por mais que eticamente perturbasse o conceito de infectar intencionalmente pacientes, o método de Wagner-Jauregg foi revolucionário no tratamento da PGP e forneceu à Psiquiatria um certo grau de legitimidade entre as outras especialidades médicas.⁷

Tentativas recentes (nas décadas de 1990 e 2000) incluíram o uso da malarioterapia na doença de Lyme e na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.² Muitos médicos e imunologistas acreditam que o plasmódio da malária seja capaz de interagir com outros microorganismos, provocando efeitos benéficos.¹ Um dos maiores porta-vozes do discurso em prol das pesquisas modernas com a malarioterapia é o cientista norte-americano Henry Heimlich.¹ Muito criticado pelo seu posicionamento, Heimlich acredita que a infecção palúdica possa estimular o sistema imunológico do paciente, produzindo efeitos positivos especialmente sobre a doença de Lyme, que alega possuir inúmeras similaridades com a sífilis.¹ Ainda não foram realizados estudos controlados randomizados para avaliar a real eficácia desse tratamento, o que é necessário na epidemiologia clínica moderna.²

Conclusões

A PGP foi de importância capital na história da Psiquiatria, porque frequentemente se expressava clinicamente na forma de sintomas psiquiátricos.³ Era um distúrbio comum, debilitante e fatal.⁶

A malarioterapia foi amplamente utilizada entre 1917 e 1950 no tratamento de PGP,² e em conjunto com o bissulfato de quinina e o neosalvarsan, ela salvou a vida de milhares de doentes.⁷ No entanto, a ambiguidade ética relacionada à inoculação intencional da malária era muito preocupante para uma comunidade que ainda estava a recuperar das atrocidades cometidas pelos nazistas durante a 2ª Guerra Mundial.⁷

O advento da penicilina na década de 1940 serviu para tornar obsoleta a malarioterapia,⁶ contudo, seria imprudente subestimar a importância da sua descoberta para a época.⁷

Wagner-Jauregg desapareceu da consciência pública e não é mais amplamente comemorado pelas suas contribuições na história da Psiquiatria.^{1,7}

Bibliografia

ACCORSI, Giulia E. - *Entre a moléstia e a cura: a experiência da malarioterapia pelos psiquiatras do Rio de Janeiro (1924-1956)* [Em linha]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, 2015. [Acedido a 04 de Setembro de 2020]. Disponível na Internet: <https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/20454/155.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

FREITAS, Daniel R. C.; SANTOS, João B.; CASTRO, Cleudson N. - Healing with malaria: a brief historical review of malariotherapy for neurosyphilis, mental disorders and other infectious diseases. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. ISSN:1678-9849. Vol. 47, n.º2 (2014) 260-1. doi:10.1590/0037-8682-0209-2013

ARTVINLI, Fatih - More than a disease: the history of general paralysis of the insane in Turkey. *Journal of the history of the neurosciences*. ISSN:1744-5213. Vol. 23, n.º2 (2014) 127-39. doi:10.1080/0964704X.2013.835521

FRANCO, Gláucio M. et al. - Relato de caso insólito de neurosífilis. *Revista Médica de Minas Gerais* [Em linha]. Vol. 19, n.º1 (2009), p. 75-9. [Acedido a 28 de Agosto de 2020]. Disponível na Internet: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/494>

ZUSCHLAG, Zachary D.; LALICH, Callie J.; SHORT, Edward B.; HAMNER, Mark; KAHN, David A. - Pyrotherapy for the Treatment of Psychosis in the 21st Century: A Case Report and Literature Review. *Journal of psychiatric practice*. ISSN:1538-1145. Vol. 22, n.º5 (2016) 410-5. doi:10.1097/PRA.0000000000000181

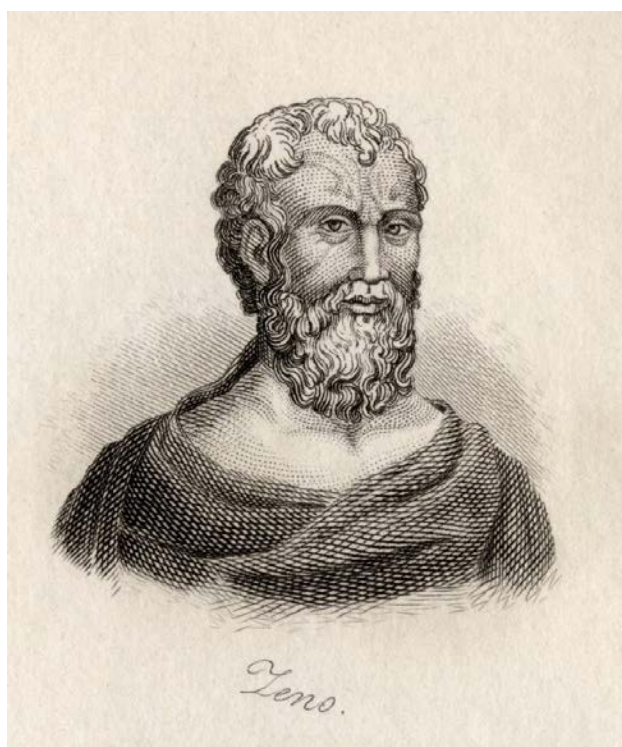
BYNUM, Willian - Experimenting with fire: giving malaria. *Lancet (London, England)*. ISSN:1474-547X. Vol. 376, n.º9752 (2010), p. 1534-5. doi:10.1016/S0140-6736(10)62019-3

TSAY, Cynthia J. - Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *The Yale journal of biology and medicine*. ISSN:1551-4056. Vol. 86, n.º2 (2013), p. 245-54

KARAMANO, M.; LIAPPAS, I.; ANTONIOU, Ch.; ANDROUTSOS, G.; LYKOURAS, E. - Julius Wagner-Jauregg (1857-1940): Introducing fever therapy in the treatment of neurosyphilis. *Psychiatriki*. ISSN:1105-2333. Vol. 24, n.º3 (2013) 208-12

GARTLEHNER, G.; STEPPER, K. - Julius Wagner-Jauregg: pyrotherapy, simultanmethode, and 'racial hygiene'. *Journal of the Royal Society of Medicine*. ISSN: 1758-1095. Vol. 105, n.º8 (2012) 357-9. doi:10.1258/jrsm.2012.12k0049

VOGEL, Gretchen - Malaria as lifesaving therapy. *Science (New York, N.Y.)*. ISSN: 1095-9203. Vol. 342, n.º6159 (2013) 686. doi:10.1126/science.342.6159.686



Zeno de Citium

(In: https://prabook.com/web/zeno.of_citium/3733036)

STOICISM: THE PHILOSOPHY AT THE HEART OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY

Cristina Fragoeiro

Magalhães Lemos Hospital

Medical Doctor – Psychiatry Trainee

CristinaFragoeiro@hmlemos.min-saude.pt

Abstract

“Men are disturbed not by things, but by the views they take of them” – these words by the Ancient Stoic philosopher Epictetus have been echoed all around the world by the cognitive-behavioural therapists of today. Stoicism, born of the Hellenistic schools of philosophy, can be considered a form of practical wisdom for living. Its influence permeates much of Western culture and is the foundation of several psychotherapeutic techniques. Through a literature review, I explore the Stoic precepts underlying CBT models and techniques and delve in to the reasons why one might, as a therapist and/or a patient, explore and embrace the Stoic way of living.

Keywords: cognitive-behavioural therapy, psychotherapy, philosophy, Stoicism

Resumo

“Não reagimos às coisas em si mas à visão que temos das mesmas” – estas palavras do antigo filósofo Estoico Epicteto são ecoadas em todo o mundo pelos terapeutas cognitivo-comportamentais atuais. Estoicismo, uma das escolas de filosofia Helénicas, pode ser considerada uma forma de sabedoria prática para viver. A sua influência está presente na cultura ocidental e constitui a base de várias técnicas psicoterapêuticas. Através de uma revisão da literatura, exploro os vários conceitos Estoicos subjacentes aos modelos e técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental, e discuto as razões pelas quais uma pessoa, como terapeuta e/ou como paciente, pode explorar e integrar uma forma Estoica de viver.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, filosofia, Estoicismo

Introduction

Ancient philosophy was often concerned with “the art of living”. Philosophy was considered as medicine for the *psyche*, with the philosopher as physician of the soul. The term *therapeia* was used by Greek philosophers to describe the use of philosophical doctrines and practices to alleviate psychological suffering. Philosophy sought to transform the life of the philosopher, in a manner similar to contemporary psychotherapy. Out of the various schools of Ancient Greek philosophy, the Stoic school bears the strongest similarity to Cognitive-Behavioural Therapy (CBT). Despite being one of the most prevalent schools in Ancient Greece and Rome, surviving as a living tradition for 500 years, its therapeutic concepts were then largely neglected until the start of the 20th century. I explore the Stoic precepts underlying CBT models and techniques, and delve in to the reasons why one might embrace the Stoic way of living.

Stoicism versus stoicism

Just as Socrates would point out, we first have to agree on the correct definition of key terms before engaging in discussion about a subject. The first fundamental difference is between upper case Stoicism and lower case stoicism. The latter, used colloquially, refers to a personality trait or coping style in which a person suppresses emotional reactions, frequently being synonymous for unemotional. Stoicism, with a capital S, is the philosophical school and does not, at all, adopt such a stance. Although the notion of a stoic coping style or personality trait is historically derived from the impression people have of ancient Stoic philosophers, it is only loosely related and in some ways quite the opposite to what Stoicism teaches. Rather than suppress automatic feelings or sensations, a Stoic philosopher would try to rationally view these with indifference, as neither good nor bad in regard to the ultimate goal of life, by modifying the underlying value judgment. He would accept them as natural and inevitable, and beyond his direct control. Also, the aim was not to become unemotional, but to foster healthy emotions, in agreement with Nature, towards all of mankind. Stoicism provides, as such, a more nuanced approach to emotional self-regulation.

The Stoic School of Philosophy

The Stoic school was founded in 301 B.C. by a Phoenician merchant called **Zeno of Citium**, who had been shipwrecked near Athens. Inspired by the example of Socrates, Zeno became a philosopher. Ancient Greek philosophy was organized into schools. Zeno trained in the Cynic tradition and studied at the Platonic Academy and the Megarian school. He then broke apart and founded his own school of philosophy, combining these and other influences. Socrates had held his sessions in the open air in the marketplace (*agora*) of Athens. Zeno, the founder of the Stoic school, held his sessions in the ***Stoa Poikilē*** (“Painted Porch”), a well-known decorated colonnade on the north side of the *agora*. Just like Socrates, the Stoics met out in the public, where anyone could listen to them debate. Stoicism was a “philosophy of the street” and not to be held in the elitist privacy of academia. Stoicism prevailed as a living tradition, in Ancient Greece and Rome, for over 5 centuries, experiencing a decline after Christianity became the state religion in the 4th century A.D.. Since then it has seen some renewal, mostly in the Renaissance (**Neostoicism**) and in the contemporary era (**Modern Stoicism**).

The Stoic Writings

Despite its prevalence at the time, very little survives of the original Stoic writings. Most of the literature that remains belongs to three men: Seneca the Younger (circa 4 B.C.–A.D. 65), Epictetus (circa 50–135 A.D.) and Marcus Aurelius (121–180 A.D.). The fact that one was a slave and another an emperor speaks to the universal appeal of the Stoic way of living.

Seneca was a Hispano-Roman philosopher, statesman and dramatist, with training in philosophy and rhetoric. He was tutor to Nero and then his advisor when emperor, but later was ordered to commit suicide. With highly accessible writing, he authored extensive works on Stoicism, focusing mainly on Stoic Ethics. His writings bring together both theory and practical advice, and stress that both parts are distinct but interdependent. His various philosophical writings have been gathered and published as ***Dialogues and Essays*** by Oxford University Press.

Epictetus was born a Greek slave, and had allegedly been crippled by his master. Early in life, he acquired a passion for philosophy and was allowed by this wealthy master to study Stoic philosophy under Musonius Rufus. He later obtained his freedom sometime after the death of Nero in 68 A.D., and he began to teach philosophy in Rome and later, when banished by emperor Domitian, in Nicopolis in Greece. ***Discourses, Fragments*** and the ***Handbook*** or ***Enchiridion***, are a record of his oral teachings and conversations kept and published by Arrian, one of his loyal students.

Marcus Aurelius was emperor of Rome from 161 to 180 A.D., the only one to have been considered a “philosopher king” as idealized by Plato. He was the last emperor of the Pax Romana, an age of relative stability and peace for the Roman Empire, even though he had to govern through military conflict, plague, betrayal and hard times. He wrote his *Meditations* while on campaign between 170 and 180. They were never intended to be disseminated, being written only as a source of guidance and self-improvement, drawing in on Stoic principles.

The Stoic Framework

Ancient schools of philosophy were habitually distinguished from one another with regard to their definition of the **goal of life**. Most schools believed it was *eudaimonia*, understood as happiness, well-being or personal fulfilment. The Stoic school agreed in part with this statement; they believed that the ultimate goal of life was to “**live in agreement with Nature**”, by pursuing *aretê* (virtue, or **excellence of character**), and that doing this was necessary and sufficient to attain *eudaimonia*. To unwrap this cryptic statement, one must remember that the Stoics were **pantheists** (derived from the Greek *pan* and *theos*, meaning “everything divine”), and that Nature or the Universe was considered a single, living organism, created by a benevolent god, who wishes there to be as much goodness and order as possible in the world. They opposed the Platonists in one regard: rather than accepting Plato’s theory of Forms, the Stoics diverged by holding a materialist view of metaphysics. They believed that only a body had the capacity to have an effect and to be affected by something, and that the so called “incorporeals” had no such capacity. Returning to the original statement, the Stoics believed that living in harmony with Nature should occur at three levels: **others, the world and the self**. One did so by following one’s internal nature, as a rational and social being, by seeking excellence in **four cardinal values: wisdom, justice, courage and temperance**. One sought to live a better life by consciously and voluntarily making progress towards these central values. Anything that lay beyond our sphere of control and that did not contribute to the search for moral and practical wisdom was considered as “**indifferent**” to the ultimate goal of life. Commonly valued goods, such as health, wealth and reputation were, for the Stoics, indifferent, precisely because of this; though preferable, they were not essential. The Stoics also believed that we should **accept** our place as part of the Universe, welcoming our **fate**, and accepting what is bestowed upon us, that is beyond our control. All-in-all, the Stoic philosophers sought to choose the most virtuous path of action, with the important caveat of fate permitting. This mental framework is considered nowadays as simultaneously empowering and hard, as it deprives us of excuses for not attaining the best possible life.

From a **therapeutic** stance, there were **three practical areas of training** for a Stoic: the discipline of assent (wisdom applied to our thoughts and feelings), the discipline of desire (wisdom applied to the “passions” or involuntary emotions; also associated with courage and temperance) and the discipline of action (wisdom applied to our actions, as well as courage and justice).

With the **discipline of assent**, the Stoics sought to be **mindful** of their thoughts, emotions and actions, **separating judgments** of “good” and “bad” **from the objective representation of reality**. They tried to learn the difference between things that were good, bad and indifferent, with regard to the ultimate goal of life.

In the **discipline of desire and aversion**, the Stoics learned to be **accepting** of what happened to them, learning to **love fate (*amor fati*)**, **living in the present moment instead of desiring or fearing** certain things. However, they did not simply resign to what fate brought them, but actively searched for virtue that was within their grasp. They did not seek to be emotionless, but intended to not be ruled by emotions. They recognized that initial impressions could be incorrect, that impulses and overwhelming or irrational emotions could

steer us towards wrong-doing. To self-regulate, they would seek to transform these unhealthy, irrational emotions by modifying the underlying beliefs, recognizing their objective relevance, and acknowledging them as a natural, involuntary and inevitable part of life. They did not give into cognitive processes like worrying and rumination, which irrationally magnify these incorrect value judgements. They embraced healthy emotions, developing a rational joy and goodwill towards oneself and others.

The **discipline of action** asked the Stoics to **act purposefully in accordance with their values**, doing the right thing in terms of themselves, their relationships, their work in service of others. This required courage and a just view of the situation. Attention was given to the distinction between what was under their control and what was not (the **Stoic fork**).

Stoicism and Cognitive-Behavioural Therapy

Stoicism remained largely overlooked until the start of the 20th century, when a new **rational or cognitive approach to psychotherapy** was emerging. One of its first proponents, **Paul Dubois** (1848-1918), explicitly acknowledged Stoicism as central to his understanding and practice of psychotherapy. He placed a particular emphasis on the dichotomy of control (also known as the Stoic fork), and encouraged patients to become more accepting of what happened to them while taking responsibility for their own realm of action. He used Socratic questioning to discern what was beneath automatic thoughts and taught patients the basic principles of Stoic philosophy. Later, **Albert Ellis** (1913-2007), founder of **Rational Emotive Behaviour Therapy** (REBT), also openly recognized the influence of Stoicism on his psychotherapeutic approach. He defended that emotional disturbances, and associated symptoms, were mainly due to our irrational beliefs about events rather than the events themselves – a belief echoed in the words of Stoic philosopher Epictetus, “Men are disturbed not by things, but by the views they take of them” (*Enchiridion*). He would teach patients this quote to introduce them to therapy. Following Ellis, subsequent cognitive-behavioural therapists also shared this quote and viewpoint. **Aaron Beck** built his classic **Cognitive-Behavioural Therapy** upon Ellis’s Stoic-inspired psychotherapeutic precepts. The basic common assumptions of CBT and the goal of achieving psychological and emotional wellbeing are shared with Stoic philosophy. Thinking, feeling and behaviour are all interconnected and continually influence each other, and thoughts (or cognitions) are often the cause of emotional disturbance. By changing thoughts one can alleviate suffering – **cognition as both cause and cure of emotional disturbance**. Just like in Stoicism, there is also an emphasis on practice, in that our beliefs should be tested out in real life, in the laboratory of our own experience. Both Stoicism and CBT highlight the role of **responsibility, rationality and self-disciplined observation of one’s mind** as a means of modifying irrational thoughts and emotions and achieving psychological well-being.

Later, encapsulated in the “**third wave**” of CBT, themes like **mindfulness, acceptance, clarification of values and commitment to valued actions** took centre stage in the search for psychological well-being. Though primarily influenced by Buddhist philosophy, in fact these themes were already emphasized in Stoic philosophy.

Stoic Practices

Ancient philosophy was considered a way of life, and philosophers were identified essentially by their behaviour and not just their verbal debates. Amongst the Ancient Greek schools of philosophy, Stoicism was the most practical and therapeutically inclined. Stoicism had a broad and sophisticated toolbox of exercises for specific philosophical-therapeutic purposes. Rather than expound lengthily on the topic, important references are indicated at the end of this article. There are important parallels between CBT techniques and Stoic practices, some of which will be summarily approached. Stoic practices can also be a source of inspiration

for new CBT techniques, that can then be validated empirically in a scientific and clinical setting.

1. Stoic Mindfulness

The Stoics believed in grounding one's attention to the present moment, in part because it is in our locus of control, and also because focusing on the here and now frees us from unhealthy emotions and cognitive processing. A measure of suffering is derived from worrying about the future or ruminating on the past. The Stoic philosopher knows that change and impermanence are guaranteed in life, and accepts this fact. He is self-aware, especially to his own stream of consciousness, and constantly tries to discern events from his own interpretation of them.

2. Self-Analysis and Disputation

The Stoic philosopher will mindfully distinguish the subjective from the objective. He recognizes that the truth should be neutral, without strong value judgments or emotive tones. He tries to place things within their true context – not as an isolated event, but as part of the whole. Before acting, he thinks on the consequences of different attitudes of mind and actions. He recognizes the role of interpretation in the actions of others and is tolerant of their mistakes. He avoids lingering on irrational feelings of blame, guilt, shame or regret because he also acknowledges the possibility of well-intentioned error in himself, taking a compassionate stance towards others' errors and his own.

CBT also encourages self-awareness and self-monitorization (functional assessment, monitoring records), recognizing judgements as sources of psychological and emotional suffering. It employs psycho-education, functional analysis, and cognitive restructuring techniques. By framing events in a different manner, one can promote cognitive distancing, and identify and challenge cognitive distortions. Cost-benefit analysis allows one to imagine what are the necessary steps and possible consequences of different courses of action. Compassion-focused therapy, of the third wave of CBT, seeks to develop a compassionate outlook towards oneself and others.

3. Socratic Questioning

Socrates taught by asking questions. He believed we already knew the answers we were looking for, but needed help finding them. Socratic questioning (also known as the dialectical method) has long been used in CBT. It consists in the rational discussion from a assumed position of ignorance. By successive questioning, one seeks to identify underlying assumptions, distinguish between appearances and reality, highlight double standards and expose contradictions in thinking. By doing this, one gains a realistic notion of one's erroneous preconceptions.

4. Dichotomy of Control or Stoic Fork

The Stoics sought to maintain a clear distinction between what was within their direct control and what was not. They took responsibility for their own actions and accepted what merely happened to them. CBT also endorses this viewpoint.

5. Stoic Acceptance and "Indifference"

Stoics accepted external events without attaching strong value judgements and emotions to them. Their aim was not apathy, but freedom from irrational emotions and an understanding of what was under their control. Things that were outside their realm of control were ultimately indifferent to their mission of a good life and were thus labelled as such. CBT, especially third wave CBT, promotes this attitude.

6. Postponement of Responses

When overwhelmed by strong emotions and impulses, Stoics would wait until they would naturally subside before deciding a course of action. This is similar to time-out, used, for example, in CBT anger management.

7. Contemplating Universal Determinism and the Transience of Life

The Stoics tried to depersonalise upsetting events and view them as an inevitable part of life, accepting certain events as products of fate. They also reminded themselves of the temporary nature of all things, including one's life and the lives of loved ones, so as not to take them for granted.

8. View From Above

To help place things in a less emotionally overwhelming and healthier perspective, the Stoics would picture events from high overhead or from a grand cosmological perspective, within a broader context of both time and space. While not used as an official meditative technique, cognitive-behavioural therapists may help patients reframe events in the grand scheme of life to help moderate emotional and psychological suffering.

9. Contemplation of the Ideal Sage

The Stoics understood the importance of role models, and sought to emulate the particular character traits that they admired in other people. Since no one was considered a perfect sage (except, perhaps, Socrates), they would imagine how an ideal Stoic sage would act in certain situations they were faced with. This is similar to modelling in CBT, and values clarification and commitment to valued action in Acceptance and Commitment Therapy.

10. Premeditation of Adversity

The Stoics believed that meditating on possible adversities not only prepared them to encounter these events with a more philosophical attitude, but also to not take for granted what they had. They would routinely visualise feared situations happening, like poverty, sickness, or loss of a loved one. They would then use other techniques, like those listed in this article, to help prepare how they would cope should those events take place. This constitutes a form of imaginal exposure, used in CBT. CBT also makes use of rehearsals of cognitive and behavioural strategies to be used in difficult situations.

11. Memorization of Sayings

The creation, memorization and repetition of key philosophical principles helps to transform one's underlying beliefs, and, in turn, one's behaviour. The Stoics understood and made use of this. They believed that the training was needed so that, when adversity arose, they were immediately available, like a reflex. This is similar to coping statements in CBT.

Conclusions

Many frameworks and strategies effective in helping people manage their emotions are quite simple and perennial. Ancient philosophy provides many concepts, strategies and techniques of practical value in personal improvement, self-help and psychotherapy. The extent to which Stoicism influences contemporary psychotherapy is not well-known by most therapists, but can help guide novel developments in the field. Also, some patients and therapists find Stoicism more congruent with their own cultural concepts and values than

Buddhist ideals. Stoic philosophy has the added benefit of offering a broad framework for living and for mental health, rather than just dealing with mental distress.

References

- EPICTETUS – *Discourses, Fragments, Handbook*. Translation by Robin Hard. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- AURELIUS, Marcus – *Meditations*. Translation by Gregory Hayes. United States of America: Modern Library, 2003.
- SENECA – *Dialogues and Essays*. Translation by John Davie. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- ROBERTSON, Donald – *The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy, Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy*. 2nd edition. Oxon: Routledge, 2020.
- ROBERTSON, Donald – *Stoicism and the Art of Happiness*. Great Britain: Teach Yourself, 2018.
- STILL, Arthur; DRYDEN, Windy – *The Historical and Philosophical Context of Rational Psychotherapy*. London: Karnac Books, 2012.
- HADOÏ, Pierre – *Philosophy as a Way of Life, Spiritual Exercises from Socrates to Foucault*. Translated by Michael Chase. Oxford: John Wiley and Sons Ltd, 2016.
- ANNAS, Julia – *Ancient Philosophy, A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- INWOOD, Brad – *Stoicism, A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- BURNS, Tom; BURNS-LUNDGREN, Eva – *Psychotherapy, A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- ROBERTSON, Donald; TRENT CODD, R – Stoic Philosophy as a Cognitive-Behavioural Therapy. *The Behaviour Therapist*. Vol. 42, no. 2 (2019). [accessed April 2020]



D. W. Winnicott

(In: <https://amenteemaravilhosa.com.br/biografia-de-donald-woods-winnicott/>)

TERAPIA FAMILIAR E SISTÊMICA: REVISÃO HISTÓRICA

Rita Leite*; João Borges*; Tiago Santos**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Baixo Vouga

*Médico, Interno de Formação Específica em Psiquiatria;

**Médico, Assistente Hospitalar Graduado em Psiquiatria

Email: rita.almeidaleite3@gmail.com; joaoborgesferreira@gmail.com; tiagoazevsantos@gmail.com

Resumo

A terapia familiar e sistémica surgiu formalmente nos anos 50 do séc. XX como um poderoso instrumento de auxílio a indivíduos e famílias com uma diversidade de problemas. Previamente, a maioria dos psicoterapeutas trabalhava com os clientes individualmente e encaravam o ambiente familiar como prejudicial. A partir de meados da década de 60 emergiram os principais modelos de intervenção de terapia familiar baseados na Teoria dos Sistemas e Cibernética.

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.

Nesta psicoterapia, a orientação de um problema reside na família como um todo, pelo que é o sistema que deve ser tratado em terapia e não um determinado indivíduo. Assim, o seu potencial psicoterapêutico assenta na reformulação de natureza relacional, geralmente centrada na família, de forma a gerar a mudança, atenuando os fatores de vulnerabilidade intrínseca do indivíduo.

Abstract

Family and systemic therapy formally appeared in the 1950s as a powerful tool to help individuals and families with a variety of problems. Previously, most psychotherapists worked with clients individually and viewed the family environment as harmful. From the mid-1960s onwards, the main family therapy intervention models based on Systems Theory and Cybernetics emerged.

The authors of this work intend, through a bibliographic search on relevant bases, to present the historical evolution of this psychotherapy and its action methodology.

In this psychotherapy, the orientation of a problem lies in the family as a whole, so it is the system that must be treated in therapy and not a particular individual. Thus, its psychotherapeutic potential is based on the reformulation of a relational nature, usually centered on the family, in order to generate change, attenuating the individual's intrinsic vulnerability factors.

Introdução

A terapia familiar e sistémica surgiu formalmente nos anos 50 do séc. XX como um poderoso instrumento de auxílio a indivíduos e famílias com uma diversidade de problemas. Previamente, a maioria dos psicoterapeutas trabalhava com os clientes individualmente e encaravam o ambiente familiar como prejudicial, com narrativas culpabilizantes. A partir de meados da década de 60 emergiram os principais modelos de intervenção de terapia familiar baseados na Teoria dos Sistemas e Cibernética.

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.

Discussão

A terapia familiar é um método psicoterapêutico que utiliza como meio de intervenção sessões conjuntas com os diversos elementos de um sistema familiar. A terapia familiar não

é uma terapia da família, mas com a família, isto é, diz respeito sobretudo a um modelo de trabalho familiar, não estando no seu propósito adaptar famílias a uma definição rígida pré-estabelecida.

Em terapia familiar sistêmica, a família é definida como um sistema, isto é, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o meio exterior, mantendo o seu equilíbrio interno no decurso de um processo de desenvolvimento complexo, com crises regulares, que exigem um reajustar flexível do conjunto das regras que regulam o funcionamento do sistema familiar.

Nesta tipologia de terapia, o sintoma apresentado assume a forma de “uma porta de entrada” no sistema, que oferece uma via de compreensão privilegiada sobre as conexões que ligam o indivíduo aos sistemas que lhe dizem respeito, o explicam, o constroem e que ele também contribui para edificar. Também surge como uma mensagem que nos informa tanto sobre o funcionamento do sistema familiar como o funcionamento do indivíduo, distinguindo-se 3 níveis de compreensão do sintoma: nível semântico, sintático e pragmático (valor comunicacional). A função do sintoma é, assim, o sinal de uma perturbação de uma ou mais funções necessárias à sobrevivência da família. O sintoma resulta de incompatibilidades entre as finalidades individuais e familiares. Perante esta situação, as alternativas possíveis são: o indivíduo tornar-se refém, ou romper com a família (valor desenvolvimental).

O diagnóstico e a intervenção são co-evolutivos e interdependentes. A hipótese sistêmica é o equivalente funcional do diagnóstico. Esta deve ser convenientemente avaliada na relação com a família atendendo à sua utilidade e adequabilidade.

Traçar os desenvolvimentos da Terapia Familiar pressupõe acompanhar as mudanças paradigmáticas e evolutivas no exercício de sua prática em constante construção, decorrentes tanto do contexto teórico das tradições em vigor como do exercício da prática clínica, ambas enredadas num tecido complexo que vai sendo inevitavelmente construído perante diferentes referenciais dos terapeutas, e suas distintas práticas e teorias.

Revisão histórica

As raízes da Terapia Familiar foram identificadas com a emergência do movimento “*Child Guidance*”, em 1909, no entanto, apenas surgiu formalmente nos anos 50 assumindo-se desde logo como um poderoso instrumento de auxílio a indivíduos e famílias com uma diversidade de problemas.

A terapia familiar evoluiu a partir de múltiplas contribuições de diferentes áreas do conhecimento, desde o início do século XX. Foi iniciada por Freud, que não desenvolveu uma teoria da família, nem tampouco uma técnica de atendimento familiar, mas fomentou a importância das relações familiares. Alguns psicanalistas consideraram Sigmund Freud como o primeiro terapeuta familiar pelo atendimento na época do caso do pequeno Hans, publicado em 1909, descrevendo a dinâmica da família que contribuiu para a fobia do menino. Ainda assim, Freud acreditava que as neuroses tinham tido origem em interações patológicas com os pais na infância e que a abordagem mais correta seria tratar os clientes fora do que considerava, possivelmente, os efeitos adversos do ambiente familiar. Os conflitos neuróticos eram assim resolvidos no contexto da relação de transferência, isto é, relação que se estabelecia entre doente e psicoterapeuta, que simbolizava os pais. Em contraste, a terapia familiar lida com a situação atual da família, no “aqui e agora”, em vez de transferir o doente da família para “relações substitutas”.

Depois de Freud, alguns autores psicanalíticos passaram a preocupar-se mais com o sistema relacional, por exemplo D. W. Winnicott, que investigou a relação mãe-bebê. Psicanalistas pós-freudianos, como Jung e Adler elaboraram teorias psicodinâmicas relacionadas com o tecido social, e mais tarde, Erich Fromm e Harry Stack Sullivan desenvolveram novas dimensões da psicanálise. Muitos dos terapeutas pioneiros em terapia familiar tiveram influências da psicanálise (Lidz, Bowen, Ackerman).

Tais formulações teóricas e as novas compreensões da patologia propiciaram o surgimento dos primeiros estudos no campo da terapia familiar propriamente dita. O interesse no sistema familiar desenvolveu-se inevitavelmente a partir destas tendências considerando que a família é um organismo vivo com ciclo vital e mecanismos de reprodução ao nível físico, psicológico e social.

O nascimento deste modelo ocorre num contexto de mudança de paradigma: a passagem do pensamento analítico ao pensamento sistémico, enfatizando as relações e as interações, num referencial de que “é preciso reunir para compreender”. Substituí, assim, a causalidade linear pela causalidade circular: torna-se impossível isolar o indivíduo do seu meio, considerando que ambos evoluem simultaneamente e mudam reciprocamente.

Durante os anos 50, vários grupos de estudo investiram formalmente no tratamento de pessoas com esquizofrenia e as suas famílias. Em 1950, Gregory Bateson obteve uma bolsa para estudar comunicação e os seus diversos níveis. Em 1951, publicou a obra juntamente com Ruesch: *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. Em 1954, Jay Haley, John Weakland e William Fry criaram um grupo de estudo da esquizofrenia. Em 1957 foi publicada a obra *The Family in Psychotherapy* por Christian Midelfort e em 1958 o livro *The Psychodynamics of Family Life* por Nathan Ackerman, o que constituiu um marco importante no desenvolvimento da Terapia Familiar. O pensamento de Ackerman desenvolveu-se gradualmente, e publicou o primeiro livro sobre o tratamento da família como um todo orgânico *Treating the Troubled Family*, em 1966.

O *Mental Research Institute* (MRI) foi fundado por Don Jackson em Palo Alto, em 1959, onde se dedica ao estudo de conceitos como a homeostase familiar, retroação positiva e negativa e causalidade circular.

Ivan Nagy, James Framo, David Rubenstein, Geraldine Spark e Gerald Zurk desenvolveram uma abordagem de terapia familiar que se debruçou sobre aspetos multigeracionais, estruturada em co-terapia (prática de dois terapeutas na sala com a família em tratamento).

Nos primeiros anos, o movimento de terapia familiar centrava-se essencialmente em redor da comunicação patológica e não patológica na família e nas relações desta com a esquizofrenia. Inicialmente os estudos de investigação foram levados a cabo isoladamente nos Estados Unidos da América (EUA), mas no final da década de 50, começaram a estabelecer-se contactos entre investigadores com vista à troca de experiências. É esboçado um novo conceito de doença mental, em que o sintoma é visto como um comportamento lógico, coerente, e com uma função no contexto em que aparece. O doente passa a ser encarado como um elo de uma cadeia interativa disfuncional, de um todo que está perturbado, e assume-se como portador do sintoma (paciente identificado) com uma função. Nos anos 60, Bertalanffy focou a atenção progressivamente sobre a interação entre indivíduos e a formulação da Teoria Geral dos Sistemas, conduzindo ao aparecimento do Paradigma Sistémico. Em 1962 é criada a revista *Family Process* e esta altura representa a consolidação da terapia familiar como psicoterapia.

A partir de meados da década de 60 emergiram os principais modelos de intervenção de terapia familiar com teorias baseadas na Teoria dos Sistemas e Teoria Cibernética, centradas no papel da comunicação. O paciente identificado passa a ser visto como um elemento deteriorado pelo sistema e cria a noção de que o sistema é necessário ao processo terapêutico. Da teoria cibernética, surgem alguns conceitos-chave como regulação, funcionamento e evolução do sistema familiar. A família é, num primeiro momento, considerada patogénica. Surgiram as principais escolas assentes em diferentes Perspetivas:

- 1.Perspetiva Estratégica: MRI em Palo Alto, nos EUA;
- 2.Perspetiva de Jay Haley e Escola de Milão;
- 3.Perspetivas Transgeracionais (Boszormenyi-Nagy, Bowen);
- 4.Perspetiva Estrutural (Salvador Minuchin);

5. Perspetiva Comportamentalista.

A própria Teoria dos Sistemas e Cibernética consiste num complexo de proposições sobre as propriedades sistémicas, que incluem:

- As famílias (e outras entidades grupais sociais) são sistemas **abertos**, com propriedades que constituem mais do que a soma das propriedades das partes;
- O funcionamento dos sistemas é regulado por **regras**;
- Cada sistema tem uma fronteira cujas propriedades são importantes para a compreensão da sua forma de funcionamento;
- As fronteiras são **semipermeáveis**, isto é, determinado material pode passar num sentido, mas não no outro;
- Os sistemas familiares tendem a alcançar estados de relativa, mas não de total **estabilidade**. O crescimento e evolução são possíveis e habituais. A mudança ocorre perante estímulo;
- Os mecanismos de **feedback** entre as partes do sistema são importantes para o funcionamento do sistema;
- O comportamento dos indivíduos numa família é compreendido à luz de uma causalidade **circular**, que descreve o processo pelo qual um acontecimento também é causa de outro. Na causalidade circular, há **retroação** e, portanto, o efeito também influencia a causa.
- Os sistemas são constituídos por subsistemas e são, eles próprios, partes de supra-sistemas maiores.

No MRI, Jackson, embora com formação psicodinâmica e analítica, investiu no tratamento de processos interpessoais e introduziu o termo “redundância comunicacional” para descrever a forma como os membros da família e outras pessoas das suas relações desenvolvem padrões repetitivos de comportamento.

Jay Haley, membro fundador do primitivo grupo de Bateson, continuou as suas importantes contribuições para o desenvolvimento da terapia familiar, criou uma abordagem diretiva na terapia com famílias e sublinhou a importância da estrutura hierárquica da família, considerando que muitos dos problemas provinham de hierarquias disfuncionais. Jay Haley integrou a equipa de Bateson, juntamente com John Weakland, e desenvolveram uma importante atividade como psicoterapeutas, participando nos estudos sobre “*double-bind*”. Mais tarde, Haley junta-se a Minuchin (em 1967).

Murray Bowen descreveu o que chamou “massa de ego indiferenciado” em 1961 observando que, frequentemente, os elementos familiares com problemas pareciam não ter identidades distintas e criou o conceito de triangulação, isto é, quando um terceiro membro é inserido nas transações entre duas pessoas, frequentemente o casal. Em vez de comunicar diretamente um com o outro, o casal comunica através de uma terceira pessoa “triangulada” que pode ser um dos filhos. Bowen acreditava existirem desses problemas por resolver na sua família de origem, acabando por regressar à terra natal, Pennsylvania, e “destriangular-se”, o que descreveu posteriormente num artigo publicado em anonimato, em 1972. Posteriormente, a sua autoria foi descoberta e o artigo foi incluído no volume *Family Therapy in Clinical Practice*, publicado em 1978, e inclui todas as suas publicações principais.

A Terapia Familiar atingiu a maior popularidade nos anos 70, sendo cada vez mais aceite e integrada nos principais centros psiquiátricos. Sob a orientação de Salvador Minuchin, a *Philadelphia Child Guidance Clinic* estava intimamente associada ao *Children's Hospital of Philadelphia*, o que facilitava o estudo conjunto de crianças com perturbações psicossomáticas e suas famílias, e deu origem ao livro *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, em 1978. Nesta obra, Minuchin, Rosnan e Baker, criaram o modelo sistémico de família psicossomática, que propõe a existência de uma interação entre padrões de funcionamento familiar e padrões somáticos da doença em crianças com doenças crónicas. Este modelo

ecloidiu após o estudo sobre crianças com *diabetes mellitus*, na pesquisa de um modelo eficaz para o seu tratamento. Os autores constataram que as famílias destas crianças apresentavam determinados padrões de interação comuns, nomeadamente:

- 1-aglutinação;
- 2-superproteção;
- 3-rigidez;
- 4-fraca resolução de conflitos;
- 5-triangulação do paciente (que pressupõe o envolvimento do filho no conflito parental), o que esteve na base da formulação do modelo clínico aplicável às famílias psicossomáticas.

Assim, este modelo de **família psicossomática** integra três condições necessárias para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas psicossomáticos na criança: um padrão de organização familiar específico, uma vulnerabilidade fisiológica da criança e o envolvimento desta nos conflitos parentais o que, por sua vez, reforça o sintoma.

Na mesma obra, a “**família anorética**”, é caracterizada por ser uma família coesa, onde por vezes se torna difícil distinguir os limites entre os subsistemas e os diferentes elementos. Nestas famílias, o valor da lealdade familiar e de superproteção sobrepõem-se ao valor da autonomia, e apresentam dificuldade em lidar com as mudanças, já que as encaram como ameaças ao equilíbrio do sistema. A elevada coesão, a elevada preocupação entre os membros da família pelo bem-estar uns dos outros e esta dificuldade em ultrapassarem mudanças faz com que haja nestas famílias um forte evitamento de conflitos.

Na cidade de Milão, Mara Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo e Giuliana Prata, sob a influência de Paul Watzlawick e Bateson, fundaram o Instituto para o Estudo da Família, e publicaram o primeiro livro italiano *Paradox and Counterparadox*, também em 1978. Entre os contributos da Escola de Milão destacam-se os seguintes:

- As técnicas de entrevista circular e o questionário triádico;
- O conceito de elaboração de hipóteses sistémicas;
- Compreensão da forma como o “sintoma” se articula com o “sistema”;
- Ritual da entrevista sistémica em 5 partes – discussão antes da sessão, entrevista, discussão durante a sessão, intervenção e discussão pós-sessão.

Palazzoli, juntamente com Cirillo, Selvini e Sorrentino, posteriormente em 1998, partiu de trabalhos com famílias com um elemento com esquizofrenia ou anorexia nervosa, e denominou-as **famílias de transação esquizofrénica**, centradas em problemas de comunicação, descrevendo situações de conflito conjugal em que o paciente identificado é envolvido precocemente no conflito. Num primeiro momento, estes autores descrevem estas famílias como sistemas em que a comunicação entre os elementos é sistematicamente marcada por contradições e rejeições. Numa segunda fase, reformulam o modelo, descrevendo uma nova dinâmica familiar, que se inicia com um conflito conjugal em que o paciente identificado é envolvido, ou assumindo o ponto de vista da mãe que lhe confia o sofrimento que o marido lhe inflige (tipo A) ou sendo o preferido do pai e admirando-o fortemente (tipo B), não encontrando justificação para certos comportamentos da mãe. Com a chegada da adolescência, as relações anteriores com o pai e a mãe alteram-se, e o adolescente sente necessidade de se diferenciar da mãe (tipo A) ou de desafiar a mãe contra um comportamento desta que tenha perturbado o pai ou a si (tipo B) e assim surge o sintoma, que chega a extremos, como uma forma de submeter a mãe ou de mostrar ao pai o que ela é capaz de fazer.

Também existem estudos a descrever a mesma interação familiar em casais com filhos com dependência de substâncias psicoativas (Brook, Whiteman & Gordon, 1983). Isto pode

sugerir que os sintomas são incrementados nas interações familiares e podem estar fortemente relacionados com a sobrecarga da doença na família (“**Burden**”), podendo haver um processo circular em que a doença do filho é a causa da deterioração da relação dos pais que, por sua vez, tem efeitos negativos sobre o jovem, já que pode inibi-los de fornecer o devido apoio aos filhos.

Em Portugal, o trabalho com famílias remonta aos anos 60 no Hospital Miguel Bombarda (Eduardo Cortesão e Guilherme Ferreira) mas foi nos anos 70 que se iniciou a organização propriamente dita da Terapia Familiar. Em 1977, o prof. F.X. Pina Prata fundou a Associação Portuguesa de Terapia Família e Comunitária.

Em novembro de 1979, é criada a Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar fundada pelos sócios Daniel Sampaio (psiquiatra), Emília Ressano Garcia (psicóloga), Helena Silva Araújo (pedopsiquiatra), José Gameiro (psiquiatra), José Manuel Almeida e Costa (psicólogo), José Maria Neves Cardoso (psiquiatra), Maria Isabel Fazenda (assistente social) e Maria de Jesus Assis Camilo (assistente social). Em 1980, realizou-se o I Encontro de Terapia Familiar em Lisboa, com a participação de Maurizio Andolfi (Itália) e que constituiu um momento importante de afirmação e de divulgação da Intervenção Sistémica e Familiar em Portugal. Atualmente, a Sociedade, sediada em Lisboa, tem delegações noutras zonas do país – delegação Centro (em Coimbra) e delegação Norte (no Porto). Os seus programas de formação destinam-se não só para certificação de terapeutas familiares e sistémicos, mas também dotar os técnicos das mais variadas áreas de intervenção psicossocial, de uma postura e compreensão sistémicas das realidades com que lidam.

Os anos 80 assistiram a uma convergência entre as principais escolas de Terapia Familiar embora tenham continuado a surgir novos conceitos e técnicas, nomeadamente a Abordagem Narrativa e a Técnica de Externalização dos Problemas pelo psicoterapeuta australiano Michael White. Assiste-se também a um desenvolvimento da Terapia Breve Focada nas Soluções cujo principal teórico foi Steve de Shazer. Nesta época, reforça-se base ecológica, social e comunicacional da compreensão das dificuldades com a introdução da autoreferência do terapeuta no processo.

Nos anos 90, regressa-se ao trabalho com familiares de doentes com esquizofrenia, considerando importante a sua vertente psicoeducativa. Os principais modelos inaugurais contribuíram, ao longo do tempo, com componentes fundamentais para o desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais, e todos eles partilham aspetos comuns, embora sejam utilizados de formas diferentes. Assim, em regra, todos os modelos prevêm:

- (1) uma fase inicial de envolvimento ou *joining*, referente à captação dos doentes e/ou suas famílias;
- (2) avaliação de cada membro da família, de modo a estabelecer uma relação de confiança e compreender a sua perspetiva sobre a situação do doente e os diversos fatores associados;
- (3) psicoeducação centrada na formação sobre o modelo da patologia;
- (4) treino de competências de comunicação, habitualmente com uma estrutura comportamental centrado na expressão de afetos positivos, escuta ativa, formulação de pedidos positivos para a mudança e expressão de afetos negativos sobre comportamentos específicos; e
- (5) treino de resolução de problemas, com vista a facilitar o diálogo e a reduzir os níveis de tensão familiar.

Surgem também novas formulações do conceito de emaranhamento. Green e Warner, em 1996, recomendam a distinção entre intrusão e proximidade de cuidados.

Em Portugal, alguns profissionais também foram desenvolvendo as técnicas da terapia familiar. Daniel Sampaio e José Gameiro escreveram o primeiro livro português sobre

a terapia familiar, promoveram formações com grandes mestres (tais como Ausloos, Cecchin, Elkaim, entre outros) e foram aplicando na prática clínica hospitalar e privada.

Atualmente, os terapeutas familiares tendem a aplicar ecleticamente técnicas de diferentes escolas de terapia familiar, no sentido de procurar dar resposta aos diferentes contextos dos clientes centrando-se nas interações atuais que tem lugar entre os elementos da família, e por vezes, entre estes e outros sistemas sociais, valorizando fatores multigeracionais e da família alargada.

Uma **crise familiar** causa rutura temporária da homeostase familiar, tornando-se necessário **reorganizar** as inter-relações e descobrir **novas regras** de funcionamento familiar, visando um **novo equilíbrio** que, se não for alcançado, poderá fazer surgir uma doença. Carter e McGoldrick (2001) utilizam o termo **ciclo de vida familiar** para definir as etapas evolutivas pelas quais as famílias e os indivíduos passam, baseando-se no tempo e nas novas condutas necessárias a cada período de desenvolvimento atingido:

Etapas 1: Caracterizada pela saída do jovem da casa dos pais, passando a aceitar maior responsabilidade emocional sobre si, podendo vir a desenvolver relacionamentos mais íntimos, além da sua independência financeira;

Etapas 2: Descrita pelo momento em que há a formação do novo casal. O indivíduo passa a relacionar-se de forma marital com seu parceiro;

Etapas 3: Inicia-se com o **nascimento** dos filhos, surgindo os papéis sociais de pais e avós;

Etapas 4: Evidenciado na adolescência dos filhos, neste estágio os filhos almejam mais liberdade e experiências fora do lar, com questionamentos da ordem e regras estabelecidas;

Etapas 5: Os filhos, já adultos, deixam o lar dos pais;

Etapas 6: O casal passa pelas transformações e declínio fisiológico da velhice.

A **Terapia Familiar Sistémica** assenta, em resumo, nas seguintes premissas:

1)O indivíduo é um sistema aberto, capaz de autorregulação, com trocas contínuas com o meio

2)A troca entre o indivíduo e o meio é sempre de energia e de informação, implicando **retroação e circularidade**

3)A conceção dos processos mentais tem um papel de metafunção, relativamente às modalidades de funcionamento e organização do indivíduo; depende da relação do indivíduo com o meio; sendo o indivíduo indissociável do meio, co-evoluindo com ele.

A Terapia Familiar pretende gerar a mudança: mudança de primeira ordem, resultado de uma decisão consciente de fazer algo de forma diferente, e mudança de segunda ordem (objetivo principal do terapeuta sistémico), isto é, uma mudança de atitude ou redefinição de situação de forma a que o ambiente seja percecionado de forma diferente.

Conclusão

Na terapia familiar sistémica, o terapeuta deve atuar como parte integrante da família para que tenha a liberdade de agir nos encontros terapêuticos, provocando mudanças nos conflitos apresentados pelos membros da família. Deve ter uma linguagem ou uma postura que possa se adaptar ao funcionamento daquela família; para ser reconhecido pela mesma como parte do sistema, para que se estabeleça o vínculo, através da aceitação e de confiança, conforme se desenvolve o processo terapêutico.

Nesta psicoterapia, a orientação de um problema reside na família como um todo, pelo que é o sistema que deve ser tratado em terapia e não um determinado indivíduo. Assim, o seu potencial psicoterapêutico assenta na reformulação de natureza relacional, geralmente

centrada na família, de forma a gerar a mudança, atenuando os fatores de vulnerabilidade intrínseca do indivíduo.

Bibliografia

1. ARAÚJO, M; HENRIQUES, M; BRANDÃO I; ROMA TORRES A. - Os heróis, vítimas e vilões: discursos sobre a anorexia nervosa. *Psicologia e Sociedade*. Vol. 24, nº2 (2012) 472-48
2. BATESON, C; JACKSON, D; HALEY, J; WEAKLAND, J. - Toward a theory of schizophrenia. In: Jackson, D. (ed.). *Communication, Family and marriage*. Science and Behaviour Books Inc., Paolo Alto. Vol. 1 (1969) 55-62.
3. BERTALANFFY, L. von. - Teoria geral dos sistemas. Petrópolis: Editora Vozes, 1975.
4. BORGES João, LEITE Rita. - Terapia Familiar. Um guia para as psicoterapias em Portugal. 1ª ed. Lisboa: Parsifal, 2019. ISBN 978-989-8760-67-8
5. CECCHIN, G. - Construcción de posibilidades terapéuticas. In McNamee, S.; Gergen, K. J. (Eds.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1996, p. 111- 120.
6. GOMES, SJ. A Terapia Familiar numa Perspectiva Epistemológica Sistémica e Analítica. *Psique*. 8 (2012) 59-74.
7. SAMPAIO, D; GAMEIRO, J. Do mito da família unida a terapia familiar. *Psicologia*. Vol. II, nº 1 (1981) 7-11.
8. SAMPAIO, D. Indivíduos e famílias. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 4 (1983) 145-146.
9. SAMPAIO, D. Terapia Familiar Sistémica: Um novo Conceito, uma Nova Prática. *Acta Médica Portuguesa*. Vol.5, (1984) 67-70.
10. RELVAS, A.P. Conversas com famílias: discursos e perspectivas em terapia familiar. Porto: Afrontamento. 1999, p. 11-38.
11. RELVAS, A.P. Por detrás do espelho: da teoria à prática com a família. Coimbra: Quarteto. 2000, p. 21-33.
12. RELVAS, A.P. A terapia familiar em Portugal. *Psychologica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. nº31 (2002).

A EVOLUÇÃO DA CONVULSIVOTERAPIA: DO ÓLEO DE CÂNFORA AO ELETRÃO

A.L.R. Costa*; J. Alcafache**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Centro Hospital do Baixo Vouga

*Interna de formação específica – psiquiatria; **Assistente hospitalar – psiquiatria

Email:rodrigues.anacosta@gmail.com

Resumo

Das terapias que surgiram ao longo da história da psiquiatria, a eletroconvulsivoterapia (ECT) é provavelmente a mais antiga ainda em uso. Esta resiliência ao tempo deve-se ao facto de ser considerada uma opção de tratamento eficaz e bem tolerada. Este tratamento consiste na indução de convulsões generalizadas, inicialmente com recurso a fármacos e posteriormente através da passagem de corrente elétrica. O grande advento da convulsivoterapia surge durante as décadas de 20-30 do século XX, sendo Ladislav Meduna o grande impulsionador desta técnica, utilizando como indutores de convulsão óleo de cânfora e posteriormente cardiazol. Verificou-se que a eficácia era independente do método de indução, surgindo como alternativa viável a electricidade, ganhando gradualmente aceitação para tratamento de esquizofrenia em toda a Europa e Estados Unidos. Os avanços no estudo da ECT diminuíram significativamente as complicações associadas, sendo considerada atualmente uma terapêutica altamente eficaz, segura e mesmo *life saving* para determinadas perturbações psiquiátricas.

Palavras-chave: eletroconvulsivoterapia; ECT; convulsivoterapia; história

Abstract

Of the therapies that have emerged throughout the history of psychiatry, electroconvulsive therapy (ECT) is probably the oldest that is still in use. This resilience over time is due to the fact that it is considered an effective and well-tolerated treatment option. This treatment consists of inducing generalized seizures, initially utilizing drugs and posteriorly with the passage of electrical current. The great advent of convulsive therapy arose during the 20-30s of the 20th century, with Ladislav Meduna being the main driver of this technique, initially using camphor oil and later cardiazole as convulsive inductors. It was found that effectiveness was independent of the induction method, emerging as a viable alternative to: electricity, gradually gaining acceptance for treatment of schizophrenia across Europe and the United States. Advances in the study of ECT have significantly reduced associated complications and currently considered a highly effective, safe and even lifesaving therapy for certain psychiatric disorders.

Introdução

Já na Roma antiga a corrente gerada pelas enguias era utilizada para o tratamento de cefaleias, gota ou como auxílio em procedimentos obstétricos. No entanto, apenas em finais do século XIX surgem os primeiros estudos sobre a eletroconvulsivoterapia (ECT) através das extrapolações da teoria da malarioterapia de Julius Wegner.

Atualmente a ECT usa corrente elétrica para produzir uma convulsão cerebral generalizada sob anestesia geral e é usada principalmente para tratar depressão grave, mas também é indicada para pacientes com outras condições incluindo perturbação bipolar, esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, catatonia e síndrome neuroléptico maligno.

Este capítulo visa descrever a evolução da ECT até aos dias de hoje, com ênfase nos marcos do seu desenvolvimento.

Discussão

Julius Wagner-Jauregg, médico psiquiatra austríaco, foi fundamental para o desenvolvimento da convulsivoterapia em dois momentos. Em finais do século XIX verificou que uma variedade de distúrbios melhorava clinicamente após episódios febris (Wright, 1990).

E, em 1917, Wagner-Jauregg abriu a porta para a terapia biológica da doença mental, quando tentou aliviar os sintomas da demência parálitica, atualmente conhecida como neuro sífilis, induzindo febre com a injeção intramuscular de sangue de pacientes com malária, sendo considerado o pai da malarioterapia (Wright, 1990).

Assim, era grande o entusiasmo por tratar o cérebro no modelo da neuro sífilis, ao invés de contar apenas com os recursos da psicoterapia, dando o mote surgimento das terapias convulsivas (Shorter, 1997).

A década de 1930 foi uma época emocionante no tratamento da esquizofrenia, foram desenvolvidas três terapias, todas extrapolações da teoria da malarioterapia de Wagner-Jauregg. Estes incluíram: hipoglicemia induzida por insulina de Manfred Sakel, terapia convulsiva induzida farmacologicamente de Ladislav Meduna e leucotomia pré-frontal de Egas Moniz (Lebensohn, 1999; Wright, 1990).

-Manfred Sakel, neurofisiologista e psiquiatra, desenvolveu a teoria da hipoglicemia induzida por insulina. Embora ocasionalmente resultasse em convulsão, Sakel não acreditava que a convulsão fosse terapeuticamente necessária. A hipoglicemia, *per se*, restringia a atividade da parte do sistema nervoso central que era responsável pela psicopatologia (Wright, 1990).

-Em 1934, Ladislav Meduna, psiquiatra e neuropatologista húngaro, desenvolveu a terapia convulsiva induzida farmacologicamente, que será discutida mais tarde (Wright, 1990).

-Egas Moniz, em 1936, desenvolveu a técnica da leucotomia pré-frontal para o tratamento da psicose. Moniz foi galardoado com o Prémio Nobel em 1949 pelo seu trabalho no tratamento psicocirúrgico da esquizofrenia (Wright, 1990).

Ladislav Meduna foi considerado o grande impulsionador da convulsivoterapia. O psiquiatra e neuropatologista formado na Escola de Medicina da Universidade de Budapeste, encorajado pelo sucesso da malarioterapia desenvolveu o modelo do antagonismo biológico entre o estado epilético e a esquizofrenia. Meduna observou a melhoria dos doentes com demência precoce quando estes desenvolviam um distúrbio epilético, e a baixa incidência de psicose em pacientes com epilepsia, levando a ver a epilepsia e a demência precoce como distúrbios antagônicos. Além disso, Meduna estudou a concentração das células cerebrais, glia, em pacientes autopsiados e verificou existir uma "hiperplasia" do sistema glial em cérebros de pacientes com epilepsia, enquanto cérebros esquizofrênicos foram associados a um "torpor" desse mesmo sistema.

Embora as funções da glia fossem ainda desconhecidas, Meduna achou razoável aumentar as concentrações gliais entre aqueles com demência precoce, através da indução farmacológica de convulsões (Fink, 2001; Wright, 1990).

Meduna na sua autobiografia não publicada descreve:

“... nessa época, porém, não ousei pensar na cura da esquizofrenia, em parte porque... para nós, a esquizofrenia era uma doença endógena, hereditária. Ambas as expressões, endógena e hereditária, significavam que o destino da paciente era determinado no momento da concepção; a doença ancorada no óvulo e no esperma; nada poderia mudar esse destino” (Fink, 1984; Wright, 1990).

Apesar de suas reservas, Meduna finalmente decidiu testar sua teoria, com a injeção intramuscular de óleo de canfora. Às 10h30 da manhã de 24 de janeiro de 1934 Ladislav Meduna aproximou-se da cama de um trabalhador de 30 anos, Zoltan, que parecia sem vida. Zoltan mal falava ou cuidava de si mesmo desde há cerca de 4 anos. A sua condição mental, esquizofrenia catatônica (Fink, 2001; Wright, 1990).

Meduna adotou o esquema utilizado na malarioterapia da neurosífilis, administrava óleo de cânfora em intervalos de 3 a 4 dias e após a quinta crise, descreve:

“...na manhã de 10 de fevereiro de 1934, (dois dias após a quinta injeção) pela primeira vez em quatro anos, ele levantou-se da cama, começou a conversar, pediu café da manhã, vestiu-se sem ajuda, mostrou-se interessado em tudo ao seu redor, e perguntou há quanto tempo estava no Hospital. Quando lhe dissemos que havia passado quatro anos, ele não acreditou” (Fink, 1984; Wright, 1990)

Depois da oitava injeção, Zlotan deixou o hospital, voltou para sua casa e regressou ao trabalho. Cinco anos mais tarde, quando Meduna deixou a Europa rumo à América, Zlotan estava bem e a trabalhar (Fink, 2001).

Além da administração dolorosa do óleo de cânfora, a convulsão era imprevisível tornando a demora de muitos minutos agonizante e assustadora. Em contraste, o pentilenotetrazol (de nome comercial Cardiazol® na Europa ou Metrozol® nos EUA), introduzido posteriormente, quando injetado por via intravenosa, induzia uma crise convulsiva de forma mais rápida e previsível (Fink, 2001; Wright, 1990).

Em 1935, Meduna publicou os resultados de seus primeiros vinte e seis pacientes esquizofrênicos com convulsões induzidas farmacologicamente. Os resultados sugeriram haver uma relação antagônica entre a esquizofrenia e os episódios convulsivos. Apesar desses resultados, o trabalho de Meduna foi recebido com muitas críticas, na sua autobiografia lembrou a reação do Dr. Karl Schaffer, chefe do departamento da Universidade de Budapeste (Wright, 1990):

“...ele (Schaffer) chamou-me de vigarista, farsante, trapaceiro... como me atrevo a afirmar que curei a esquizofrenia, uma doença endógena e hereditária. Ele sabia o que estava na minha mente – publicar... este incidente foi o primeiro choque que recebi pela descoberta da terapia de choque (Fink, 1984; Wright, 1990)

Numa das poucas contribuições italianas para a psiquiatria, surge Ugo Cerletti, presidente do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade de Roma. Cerletti utilizou a terapia farmacoconvulsiva de Meduna para o tratamento de seus pacientes esquizofrênicos, acabando por postular mais tarde que a eletricidade poderia substituir o pentilenotetrazol como o estímulo convulsivo para o tratamento de psicose. No entanto, Cerletti estava relutante em seguir esta teoria (Fink, 1984; Fiorillo e Ventriglio, 2018; Rzesnitzeck e Lang, 2016; Wright, 1990):

“...a ideia de submeter um homem a crises elétricas convulsivas era considerada utópica, bárbara e perigosa; na mente de todos estava o espectro da cadeira elétrica” (Sandrone e Cambiaghi, 2018; Wright, 1990).

Os colegas acadêmicos de Cerletti tentaram dissuadi-lo da indução elétrica de convulsões no homem. Entre os argumentos usados contra sua proposta estava a ideia de que a eletricidade transcraniana era usada para matar porcos em matadouros. No entanto não convencido, faz várias visitas a matadouros onde determinou que os porcos eram realmente colocados em coma epilético induzido eletricamente, durante o qual seus pescoços eram cortados, resultando desta última manobra a sua morte. Cerletti descobriu que os porcos realmente podiam tolerar uma voltagem significativa na cabeça sem morte subsequente (Rzesnitzeck e Lang, 2017; Wright, 1990).

Lucino Bini, que não tinha formação formal em psiquiatria, trabalhou com Cerletti nos aspectos técnicos das convulsões elétricas. Bini observou que havia uma alta mortalidade nos

cães de laboratório de Cerletti após a indução das convulsões. Ele determinou que seria secundário ao método de colocação dos eletrodos, que eram colocados na boca e no reto do animal, o que permitia que a corrente elétrica viajasse pelo coração e ocasionalmente causasse arritmias fatais. Bini subsequentemente iniciou experimentos com colocação de eletrodos bitemporais (Wright, 1990).

Em abril de 1938, após várias experiências com animais, Cerletti e Bini prepararam-se para tentar a ECT no homem. Cerletti descreveu o primeiro paciente, um homem esquizofrênico de 40 anos (Wright, 1990):

“... Ele expressou-se exclusivamente com um jargão incompreensível feito de estranhos neologismos e, desde sua chegada de Milão de comboio, sem bilhete, nada havia sido averiguado sobre sua identidade” (Cerletti, 1950; Sandrone e Cambiaghi, 2018; Wright, 1990).

Cerletti descreveu o primeiro ECT da seguinte forma:

“... como era nosso costume com os cães, Bini e eu colocamos os dois eletrodos humedecidos em solução salina, com um elástico nas têmporas do paciente. Como precaução, para nosso primeiro teste, usamos energia reduzida (70 volts) com duração de 0,2 segundos. Ao fechar o circuito, houve um salto repentino do paciente na sua cama com uma contração muito curta de todos seus músculos; então imediatamente desabou na cama sem perda de consciência. O paciente começou a cantar e se seguida ficou em silêncio. Ficou evidente na nossa experiência com cães que a energia utilizada foi muito baixa” (Cerletti, 1950; Sandrone e Cambiaghi, 2018; Wright, 1990).

A tentativa de repetir o estímulo com uma energia mais alta era alvo de controvérsia. Cerletti contra a opinião da maioria, decidiu repetir o estímulo elétrico (Wright, 1990):

“(Cerletti) teve os eletrodos reaplicados e um difusor de 110 volts foi enviado por 0,5 segundos. A contração imediata e muito breve de todos os músculos foi vista mais uma vez; depois de uma pequena pausa, o ataque epilético mais típico começou a ocorrer. É verdade que todos tinham o coração na boca e foram realmente oprimidos durante a fase tônica com apneia, palidez acinzentada e cianose facial cadavérica - uma apneia que ... parecia dolorosamente sem fim. Após a primeira inalação profunda e estertorosa ... o sangue correu mais livremente nas veias dos espectadores: e, por último, para o imenso alívio de todos os envolvidos, foi testemunhado um despertar gradativo característico a cada passo. O paciente sentou-se por conta própria, olhou em volta calmamente com um sorriso vago, como se perguntasse o que se esperava dele. Eu perguntei-lhe "o que está a acontecer consigo?" Ele respondeu, sem mais palavras: "Não sei, talvez eu tenha dormido" (Cerletti, 1950; Sandrone e Cambiaghi, 2018; Wright, 1990).

O paciente recebeu mais treze tratamentos de ECT por um período de dois meses tendo recebido alta com remissão completa dos sintomas (Wright, 1990).

Os primeiros resultados dos testes em animais com um aparelho projetado por Bini foram apresentados em maio de 1937 na Conferência Internacional “*The therapy of schizophrenia – insulin shock, cardiazol, permanent sleep*” na Suíça. Em maio de 1938 Cerletti faz a primeira apresentação pública da ECT na Academia Médica de Roma. Apesar das críticas e oposição iniciais, a ECT gradualmente ganhou aceitação para o tratamento da esquizofrenia em toda a Europa e em 1943 já havia cruzado o Atlântico e estava a ser usada na América (Rzesnitszek e Lang, 2016; Wright, 1990).

O uso da ECT não estava isenta de efeitos colaterais e complicações. Entre esses problemas estavam o risco de fraturas (especialmente das extremidades e fraturas por compressão da coluna vertebral), um grau relativamente alto de sofrimento psíquico experimentado pelos pacientes e alterações cognitivas após os tratamentos (Wright, 1990).

Bennet foi fundamental para determinar o início do uso do relaxante muscular, curare. O curare era utilizado pelos caçadores sul-americanos para paralisar suas presas, Bennet conseguiu usar este agente durante a ECT e, portanto, diminuiu significativamente o risco de fraturas. Posteriormente, foi substituído pela succinilcolina pelo seu perfil de efeitos colaterais melhorado. Além de relaxantes musculares, foram também administrados barbitúricos para diminuir a ansiedade subjetiva antes do tratamento e associada à paralisia. Esses avanços diminuíram significativamente as complicações e efeitos colaterais associados à ECT (Bennett, 1968; Wright, 1990).

Na década de 1940, o uso da ECT estava a florescer, dado que não havia outro tratamento eficaz para as perturbações psiquiátricas, porém, com a introdução da medicação neuroléptica e, posteriormente, dos antidepressivos, a ECT passou a ser utilizada com menor frequência e, entre as décadas de 1960 e 1980, a ECT praticamente desapareceu da psiquiatria. Este súbito desaparecimento duma terapia segura e eficaz representa um dos grandes enigmas da história da psiquiatria. (Clarke, 2019; Coentre *et al.*, 2009; Shorter, 2004; Wright, 1990).

A ECT teve como grande opositor o movimento antipsiquiatria, produto das ideias filosóficas populares que defendiam uma visão negativa das doenças psiquiátricas, que estas não eram mais do que uma invenção, juntamente com a receção entusiasmada do romance de Ken Kesey “*One flew over the cuckoo’s nest*”, publicado em 1962. Mais tarde em 1975 a versão cinematográfica teve um efeito chocante no público, tanto o romance quanto o filme misturavam ECT e lobotomia, numa representação sombria da psiquiatria. O filme foi o maior sucesso da United Artists na época (Coentre *et al.*, 2009; Endler, 1988; Fink, 2001; Lebensohn, 1999; Shorter, 2004; Wright, 1990).

Os medicamentos psicotrópicos não eram, no entanto, a panaceia que muitas pessoas esperavam. Não apresentavam uma robusta taxa de cura e também foram associados a efeitos colaterais e complicações ocasionais. Portanto, apesar do declínio no uso da ECT após a introdução da medicação psicotrópica, a década de 1980 viu um ressurgimento gradual desta técnica. A partir de 1985 houve um aumento do uso da ECT e o estigma foi minimizado pelo uso de critérios de consenso para a sua utilização e com o consequente aparecimento de inúmeras normas de orientação sobre a mesma. Também nos órgãos de comunicação social a técnica foi divulgada a partir desta época como tendo elevado impacto na melhoria da qualidade de vida dos doentes psiquiátricos (Coentre *et al.*, 2009; Wright, 1990).

Conclusão

O uso de eletricidade para fins terapêuticos data da medicina antiga. No entanto, o conceito de usar eletricidade como um agente convulsivo para o tratamento de perturbações psiquiátricas pode ser diretamente atribuído às terapias farmacoconvulsivas de Meduna. Ao longo dos anos, a técnica foi aperfeiçoada, associou-se o uso de fármacos anestésicos e ansiolíticos, a fim de diminuir os efeitos adversos associados.

Embora a ECT, no início, tenha sido usada principalmente para o tratamento da esquizofrenia, foi estudada a eficácia dessa modalidade de tratamento para uma vasta gama de perturbações psiquiátricas.

Atualmente, a ECT parece ser tão eficaz quanto as intervenções farmacológicas para o tratamento de psiquiátricas. Mas, por muitas razões, incluindo o estigma social associado ao seu uso, esta modalidade de tratamento é mais frequentemente usada apenas como a última linha de intervenção.

Bibliografia

- BENNETT, A. E. - Preventing traumatic complications in convulsive shock therapy by curare. *International Anesthesiology Clinics*. . ISSN 15371913. 6:2 (1968) 618–626. doi: 10.1097/00004311-196806020-00026.
- CERLETTI, U. - Old and new information about electroshock. *The American journal of psychiatry*. . ISSN 0002953X. 107:2 (1950) 87–94. doi: 10.1176/ajp.107.2.87.
- CLARKE, Patrick - Hip Hip Hooray, ECT turns 80! *Australasian Psychiatry*. . ISSN 14401665. 27:1 (2019) 53–55. doi: 10.1177/1039856218815753.
- COENTRE, Ricardo *et al.* - Electroconvulsivoterapia: Mitos e evidências. *Acta Medica Portuguesa*. . ISSN 16460758. 22:3 (2009) 275–280. doi: 10.20344/amp.1696.
- ENDLER, N. S. - The origins of electroconvulsive therapy (ECT). *Convulsive Therapy*. . ISSN 07498055. 4:1 (1988) 5–23.
- FINK, M. - Meduna and the origins of convulsive therapy. *American Journal of Psychiatry*. . ISSN 0002953X. 141:9 (1984) 1034–1041. doi: 10.1176/ajp.141.9.1034.
- FINK, Max - Convulsive therapy: A review of the first 55 years. *Journal of Affective Disorders*. . ISSN 01650327. 63:1–3 (2001) 1–15. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00367-0.
- FIORILLO, Andrea; VENTRIGLIO, Antonio - The legacy of Italian psychiatry. *International Review of Psychiatry*. . ISSN 13691627. 30:2 (2018) 118–119. doi: 10.1080/09540261.2018.1435771.
- LEBENSOHN, Zigmond M. - The history of electroconvulsive therapy in the United States and its place in American psychiatry: A personal memoir. *Comprehensive Psychiatry*. . ISSN 0010440X. 40:3 (1999) 173–181. doi: 10.1016/S0010-440X(99)90000-7.
- RZESNITZEK, Lara; LANG, Sascha - A material history of electroshock therapy. *NTM International Journal of History and Ethics of Natural Sciences, Technology and Medicine*. . ISSN 14209144. 24:3 (2016) 251–277. doi: 10.1007/s00048-016-0152-5.
- RZESNITZEK, Lara; LANG, Sascha - «Electroshock Therapy» in the Third Reich. *Medical History*. . ISSN 20488343. 61:1 (2017) 66–88. doi: 10.1017/mdh.2016.101.
- SANDRONE, Stefano; CAMBIAGHI, Marco - Ugo Cerletti (1877–1963). *Journal of Neurology*. . ISSN 14321459. 265:3 (2018) 731–732. doi: 10.1007/s00415-017-8664-z.
- SHORTER, E. - The history of ECT: Unsolved mysteries. *Psychiatric Times*. 21:2 (2004) 93.
- WRIGHT, Bruce - An Historical Review of Electroconvulsive Therapy. *Jefferson Journal of Psychiatry*. . ISSN 19350783. 8:2 (1990). doi: 10.29046/jjp.008.2.007.

THE HISTORY OF CANNABIS HUMAN USE

Nuno Agostinho Fernandes^{1*}; João Borges Ferreira^{2*}; Marisa A. Martins^{1*}; Liliana P. Ferreira^{1*}; Ricardo Gasparinho^{1*}; Núria Santos^{1*}; António Alho^{1*}; Isa Costa^{1*}; Maria Assunção Tavares^{3**}; Inês S. Fernandes^{1**}

¹Hospital Distrital de Santarém; ²Centro Hospital do Baixo Vouga;

³Instituto Português de Oncologia do Porto

*Médico Interno Formação Específica de Psiquiatria;

**Médica Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: nuno.fernandes@hds.min-saude.pt; marisa.fernandes@hds.min-saude.pt; liliana.ferreira@hds.min-saude.pt; ricardo.pereira@hds.min-saude.pt; nuria.santos@hds.min-saude.pt; antonio.alho@hds.min-saude.pt; isa.costa@hds.min-saude.pt; ines.silva@hds.min-saude.pt

Abstract

Since the discovery of cannabis psychoactivity, the selection of different varieties of cannabis has begun, some plants selected as cultivar, others especially as drugs. It has also been recognized as a sacred plant by several religions over the centuries.

The medical use of cannabis dates back about 5000 years ago, and it was prescribed for several conditions.

Today, the use of different preparations of cannabis (both natural and synthetic) is associated with therapeutic strategies for many diseases.

Key words: cannabis; cannabis history; cannabis human use; medicinal cannabis; pharmaceutical sciences and mental health

Introduction

Cannabis has been referred to as the oldest known cultivated fiber plant. Asia have been proposed as potential region for the natural origin and/or primary domestication of cannabis. Evidence suggest that cannabis was used 12,000 years ago for several different purposes.¹

Some believe that the discovery of cannabis psychoactivity may have been an unintentional event, perhaps, triggered by natural events.¹

The medical use of cannabis dates back about 5000 years ago, and it was prescribed for several conditions.¹

Today, the use of different preparations of cannabis (both natural and synthetic) is associated with therapeutic strategies for many diseases.

Our objective is perform a literature review about the history of cannabis human use. We performed an internet search with the keywords “cannabis history”, “cannabis human use” and “medicinal cannabis”. Potentially relevant literature was identified by manual search of references of eligible articles.

Cannabis - human use to our days

Asia have been proposed as the regions for the natural origin and/or primary domestication of cannabis. Cannabis accompanied the progress of the first human societies in the changes that occurred after the glacial Pleistocene epoch. Several Neolithic pieces of evidence found in Taiwan suggest that cannabis was used 12,000 years ago for several different purposes and played a significant role in early cordage and textile manufacturing. Probably it is the oldest known cultivated fibre plant.¹

Some believe that the discovery of cannabis psychoactivity may have been an unintentional event, perhaps, triggered by natural events.¹

Over the centuries cannabis has been recognized as a sacred plant by several religions. Holy texts of Asiatic cultures refer cannabis as a plant with sacred virtues and considered it a part of religious rituals. In India and Tibet, Hinduism and tantric Buddhism traditions used flowers and resins to facilitate the meditation and communication with the spirits.¹

The medical use of cannabis dates back about 5000 years ago, when the emperor Chen Nung drew up the first Chinese pharmacopeia. It was prescribed for fatigue, rheumatism, malaria, eczema, psoriasis, and for inflammatory diseases. They used the seeds of cannabis, rich in γ -linoleic acid, for their vegetal oils and proteins. After that, there are references about cannabis medical use by the Assyrians and Egyptians (about 3000 years ago), and ancient Greeks and Romans.^{1,2} The cannabis use continues over the years, being used for textile manufacturing, and in magic and traditional medicine.¹

The first large-scale cultivation and commercialization of the cannabis plant in the Mediterranean area began in the medieval Italy. Cannabis arrived to America by the first European colonists, and was used during this period primarily for the strength and the resistance of its fibres.¹

With the conquest of India, the voluptuous uses of cannabis began to be better known across the European continent.¹

Garcia da Orta and Cristobal Acosta, two Portuguese doctors, wrote about the effects of cannabis. These included euphoria, sedation, stimulation of appetite, hallucinations, and aphrodisiac effects. With the British colonialism of India different variety of cannabis formulations were marketed, and botanists began to discuss the existence of distinct types of cannabis based on size, shape and resin contents.¹

In the nineteenth century witnessed the development of private hashish consumer clubs. Romantic artists and writers, such as Théophile Gautier, Charles Baudelaire, Honoré de Balzac, Alexandre Dumas, and Gustave Flaubert, frequented these clubs.¹

In 1830, a French physician studied the effects of cannabis in mental illness. He thought that the voluptuary use of cannabis could generate sensations common to the hallucinations and delusions in psychotic individuals. In the nineteenth century, it was introduced as an analgesic, anti-inflammatory, anti-emetic and anti-convulsant in the English medicine.¹

Despite the benefits, cannabis was prohibited in the twentieth century due to its remarkable psychoactive effects and was included as a banned substance for therapeutic use. However, many indigenous communities in the world continue to use cannabis derivatives for several diseases. In Pakistan the leaves of cannabis are used for wound healing, and powdered leaves as anodyne, sedative, tonic and narcotic. Small ethnic groups of rural villages from Nepal, and in some Indian states like Arunachal Pradesh and Haryana, use cannabis for human and livestock gastrointestinal diseases, pain and snake bite. In Uganda and Kenia, livestock farmers use cannabis as an ethnoveterinary remedy, and some isolated ethnic groups of the Caucasus continue to use cannabis as a traditional remedy.¹

From a pharmacological point of view, in 1964, the cannabinoids study was opened with the isolation and synthesis of the main phytocannabinoid, delta-9-tetrahydrocannabinol (D9-THC). In the following years, numerous discoveries were made, including the discovery of synthetic ligands of cannabinoid receptors, cannabinoid receptors and endogenous cannabinoid receptor ligands discovered. These discoveries have contributed to the identification of new synthetic molecules that are able to modulate the endocannabinoid system in inflammation, pain and metabolic processes.^{1,2}

Today, cannabis is use as analgesic, a anti-emetic, treatment for epilepsy, muscle spasms, multiple sclerosis, neuropathic pain, and neurodegenerative diseases. Cannabis-derived pharmaceuticals are prescribed to relieve chemotherapy-induced nausea and vomiting, and to alleviate neuropathic pain.²

There is a continuous debate over the legal status of cannabis in many western countries. The freedom to use cannabis for medical or recreational purpose is viewed by many people

as a conquest for civil rights and by others as a major sociocultural problem. The promising finding in the pharmacological and psychotherapeutic effects of cannabis could be the basis to cannabis legalization, by a medically controlled and chemically standardized use of cannabis.¹

Different natural and synthetic preparations of cannabis are used as therapeutic strategies for many diseases. Due to the diffuse presence of the endocannabinoid system in the brain and periphery, its activation or inhibition regulates several pathophysiological phenomena. The endocannabinoid system is involved in various disorders, including metabolic and neuroinflammatory pathologies. In the brain cannabinoids modulate hunger/satiety and neuroinflammation, and in the periphery, they are involved in the peripheral metabolic reactions of liver, fat, muscles and anti-inflammatory response in the blood cells.^{1,2}

Despite being useful in the treatment of certain pathologies and in the relief of some symptoms, cannabinoids are also associated with an increased risk of short-term adverse events such as asthenia, balance problems, confusion, dizziness, disorientation, diarrhoea, euphoria, drowsiness, dry mouth, fatigue, hallucination, nausea, somnolence, vomiting and anxiety.^{1,2}

At this moment, there are studies showing benefits of cannabinoids use for the treatment of:

- chronic neuropathic or cancer pain, and fibromyalgia;^{2,3,4}
- chemotherapy-induced nausea and vomiting that has not responded to conventional antiemetic agents;^{2,5,6}
- cancer anorexia-cachexia;⁶
- multiple sclerosis associated spasticity and pain;^{2,7}
- treatment of two rare and severe forms of epilepsy, Lennox-Gastaut syndrome, and Dravet syndrome.^{2,8}

Data also suggest a potential benefit of using cannabinoids for anxiety disorders⁹, sleep disorders⁹, inflammatory bowel disease¹⁰, and improvement of vocal blocking tics and comorbid Tourette syndrome-associated conditions in patients with treatment-resistant Tourette syndrome¹¹.

Pain

The use of cannabis for the treatment of pain can be traced back to 5000 years ago but there is still only little information on its mechanisms of action. Cannabinoids and cannabinoid-based pharmaceuticals are prescribed to alleviate neuropathic pain, being more effective when are taken together with existing pain medications.¹

According to the Cochrane Review “Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults”, all cannabis-based medicines pooled together were better than placebo for the outcomes substantial and moderate pain relief and global improvement. All cannabis-based medicines pooled together were better than placebo in reducing pain intensity, sleep problems and psychological distress. More people reported sleepiness, dizziness and mental problems with all cannabis-based medicines pooled together than with placebo. There was moderate-quality evidence that more people dropped out due to side effects with cannabis-based medicines than with placebo. Thus, they concluded that the potential benefits of cannabis-based medicine (herbal cannabis, plant-derived or synthetic delta-9-tetrahydrocannabinol, delta-9-tetrahydrocannabinol/cannabidiol oromucosal spray) in chronic neuropathic pain might be outweighed by their potential harms.³

WALITT, BRIAN et al. performed a review about using cannabinoids for fibromyalgia. They found two small, moderate quality studies with 72 participants, that tested nabilone, a synthetic cannabis product, comparing it with placebo or amitriptyline.

Nabilone did not convincingly relieve fibromyalgia symptoms (pain, sleep, fatigue) better than placebo or amitriptyline. Compared with placebo and amitriptyline, more people experienced side effects and left the study due to side effects. There were no serious side effects reported. They found no relevant study with herbal cannabis, plant-based cannabinoids or other synthetic cannabinoids than nabilone in fibromyalgia. This review found no convincing, unbiased, high quality evidence suggesting that nabilone is of value in treating people with fibromyalgia, and the tolerability of nabilone was low in people with fibromyalgia.⁴

Nausea and vomiting

The ability of cannabis to limit or prevent nausea and vomiting from a variety of causes has long been known. Preclinical evidence suggests that the endocannabinoid system plays a role in the regulation of both nausea and vomiting. Cannabinoid receptors CB1 and CB2, located within the brainstem and the gastrointestinal tract, are associated with emetogenic control.^{1,6} Several cannabis derivatives are available for the treatment of nausea and vomiting. A synthetic analogue of delta-9-tetrahydrocannabinol, has been approved in 1985 by Food and Drug Administration for the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting that has not responded to conventional antiemetic agents. Dronabinol, another synthetic analogue of delta-9-tetrahydrocannabinol, is useful for the treatment of nausea in cancer patients.¹

SMITH, LESLEY A et al. in the Cochrane Review “Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy” concluded that cannabis-based medications may be useful for treating refractory chemotherapy-induced nausea and vomiting. However, methodological limitations of the trials limited their conclusions and further research reflecting current chemotherapy regimens and newer anti-emetic drugs is likely to modify the conclusions.⁵

KLECKNER, AMBER S. et al. concluded that there is evidence that cannabis or cannabis-derived products can alleviate chemotherapy-induced nausea and/or vomiting, and an inhalable form could be better for patients unable to retain oral medications.⁶

Anorexia-cachexia

Cannabinoids are involved in overall body weight control by interfering with several central and peripheral regulatory circuits that orchestrate energy homeostasis.¹

Decreased appetite and anorexia are between the most troublesome side effects of cancer and its treatment, and more than half of patients with advanced cancer experience a lack of appetite or weight loss. Endocannabinoids regulate eating behaviour via several biochemical pathways in the brain and the periphery, specifically in the hypothalamus and hindbrain, limbic system, intestinal tract, and adipose tissue. Some endocannabinoids stimulate food intake. Medical cannabis and tetrahydrocannabinol specifically, have led to increased appetite in humans and laboratory animals, mostly in noncancer contexts thus far. Studies assessing the effects of cannabinoids on appetite in cancer patients have shown benefits, although there appears to be a placebo effect. Future studies will need to have appropriate control groups, including current remedies and a placebo.⁶

Multiple sclerosis

Over 85% of people with multiple sclerosis show some spasticity. The drugs currently used to treat multiple sclerosis associated spasticity are not always completely effective and their use or dose may be limited by side effects. For these reasons the use of cannabinoids is increasing among the multiple sclerosis patients. Indeed, several studies report the benefit of the pharmacological use of cannabinoids in multiple sclerosis associated spasticity. Oral cannabis extract, and synthetic tetrahydrocannabinol resulted to be effective at reducing

patient-reported symptoms of spasticity and pain in multiple sclerosis patients with an inadequate response to other drugs.¹

Spasticity often leads to considerable disability in patients with multiple sclerosis. Cannabinoids acting at the presynaptic CB1 receptors probably act in part by reducing excessive glutamate release, thereby regulating glutamatergic excitability during spasticity. A combination of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol showed more than 20% improvement in spasticity, leading to approval in multiple sclerosis for management of severe spasticity, uncontrolled on at least two other agents in several countries.⁷

Epilepsy

It has long been thought that cannabis can reduce the severity and incidence of convulsions, and epileptic seizures.²

Antiepileptic drugs work by either reducing excitation, or by increasing inhibition in the central nervous system. CB1 receptors are known to regulate neuronal excitability by reducing presynaptic neurotransmitter release. Activation of the CB1 receptors by endocannabinoids is involved in retrograde inhibition of transmitter release, the control of neuronal excitability and even in the regulation of some forms of synaptic plasticity. Therefore, it is plausible that increased levels of CB1 receptor activity might dampen neuronal excitation.²

Cannabidiol and cannabidivarin, the propyl variant of cannabidiol, have been evaluated in preclinical and clinical studies for their anticonvulsant effects, however, the exact mechanisms by which these drugs exert their anti-seizure effects are not well understood. Data support the potential use of cannabidiol in the treatment of seizures, epilepsy and other neurodevelopmental disorders. Food and Drug Administration approved a drug which contains cannabidiol derived from cannabis, for the treatment of two rare and severe forms of epilepsy, Lennox-Gastaut syndrome, and Dravet syndrome.¹

However, in the 2014 Cochrane review “Cannabinoids for epilepsy”, David Gloss and Barbara Vickrey concluded that no reliable conclusions can be drawn at present regarding the efficacy of cannabinoids as a treatment for epilepsy, and suggested that further trials are needed.⁸

Conclusions

Cannabis has been referred to as the oldest known cultivated fiber plant. Over the centuries cannabis has been used by man for cordage and textile manufacturing, as a sacred plant for religious rituals, and for therapeutic and recreational purposes. Today, the use of different preparations of cannabis is associated with therapeutic strategies for many diseases.

There are studies showing benefits of cannabinoids use for the treatment of several symptoms related to cancer, multiple sclerosis, and two rare and severe forms of epilepsy.

Data also suggest a potential benefit of using cannabinoids for some psychiatric symptoms and disorders.

References and final bibliography

1. BONINI, SARA ANNA et al. - Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. *Journal of Ethnopharmacology*. 227:2018) 300-315. doi: 10.1016/j.jep.2018.09.004.
2. AMIN, MD RUHUL; ALI, DECLAN W. - Pharmacology of Medical Cannabis. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2019) 151-165. doi: 10.1007/978-3-030-21737-2_8.
3. MÜCKE, MARTIN et al. - Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018). doi: 10.1002/14651858.cd012182.pub2.

4. WALITT, BRIAN et al. - Cannabinoids for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016). doi: 10.1002/14651858.CD011694.pub2.
5. SMITH, LESLEY A et al. - Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015). doi: 10.1002/14651858.cd009464.pub2.
6. KLECKNER, AMBER S. et al. - Opportunities for cannabis in supportive care in cancer. Therapeutic Advances in Medical Oncology. 11:2019) 175883591986636. doi: 10.1177/1758835919866362.
7. INGRAM, GILLIAN; PEARSON, OWEN R - Cannabis and multiple sclerosis. Practical Neurology. 19:4 (2019) 310-315. doi: 10.1136/practneurol-2018-002137.
8. GLOSS, DAVID; VICKREY, BARBARA - Cannabinoids for epilepsy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014). doi: 10.1002/14651858.cd009270.pub3.
9. BLACK, NICOLA et al. - Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 6:12 (2019) 995-1010. doi: 10.1016/s2215-0366(19)30401-8.
10. KAFIL, TAHIR S et al. - Cannabis for the treatment of ulcerative colitis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018). doi: 10.1002/14651858.cd012954.pub2.
11. CURTIS, ADRIENNE; CLARKE, CARL E; RICKARDS, HUGH E - Cannabinoids for Tourette's Syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009). doi: 10.1002/14651858.cd006565.pub2.

FOLIE À DEUX – A EVOLUÇÃO DO CONCEITO

Maria do Rosário Monteiro *; **Andreia Norton ****; **Catarina Oliveira*****

Centro Hospitalar Universitário do Porto; Hospital Magalhães de Lemos

*Interna de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar Universitário do Porto

**Assistente Hospitalar, Hospital Magalhães de Lemos

***Interna Psiquiatria, Hospital Magalhães de Lemos

Emails: mrosario.bmonteiro@gmail.com; andreianorton@gmail.com;
catarinaoliveira11@hotmail.com

Resumo

Folie à deux é uma síndrome rara que tem atraído bastante popularidade na literatura desde que foi originalmente descrita por Lasègue & Falret, em 1877. Embora folie à deux (ou a sua denominação equivalente nos sistemas de classificação como perturbação psicótica partilhada/induzida) tenha vindo a ser diagnosticada há mais de 100 anos, continua a ser uma entidade difícil de definir. A discordância sobre as suas principais características pode ser vista na literatura e alguns investigadores até questionam a sua validade diagnóstica. No último século, uma infinidade de revisões têm sido publicadas, contribuindo para um aumento do conhecimento dos mecanismos neuropsicológicos subjacentes ao fenómeno para além das descrições puramente fenomenológicas.

Palavras-chave: Folie à deux; Perturbação delirante induzida; Perturbação psicótica partilhada; Folie imposée.

Abstract

Folie à deux is a rare syndrome that has attracted considerable popularity in the literature since it was originally described by Lasègue & Falret, in 1877. Although folie à deux (or its equivalent name in classification systems as shared/induced psychotic disorder) has been diagnosed for more than 100 years, it remains a difficult entity to define. Disagreement about its main characteristics is seen in the literature and some researchers even question its diagnostic validity. In the last century, a multitude of reviews have been published, contributing to an increase in the knowledge of the neuropsychological mechanisms underlying the phenomenon beyond purely phenomenological descriptions.

Keywords: Folie à deux; Induced psychotic disorder; Shared psychotic disorder; Folie imposée.

Introdução

Neste trabalho pretende-se ilustrar o desenvolvimento histórico do conceito de folie à deux, assim como discutir a sua evolução à luz das revisões sistemáticas mais contemporâneas de casos clínicos recentemente reportados.

O termo folie à deux, também conhecido como perturbação delirante induzida (CID- 10), é uma síndrome psiquiátrica rara na qual delírios paranoides são transferidos de um indivíduo para uma ou mais pessoas suscetíveis. A perturbação é observada principalmente entre pessoas que têm relacionamentos muito próximos (geralmente pai/ mãe - filho, irmão- irmão ou marido- esposa). Existem fatores de risco para os quais os profissionais de saúde devem estar atentos: sexo feminino, isolamento social, e, no caso secundário, comprometimento cognitivo e passividade/ submissão.

Discussão

De acordo com o conceito original de Lasègue & Falret, em 1877, o fenómeno da transmissão de uma ideia delirante entre dois indivíduos era explicado pela presença de um conjunto de condições excepcionais e indispensáveis:

- Um dos indivíduos, afeto de uma perturbação psicótica, é o elemento ativo, “mais inteligente”, que exerce uma relação de dominância perante um segundo indivíduo, saudável, mas “fraco de espírito” – o elemento passivo;
- Os dois indivíduos mantêm uma relação próxima e duradoura;
- Os dois convivem em relativo isolamento, face a influências exteriores;
- Para que o “contágio” da ideia delirante possa ocorrer, esta deve possuir um carácter verosímil e manter-se dentro dos limites do possível;
- O elemento induzido, frequentemente mulher e mais novo que o indutor, possui uma hereditariedade favorável ao desenvolvimento psicótico;
- A psicopatologia exibida pelo elemento passivo é menos severa que a do elemento ativo.
- O tratamento indicado consistiria na separação física dos dois elementos. Tal deveria conduzir, necessariamente, à remissão do delírio por parte do elemento induzido. O induzido é um reflexo do indutor que possui uma perturbação psicótica verdadeira.⁽¹⁾

Em ainda casos mais raros, o distúrbio pode envolver três ou mais pessoas (*folie a trois*, *folie a quatre*), famílias inteiras e até mesmo um grande conjunto de pessoas (*folie à plusieurs* - loucura de muitos).⁽²⁾ De facto, fenómenos de histeria em massa, referindo-se à rápida disseminação dos sinais e sintomas da doença dentro de um grupo coeso para o qual não há etiologia orgânica plausível, podem ser considerados fenómenos de *folie à plusieurs*. Casos de histeria em massa, datados desde a Idade Média, eram explicados como surtos que refletiam superstições populares sobre bruxas e demónios, enquanto os incidentes mais contemporâneos refletem preocupações com questões ambientais e religiosas e crenças terroristas.⁽³⁾

Posteriormente foram sendo descritas múltiplas variantes do conceito inicial. Gralnick, em 1942, dividiu em quatro subgrupos conceitos anteriormente descritos na Europa (por Regis, Montyel, Lehman)⁽⁴⁾:

Folie imposée: Um indivíduo afeto de uma perturbação psicótica impõe a outro indivíduo, saudável, mais novo e mais submisso, as suas ideias delirantes. Os dois mantêm uma relação próxima, sendo que as ideias delirantes do induzido desaparecem com a separação dos dois (descrito por Lasègue & Falret, em 1877).

Folie simultannée: Surgimento simultâneo de um sistema delirante que ocorre em dois indivíduos intimamente relacionados, com predisposição para morbilidade psiquiátrica (descrito por Regis, em 1880).

Folie communiquée: O elemento induzido desenvolve uma sintomatologia psicótica compartilhada com o elemento indutor. A separação dos dois não permite a remissão dos sintomas, pelo que, ambos possuem uma perturbação psicótica verdadeira (descrito por Marandon de Montyel, em 1881).

Folie induite: Novas ideias delirantes são adotadas por um indivíduo afeto de uma perturbação psicótica, sob influência de um outro indivíduo psicótico (descrito por Lehmann, em 1885).⁽⁴⁻⁶⁾

Desde a introdução dos critérios de diagnóstico, pouco foi alterado da descrição do fenómeno.

Na DSM-IV estava listada como Perturbação Psicótica Partilhada na qual se podia ler:

- a) O delírio desenvolve-se num indivíduo no contexto de uma relação próxima com outros indivíduos que possuem um delírio pré-estabelecido;
- b) O conteúdo do delírio é semelhante ao do indutor;
- c) A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação psicótica ou perturbação do humor com sintomas psicóticos e não se deve a um efeito fisiológico direto de uma substância (p. ex. droga de abuso ou medicação) ou a uma patologia orgânica.⁽⁷⁾

Na CID-10 está listada como perturbação delirante induzida (F24):

- a) O indivíduo desenvolve um delírio ou um sistema delirante originalmente produzido por outro indivíduo, afeto de uma perturbação psicótica;
- b) Os dois mantêm uma relação invulgarmente próxima e convivem em ambiente de isolamento social relativo;
- c) O indivíduo não pode possuir a crença em questão antes do contacto com o indivíduo indutor e não pode padecer ou ter padecido de qualquer outra perturbação psicótica classificada em F20 – F23, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.⁽⁸⁾

Ambas realçam a inexistência, no elemento induzido, de outro diagnóstico psiquiátrico que não se resuma à psicopatologia induzida pela proximidade com o indutor. Deste modo, as classificações rejeitam todas as formas de indução delirante, descritas no século XIX, com exceção da folie imposée.⁽⁶⁾

O DSM-V já não considera a Perturbação Psicótica Partilhada como entidade distinta, estando neste momento incluída dentro da “Perturbação do Espectro da Esquizofrenia com Outra Especificação e Outras Perturbações Psicóticas”, onde se lê no ponto 4 “Sintomas delirantes em parceiro de pessoa com transtorno delirante. No contexto de um relacionamento, os conteúdos dos delírios do parceiro dominante oferecem conteúdo para a crença delirante de um indivíduo que não preenche inteiramente os critérios para perturbação delirante”.⁽⁹⁾ A falta de clareza é indubitavelmente suportada por limitações objetivas na compreensão etiológica da patologia, a sua raridade, bem como o conhecimento limitado de sua história e prognóstico naturais.⁽¹⁰⁾

Desde o século passado, inúmeras revisões de casos clínicos foram publicadas, contribuindo para um aumento do conhecimento dos mecanismos neuropsicológicos subjacentes ao fenómeno, para além das descrições puramente fenomenológicas. De seguida, são apresentadas as maiores revisões de relatos de casos sobre o tema, tendo sido encontradas diferenças relevantes ao longo do tempo.

	Lasègue & Falret ⁽¹⁾	Gralnick ⁽⁵⁾	Silveira & Seeman ⁽¹¹⁾	Arnone ⁽¹⁰⁾
Período de estudo e número de participantes:	Período não descrito; N = 7	1879 – 1942 N = 103	1942 – 1993 N = 75	1993 – 2005 N = 63

Tabela 1 (adaptada de (6)) – Maiores revisões de casos clínicos publicadas

1.Sexo

	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Sexo	Mulheres são mais afetadas, quer como caso primário quer como caso secundário.	Mulheres são mais afetadas, quer como caso primário quer como caso secundário.	Mulheres mais afetadas como caso primário; Homens e mulheres igualmente afetados como caso secundário.	Homens e mulheres igualmente afetados como caso primário e secundário.

Tabela 2 – Evolução do conceito quanto à diferenças entres os sexos

Em contraste com os conceitos mais antigos de Lasègue & Falret e Gralnik, que afirmavam que a perturbação delirante induzida seria mais comum em mulheres, quer como caso primário quer como caso secundário, refletindo a visão tradicional da mulher com papel submisso e restritivo, Silveira & Seeman relatam que não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa entre o número total de casos de mulheres (71%) versus homens (69,5%) como caso secundário. No entanto, parece haver uma maior proporção de mulheres como caso primário. Portanto, não existe nenhuma confirmação quanto à maior suscetibilidade em mulheres tendo como base a explicação do papel mais dominante dos homens. Já na revisão mais recente de Arnone, a diferença entre casos, tanto primário como secundário, entre homens e mulheres não foi estatisticamente significativa. ^(1, 5, 6, 10-12)

2.Idade

	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Idade	Caso secundário mais novo que caso primário.	Caso secundário mais novo que caso primário.	Diferença de idade entre os casos não significativa.	Diferença de idade entre os casos não significativa.

Tabela 3 – Evolução do conceito quando à diferença de idades entre os intervenientes

Relativamente à idade, estudos mais antigos referiam que na maior parte dos casos o indivíduo primário seria mais velho que o indivíduo secundário e que, geralmente, o indivíduo primário estabelecia a sua dominância com base na sua idade. Nas investigações mais recentes, o mesmo não se confirma, podendo o indivíduo primário ser mais novo ou vice-versa. ^(1, 5, 10, 11)

3.Tipo de relacionamento

	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Tipo de relacionamento	Informação limitada.	Duas irmãs > casal > mãe e filho > irmão e irmã > amigos > família inteira	Pai/mãe - filho (31.5%) > Casal (29.5%) = Dois irmãos/irmãs (29.5%)	Casal (52.4%) > Duas irmãs

Tabela 4 - Evolução do conceito quanto ao tipo de relacionamento estabelecido entre os intervenientes

Quanto ao tipo de relacionamento entre os intervenientes, literatura prévia reportava que casos de duas irmãs seriam os mais comuns. Ao longo do tempo, houve um aumento dos casos reportados entre um progenitor e um filho. A revisão de Silveira & Seeman chama a

atenção para o facto de haver poucas díades compostas por dois homens, dando como possíveis explicações as relações entre dois homens serem menos íntimas e menos verbais, a baixa prevalência de dois homens a coabitar por longos períodos de tempo assim como um menor relato de casos. A incidência em casais foi aumentando relativamente à incidência em duas irmãs, sendo na revisão mais atual o tipo de relacionamento mais comum (52.4%).^(5, 10, 11)

4. Fatores predisponentes

	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Fatores predisponentes	Isolamento social; Dominância do caso primário.	Não se verificou dominância cognitiva no caso primário.	Não se verificou dominância cognitiva no caso primário. Isolamento social, défice cognitivo, demência, depressão, abuso de substâncias.	Não se verificou dominância cognitiva no caso primário. Isolamento social, personalidade passiva, défice cognitivo, eventos de vida stressantes, história familiar psiquiátrica.

Tabela 5 – Evolução dos fatores predisponentes estudados para o desenvolvimento de folie à deux

Relativamente a fatores predisponentes que aumentam a probabilidade de desenvolvimento da patologia, o isolamento social foi reportado (64-84%) por todos os autores. O isolamento compromete a chamada “comparação social” por parte do elemento secundário, inviabilizando eventuais correções exteriores que ponham em causa a convicção delirante do indutor. Lasègue & Falret postularam que o caso primário exercia a sua dominância quer através da sua cognição (superior ao caso secundário) quer pela sua idade mais avançada.⁽¹⁾ Os autores consecutivos não reportaram esta dominância cognitiva no caso primário e enumeraram outros fatores predisponentes nos casos secundários. No relatório de Silveira, apesar de não se demonstrar evidência formal quanto às menores capacidades cognitivas do indivíduo induzido, foi reportada uma elevada frequência de condições que tendem a prejudicar as habilidades cognitivas, nomeadamente demência, depressão e abuso de substâncias.⁽¹¹⁾

Outros fatores foram reportados por Arnone, nomeadamente, uma personalidade passiva, défice cognitivo (p. ex. atraso na linguagem), eventos de vida stressantes e história familiar psiquiátrica. De facto, alguns destes fatores podem, por si só, ser fatores predisponentes para o desenvolvimento de doença mental.⁽¹⁰⁾

Portanto, na literatura mais recente, a evidência da “dominância” do elemento indutor sobre o elemento induzido, foi exclusivamente demonstrada pela frequente presença de comorbilidade psiquiátrica no elemento secundário.

5. Comorbilidade psiquiátrica prévia

Caso Secundário	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Comorbilidade psiquiátrica prévia	Não claramente descrito (ligeiro défice cognitivo já suspeitado)	“ <i>Algum defeito da personalidade</i> ”	62,5% dos casos; Depressão, demência, défice cognitivo.	28,6-89% dos casos; Perturbação delirante induzida (71,4%) Esquizofrenia (14,3%) Depressão (7,1%) Perturbação afetiva bipolar (4,8%) Défice cognitivo (2,4%)

Tabela 6 – Evolução quanto à identificação de comorbilidade psiquiátrica prévia no caso secundário (elemento induzido)

Os critérios de diagnóstico atuais sublinham a importância da ausência de doença psiquiátrica no caso secundário para além da psicopatologia induzida pela proximidade com o caso secundário. No entanto, dados mais atuais mostram que esta hipótese nem sempre é aplicável. Evidência de comorbilidade psiquiátrica prévia está presente em até 89% dos casos secundários, mais comumente esquizofrenia, depressão, perturbação afetiva bipolar e défice cognitivo. Apesar de, de facto, no indivíduo secundário, a perturbação delirante induzida ser o diagnóstico primário (em 71,4% dos casos), é necessário ter em conta que podem também estar presentes outras patologias presentes anteriormente. Este achado questiona a validade do diagnóstico e apoia a possibilidade de que a proximidade do caso primário e do secundário constitui apenas um fator desencadeador para o desenvolvimento de uma doença psiquiátrica em indivíduos já suscetíveis, que se teria desenvolvido de qualquer maneira. Este facto é também apoiado pela elevada taxa de doença psiquiátrica familiar do caso secundário. ⁽¹⁰⁾

Caso Primário	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Comorbilidade psiquiátrica prévia	<i>Demencia praecox</i>	Mais de metade com <i>dementia praecox, paranoide.</i>	Esquizofrenia (44,4%); Perturbações do humor (13%, sendo a depressão psicótica a mais comum); Perturbação delirante persistente (11,1%).	Perturbação delirante persistente (33,3%); Esquizofrenia (28,9%); Depressão (6,7%); Perturbação afetiva bipolar (6,7%); Perturbação delirante induzida (6,7%); Perturbação obsessivo- compulsiva (2,2%); Défice cognitivo (2,2%)

Tabela 7 – Evolução quanto à identificação de comorbilidade psiquiátrica prévia no caso primário (elemento indutor)

A visão tradicional de que o caso primário teria de sofrer previamente de esquizofrenia para poder induzir sintomas psicóticos no caso secundário nem sempre é aplicável. No caso primário, os autores relatam um maior número de patologias psiquiátricas do que originalmente tinha sido descrito, sendo a perturbação delirante persistente a mais comum na revisão mais atual. ^(10,11)

6.Tratamento

	Lasègue & Falret	Gralnick	Silveira & Seeman	Arnone
Tratamento	Separação é eficaz.	Mesmo tratamento que na psicose e separação.	Antipsicóticos e separação.	Antipsicóticos e separação.

Tabela 8 – Evolução quanto ao tratamento instituído

Originalmente supunha-se que o delírio induzido desvanecia se o caso secundário fosse somente separado do caso primário. Nas publicações subsequentes verifica-se que tal pode não ser suficiente, especialmente uma vez que patologia psiquiátrica de base pode estar presente no caso secundário. Portanto, o tratamento atualmente preconizado será a separação da díade juntamente com administração de antipsicóticos. ⁽¹⁰⁻¹²⁾

Conclusão

Folie à deux é um conceito mais amplo do que a atual definição de perturbação delirante induzida no CID-10, com uma história relativamente longa e controversa de dificuldades de conceptualização e redefinição que continua até aos dias de hoje. Mais de 140 anos após Lasègue & Falret terem originalmente descrito a perturbação, chega a altura revisitar a nosologia do conceito, de uma vez os critérios de diagnóstico atuais são muito semelhantes à descrição original da doença.

Os critérios de diagnóstico evoluem e são influenciados pela nossa crescente compreensão da doença ao longo dos anos, pelo que é necessária uma reformulação à luz dos casos clínicos mais recentemente reportados.

Bibliografia

1. LASEGUE, Charles; FALRET, Jean-Pierre - La folie à deux. *Annales Medico Psychologiques*. 18 (1877) 321- 55.
2. LAZARUS Arthur - Folie a Deux: Psychosis by Association or Genetic Determinism? *Comprehensive Psychiatry*. 26 (1985) 129-135.
3. SALIB Emad - Suicide terrorism: a case of folie à plusieurs? *British Journal of Psychiatry*. 182:6 (2003) 475-476.
4. NASCIMENTO Marta; RAMOS, Jorge; DINDO, Vera; RIBEIRO, Raquel - Folie à Deux – Um Caso de Folie Imposée numa Díade Mãe/Filho. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*. 2012.
5. GRALNICK Alexander - Folie a Deux - The psychosis of association: A Review of 103 Cases and the Entire English Literature: With Case Presentations. *Psychiatric Quarterly*. 1942.
6. SHIMIZU Mitseu; KUBOTA, Yasutaka; TOICHI, Motomi; BABA, Hisamitsu - Folie à deux and shared psychotic disorder. *Current Psychiatry Reports*. 29:3 (2007) 200-205.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Arlington, 1994.
8. World Health Organization - *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders*. Geneve, Switzerland. World Health Organization, 1993.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, 2013.
10. ARNONE, Danilo; PATEL, Anish; TAN, Giles - The nosological significance of Folie a Deux: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry*. 5:11 (2006).
11. SILVEIRA, José; SEEMAN, Mary - Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Canadian journal of psychiatry*. 40:7 (1995) 389-395.

12. SHARON, Idan; BIENENFELD, David - *Shared Psychotic Disorder*. Medscape. 2018.
Disponível na internet: <https://emedicine.medscape.com/article/293107-overview>

**XI CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
XI INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH

**III Simposium Internacional Mulheres e Loucura
III Internacional Symposium Women and Madness**

**Coimbra, Portugal,
Nova data 26-28 outubro/october, 2020
On line - Via zoom**



Antigo Hospital Psiquiátrico do Lorrão — Coimbra

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



**XI CONGRESSO INTERNACIONAL
HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
XI INTERNATIONAL CONGRESS HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

III Simpósio Internacional Mulheres e Loucura / III International Symposium Women and Madness

COIMBRA – PORTUGAL — 26-28 de OUTUBRO DE 2020

COIMBRA – PORTUGAL — 26-28 OCTOBER 2020

On line via Zoom

Programa / Program

26 outubro/26 October

9h30 — sessão de abertura / opening ceremony

10h00 — 1ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

GREEK MYTHOLOGY: WHAT DO WE KEEP FROM IT? — Joana Miranda; Mafalda Barbosa; Rafael Araújo

ANTI-PSYCHIATRY MOVEMENT – THE HISTORY — Nuno A. Fernandes; Carla Ferreira; Ana Mendes; Marisa A. Martins; Liliana P. Ferreira; Ricardo Gasparinho; Núria Santos; António Alho; Isa Costa; Inês S. Fernandes

SIMULAÇÃO DE LOUCURA – UM CASO DO ARQUIVO DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA — Inês Pinto da Cruz

EXCLUSIVIDADE, DEDICAÇÃO E PARCIMÓNIA: AS RECOMPENSAS SALARIAIS DOS ENFERMEIROS NO HOSPITAL DE ALIENADOS DO CONDE FERREIRA PELOS FINAIS DO SÉCULO XIX — Analisa Candeias; Filomena Gomes; Luís Sá; Alexandra Esteves

Sala B / Room B

ALBERTO BROCHADO AND CLÉRAMBAULT'S CONCEPT OF "MENTAL AUTOMATISM" — Adrián Gramary; Nuno Rodrigues Silva

A FORMA COMO OLHAMOS PARA OS PSICADÉLICOS — F. Queirós Santos; P. Melo-Ribeiro; M. Mota-Oliveira

AUTO-CULPABILIZAÇÃO PARENTAL NA PATOLOGIA PEDOPSIQUIÁTRICA (WE NEED TO TALK ABOUT KEVIN, 2011) — Rui Sampaio

A CONCEPTUALIZAÇÃO DA AGRESSÃO SEXUAL NOS SÉCULOS XIX E XX – Diogo Barbosa; Filipa Andrade; Berta Ramos; Márcia Mota

11h30 — Intervalo / break

11h45 — 2ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

LOUCURA E MORFOPSIKOLOGIA - ANÁLISE CONCISA FACE A UM ESTADO DE CATÁSTROFE — Romero Bandeira; Ana Mafalda Reis; Isa João Silva; Sara Gandra; M.Lima-Ferreira

LOUCURA E PANDEMIAS: PESTE NEGRA E COVID 19. EVIDÊNCIAS EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE — Romero Bandeira; Ana Mafalda Reis; Isa João Silva; Sara Gandra; M.Lima-Ferreira

ILHA DA MADEIRA. VERMELHOS DE BRJULOV (1849-50) E CIPRESTES DE RÖMER (1922-60)
— Alfredo Rasteiro

Sala B / Room B

PERTURBAÇÕES NEUROLÓGICAS FUNCIONAIS NO CORPO EXPEDICIONÁRIO PORTUGUÊS
— UMA REVISÃO NARRATIVA — Luís Afonso Fernandes; Filipa Ferreira; Mário J. Santos; Nuno Borja Santos

A ARTE DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER — Berta Ramos; Filipa Andrade; Eva Osório

MADNESS IN THE MIRROR: O EXERCÍCIO DO AUTORRETRATO — João Rema; Tânia Cavaco; Luís Madeira

13h00 — Intervalo para almoço / Lunch

14h30 — Conferência plenária / plenary session

OS FORMULÁRIOS MEDICAMENTOSOS COMO FONTE PARA A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL: O FORMULÁRIO DO HOSPITAL DE RILHAFOLES (1901) — João Rui Pita

15h00 — 3ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

RECONSTRUINDO BABEL – A HISTÓRIA DAS CLASSIFICAÇÕES DAS DOENÇAS MENTAIS — Ana Maria Delgado; Aurora Cortiñas

AS ORIGENS DA TERCEIRA ESCOLA DE PSICOTERAPIA DE VIENA — Sara Freitas Ramos; João Martins Correia; Isabel Fonseca Vaz; João Campos Mendes

A QUESTÃO DO SUICÍDIO EM ARTHUR SCHOPENHAUER (1788-1860) – UMA VISÃO “PATERNAL” NÃO PATERNALISTA? — Gustavo França

A PSICOSE EXPERIMENTAL PELA PSILOCIBINA-MEIO SÉCULO DEPOIS — Pedro Mota

Sala B / Room B

ANOREXIA *MIRABILIS*: O CULTO DA FOME — Ana Samouco; Afonso Matos; Margarida Araújo; Filipa Caetano

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ANOREXIA NERVOSA: DA DEVOÇÃO RELIGIOSA À DOENÇA MENTAL — Rita Leite; Paulo Macedo; Tiago Santos

DOS EQUIVALENTES AFETIVOS À DEPRESSÃO MASCARADA, UMA BREVE VIAGEM NO TEMPO — Bianca Jesus; João Martins Correia; Sofia Caetano

A HISTÓRIA DO AUTISMO E AS DINÂMICAS DE UM DIAGNÓSTICO — Sara Freitas Ramos; Isabel Fonseca Vaz; João Martins Correia; João Campos Mendes

16h30 — Intervalo / break

16h45 — 4ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

AFONSO VI: DE “VITORIOSO” A “INCAPAZ” — Filipa Martins Alves; Eloísa Ribeiro; Teresa Novo

A LOUCURA DE DOM QUIXOTE — Mariana Duarte Mangas; Filipa Alves; João Fonseca; Catarina Pedro

DR FRANCIS WILLIS: O “MAD DOCTOR” SETECENTISTA E OS SEUS PACIENTES REAIS — João B Fonseca; Eduarda Machado; Francesco Monteleone; Rosa Rodrigues

KING GEORGE III – A CASE OF MENTAL OR PHYSICAL ILLNESS? OR BOTH? — Marisa Martins; Nuno Agostinho Fernandes; Ricardo Gasparinho; Núria Santos; António Alho; Liliana Ferreira; Isa Costa; Inês Fernandes

Sala B / Room B

EINSTEIN: “UM VIAJANTE SOLITÁRIO” — Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; João Martins Correia; Sílvia Castro

DE KRAEPELIN, A AKISKAL, AO ICD-11: A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE ESPECTRO BIPOLAR — Ana Miguel; Berta Ramos; Eva Mendes

SÍNDROMES VINCULADAS À CULTURA NA REALIDADE PORTUGUESA – SÍNDROME DE KORO E SÍNDROME DO MAU OLHADO — Bárbara Almeida; Carolina Machado; Cristina Fragoeiro; Catarina Fonseca

AMOK E AS SUAS VARIANTES CULTURAIS E CONTEMPORÂNEAS — Tânia Teixeira; João Quarenta; Sofia Martins; Vitor Carvalho

18h30 — Encerramento dos trabalhos do primeiro dia / closing 1st day

27.outubro/27 October

09h30 — 5ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

PARANOIA: A EVOLUÇÃO DO CONCEITO E O NASCIMENTO DAS PERTURBAÇÕES RELACIONADAS — Sandra Torres; Andreia Lopes

A PERTURBAÇÃO OBSESSIVO COMPULSIVA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA — Mariana Duarte Mangas; João Basto Fonseca; Filipa Martins Alves; Catarina Pedro

MONOMANIA, UM DIAGNÓSTICO POPULAR — Ana Miguel; Berta Ramos; Eva Mendes

Sala B / Room B

FOLIE À DEUX – A EVOLUÇÃO DO CONCEITO — Maria do Rosário Monteiro; Andreia Norton; Catarina Oliveira

PARAPHRENIA - THE HISTORY FROM ITS GENESIS TO NOWADAYS — P. Melo-Ribeiro; F. Gomes-Tavares; M. Mota-Oliveira

SHARP OBJECTS – A “DOLL HOUSE” DAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS — Margarida de Barros; Diana Amorim Pires; Catarina Fonseca

10h45 — Intervalo / break

11h00 — 6ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

DANÇA E DOENÇA MENTAL - UM PAS DE DEUX — Beatriz Abreu Cruz ; Joana de Freitas Sanches; Carlos Perestrelo da Silva

VALENTIM DE BARROS – A LOUCURA DE SER DIFERENTE — Beatriz Abreu Cruz; Carlos Perestrelo da Silva; Joana de Freitas Sanches

O DOENTE PSIQUIÁTRICO NA ALEMANHA NAZI: REFLEXÕES ÉTICAS — Cátia Fernandes Santos

SALA B / Room B

A LOUCURA EM PESSOA — Beatriz Jorge; Catarina Pedro Fernandes; Mariana Duarte Mangas

PAINT AND DISEASE OF VINCENT VAN GOGH — Bogdan Horia Chicos

TRANSEXUALIDADE NO CINEMA — Daniela Oliveira Martins; Margarida de Barros; Mauro Pinho; Ricardo Gil Faria

12h15 — Perguntas sobre os *Posters* / *Posters* discussion

13h00 — Intervalo para almoço / lunch

14h30 — Apresentação de livro

Apresentação da obra de José Morgado Pereira, *A psiquiatria em Portugal nas primeiras décadas do século XX: protagonistas*

15h00 — 7ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

HISTORIA Y ESTADO ACTUAL DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL EN LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA — Miguel A. Miguelez Silva; Adrián Gramary Cancelas; Raimundo Mateos Alvarez; Tiburcio Angosto Saura

DOENÇA BIPOLAR E CRIATIVIDADE, QUE FRONTEIRAS? — Catarina Pedro; Beatriz Jorge; Mariana Duarte

PATOPLASTIA E PSICOPATOLOGIA NA NARRATIVA DE ANNA KARENINA — Tiago Filipe Ferreira; Sara Dehanov

SÍNDROME DE ALICE NO PAIS DAS MARAVILHAS: DA LITERATURA À PSIQUIATRIA — Vera Froes; Miguel Carneiro; Sérgio Esteves; Sandra Torres; Zita Gameiro

Sala B / Room B

A REPRESENTAÇÃO DA ESSÊNCIA PSICOPATOLÓGICA DO ÁLCOOL NA PINTURA ITALIANA — Pedro Mota

O PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO DE MERLEAU-PONTY NA LEITURA PSICOPATOLÓGICA DE CÉZANNE — João Martins Correia; Isabel Fonseca Vaz; Sara Freitas Ramos; Bianca Jesus

LACAN E O MÉTODO CRÍTICO-PARANOICO DE DALÍ — Sofia Neves Martins; João Quarenta; Tânia Teixeira; Bruno Ribeiro

PONTOS INFINITOS: A REPRESENTAÇÃO DA LOUCURA NA OBRA DE YAYOI KUSAMA — Núria Santos; António Alho; Ricardo Gasparinho; Liliana Ferreira; Marisa Martins; Nuno Fernandes; Isa Costa; Elisabete Sêco

16h30 — Intervalo

16h45 — 8ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

MALONE MEURTE A EXPLORARARÇÃO DO SELF EM SAMUEL BECKETT — João Martins Correia; Sara Freitas Ramos; Isabel Fonseca Vaz; Bianca Jesus

REPRESENTAÇÃO DO SUICÍDIO NA FICÇÃO CINEMATOGRAFICA OCIDENTAL: UMA VISÃO LONGITUDINAL — Núria Santos; António Alho; Ricardo Gasparinho; Liliana Ferreira; Marisa Martins; Nuno Fernandes; Isa Costa; Elisabete Sêco

FENOMENOLOGIA DO RISO: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA OBRA DE HENRI BERGSON — Pedro Macedo; Pedro Mota; Sofia Martins

A GRIEF OBSERVED – THE WISDOM FOUND IN LITERATURE ON LIVING THROUGH LOSS — Cristina Fragoiro; Bárbara Almeida; Carolina Machado; Pedro Moura Ferreira

Sala B / Room B

CRIATIVIDADE E A PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR: UMA ANÁLISE DA EVIDÊNCIA ATUAL À LUZ DE EXEMPLOS DO PASSADO — João Quarenta; Tânia Teixeira; Sofia Neves Martins; Sérgio Ferreira

ERIK SATIE – A PSYCHOPATHOLOGICAL APPROACH — Manuel Gonçalves-Pinho; João Pedro Ribeiro

HOMOSSEXUALIDADE E TERAPIAS DE CONVERSÃO: SEUS LUGARES NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE — Catarina Cunha; Catarina P. Desport; Joana Ribeiro da Silva

CRIATIVIDADE E DOENÇA MENTAL – O MODELO DA VULNERABILIDADE PARTILHADA — Inês Homem de Melo

18h30 — Encerramento dos trabalhos do segundo dia / closing 2nd day

28 outubro/28 October

09h30 — 9ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

TEORIA DO PENSAMENTO CONCRETO NA ESQUIZOFRENIA – DE VIGOTSKY A GOLDSTEIN — Carlos Perestrelo da Silva; Beatriz Abreu Cruz; Teresa Reynolds de Sousa; Inês Simões; João Miguel Pereira

A QUEBRA DE ASSOCIAÇÕES DE E. BLEULER — Carlos Perestrelo da Silva; Beatriz Abreu Cruz; Joana de Freitas Sanches; Inês Simões; João Miguel Pereira

TERAPIA ELECTROCONVULSIVOTERAPIA: UMA HISTÓRIA DE LUZ E SOMBRAS — Carolina Machado; Bárbara Almeida; Cristina Fragoiro; Margarida Passos

TERAPIA CON INSULINA EN PSIQUIATRIA: HISTORIA Y STORIES — Sandra Rodríguez Ramos; Nathanael Antonio Domínguez Osorio; Raquel Fraga Martínez; David Simón-Lorda

Sala B / Room B

LA "REVOLUCIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGÍA" (1960-1975) EN ESPAÑA DEL FRANQUISMO. UN ESTUDIO A TRAVÉS DE LA PUBLICIDAD EN REVISTAS PROFESIONALES — David Simón-Lorda; Nathanael Antonio Domínguez Osorio; Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez Ramos; Cristina Carcavilla Puey

DEL GAS HILARANTE A LOS “WHIPPITS”: HISTORIA Y STORIES DEL ÓXIDO NITROSO — Raquel Fraga Martínez; Sandra Rodríguez Ramos; Nathanael Antonio Domínguez Osorio; David Simón-Lorda

TRATAMENTOS COM MEDICAMENTOS OU TERAPIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS? O QUE SABEMOS E O QUE NÃO SABEMOS NA VISÃO DE UM QUÍMICO — Sérgio P. J. Rodrigues

FENOMENOLOGIA E O SEU CONTRIBUTO PARA A PSIQUIATRIA — Sandra Nascimento; Teresa Mendonça

11h00 — Intervalo / break

11h15 — 10ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

TRATAMENTO DO AGRESSOR SEXUAL – UMA PERSPETIVA HISTÓRICA — Filipa Andrade; Diogo Barbosa; Berta Ramos; Márcia Mota

A HISTÓRIA DA ELECTROCONVULSIVOTERAPIA” — Isa Costa; Nuno Fernandes; Núria Santos; Ricardo Gasparinho; António Alho; Marisa Martins; Liliana Ferreira; Alda Rosa

ELECTROCONVULSIVE THERAPY ON THE BIG SCREEN: A SHOCKING HISTORY? — P. Melo-Ribeiro; F. Gomes-Tavares; M. Mota-Oliveira

A HISTÓRIA DA MALARIOTERAPIA — Isa Costa; Nuno Fernandes; Núria Santos; Ricardo Gasparinho; António Alho; Marisa Martins; Liliana Ferreira; Alda Rosa

Sala B / Room B

TERAPIA FAMILIAR E SISTÉMICA: REVISÃO HISTÓRICA — Rita Leite; João Borges; Tiago Santos

STOICISM: THE PHILOSOPHY AT THE HEART OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY — Cristina Fragoeiro; Rodrigo Valido; Pedro Moura Ferreira

ALBERTO BROCHADO E A MUSICOTERAPIA EM PORTUGAL: UMA REFLEXÃO SOBRE OS SEUS TEXTOS / ALBERTO BROCHADO AND MUSIC THERAPY IN PORTUGAL: A REFLECTION ABOUT HIS TEXTS — Nuno Rodrigues Silva; Adrián Gramary

A EVOLUÇÃO DA CONVULSIVOTERAPIA: DO ÓLEO DE CÂNFORA AO ELETRÃO — A.L.R. Costa; J. Alcaface

13h00 — Intervalo para almoço / lunch

III Simpósio Internacional Mulheres e Loucura
III International Symposium Women and Madness

14h30 — 1ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

SYLVIA PLATH Y LA CAJA DE LOS DESEOS: PSIQUIATRÍA, LITERATURA Y SUICIDIO — Celia García-Díaz

HYSTERIA: AN HISTORICAL VISION — Filipa Gomes Tavares, Pedro Melo Ribeiro, Corona Solana

HISTERIA – DO ORGASMO À DOENÇA PSIQUIÁTRICA — Margarida de Barros; Diana Amorim Pires; Filipa Caldas; Catarina Fonseca

ASCENSÃO E QUEDA DA “MÃE ESQUIZOFRENIZANTE”: CONTEXTO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E SOCIOCULTURAIS — Filipa Martins Silva; João Guerra; Otília Queirós

ISABEL DA ÁUSTRIA: O ROSTO IMPERIAL DA ANOREXIA — João B. Fonseca; Mariana Duarte Mangas; Eduarda Machado; Francesco Monteleone; Rosa Rodrigues

Sala B / Room B

JOANA D'ARC – UMA PERCEPÇÃO MISSIONÁRIA — João Pedro Camilo; Marta Roque Pereira

“O PAPEL DE PAREDE AMARELO” POR CHARLOTTE PERKINS GILMAN – UMA EXPERIÊNCIA DO ADOECER PSÍQUICO DA MULHER NO SÉCULO XIX — Inês Carmo Figueiredo; Sara Lima de Castro; Filipa Marques Viegas; Filipa Gonçalves

A PSICOPATOLOGIA DE VIRGINIA WOOLF: DA CRIATIVIDADE À LOUCURA — Liliana Ferreira; Núria Santos; António Alho; Ricardo Gasparinho; Marisa Martins; Nuno Fernandes; Isa Costa; Alda Rosa

DA CRIAÇÃO À DESTRUIÇÃO: O SUICÍDIO DE SYLVIA PLATH — Liliana Ferreira; Núria Santos; António Alho; Ricardo Gasparinho; Marisa Martins; Nuno Fernandes; Isa Costa; Alda Rosa

MARYLIN MONROE - THEORIES ABOUT HER DEATH — Nuno A. Fernandes; Carla Ferreira; Ana Mendes; Marisa A. Martins; Liliana P. Ferreira; Ricardo Gasparinho; Núria Santos; António Alho; Isa Costa; Inês S. Fernandes

16h15 — Intervalo / break

16h30 — 2ª sessão de comunicações / oral presentations

Sala A / Room A

VIRGINIA WOOLF E A TRANSPOSIÇÃO DA MENTE PARA O PAPEL — Joana de Freitas Sanches; Beatriz Abreu Cruz; Carlos Perestrelo da Silva

CATERINA DE SIENA – O JEJUM MILAGROSO À LUZ DO CONHECIMENTO ATUAL — Anaís Vieira; Patrícia Nunes

FRIDA KAHLO E O SOFRIMENTO SUBLIMADO — Mauro Pinho; Daniela Oliveira Martins; Margarida de Barros; Ricardo Gil Faria

FRIDA KAHLO: ARTE E SOFRIMENTO — Ana Margarida Fraga; Daniel Sousa; João Facucho-Oliveira; Margarida Albuquerque; Miguel Costa; Pedro Espada Santos; Pedro Cintra; Adriana Moutinho

Sala B / Room B

MARINA ABRAMOVIĆ : ART WITH A DASH OF MADNESS? — Mariana Mendes Melo; Carolina Rocha Almeida

DONA MARIA I A PIEDOSA – A LOUCA — António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes; Liliana Ferreira; Isa Costa; Elisabete Sêco

A PRIMEIRA RAINHA A GOVERNAR PORTUGAL – D. MARIA I A LOUCA — Carla Ferreira; Ana Mendes Castelo; Nuno Agostinho; Márcia Almendra; Ricardo São João

LADY GAGA: O SUCESSO QUE ESCONDE UMA PROFUNDA DOR — Filipa Martins Alves; Mariana Duarte Mangas; Eloísa Ribeiro

18h00 — Sessão de encerramento / closing session

XI Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental - XI International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / III Simposium Internacional Mulheres e Loucura I International Symposium Women and Madness

COMUNICAÇÕES EM POSTER / POSTERS

LOS ESPACIOS DE LA LOCURA: HISTORIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS SALAS DE HOMBRES Y MUJERES DEL MANICOMIO PROVINCIAL DE MÁLAGA (1900-1950) — Pablo Torres Salomón; María Victoria Torres Díaz; Guillermo Ramos Noguera; Celia García-Díaz

ESCAPAR DEL MANICOMIO: COMPARATIVA DE LAS FUGAS DE HOMBRES Y MUJERES EN EL MANICOMIO PROVINCIAL DE MÁLAGA (1945-1950) — María Victoria Torres Díaz; Guillermo Ramos Noguera; Pablo Torres Salomón; Mario Antonio Muñoz Muñoz; Celia García-Díaz

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS APLICADOS A HOMBRES Y MUJERES EN EL MANICOMIO PROVINCIAL DE MÁLAGA (1945-1950): UNA CONSTRUCCIÓN GENERIZADA DESDE LA PSIQUIATRÍA FRANQUISTA — Guillermo Ramos Noguera; Pablo Torres Salomón; María Victoria Torres Díaz; Mario Antonio Muñoz Muñoz; Celia García-Díaz

EXPOSED SELF – THE ROLE OF SHAME IN MENTAL ILLNESS — Cristina Fragoeiro; Bárbara Almeida; Carolina Machado; Pedro Moura Ferreira

CARLOS VI, REI DE FRANÇA: DE “O BEM AMADO” A “O LOUCO” — Filipa Martins Alves; Filipa Daniela Gomes

SISSI – A ANOREXIA NERVOSA OCULTA PELA ETIQUETA DA CORTE — Margarida de Barros; Mauro Pinho; Daniela Oliveira Martins; Diana Amorim Pires; Ricardo Gil Faria

MADNESS IS ONLY REAL WHEN SHARED: UM CASO CLÍNICO DE FOLIE À DEUX — Maria do Rosário Monteiro; Andreia Norton; Catarina Oliveira

THE HISTORY OF CANNABIS HUMAN USE — Nuno A. Fernandes; João Borges Ferreira; Marisa A. Martins; Liliana P. Ferreira; Ricardo Gasparinho; Núria Santos; António Alho; Maria Assunção Tavares; Inês S. Fernandes

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)
- Maria Gabriela S.M.C. Marinho (Universidade Federal do ABC – UFABC, Brasil)
- Romero Bandeira (Universidade do Porto, Portugal)

Comissão Organizadora

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira, Presidente (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Victoria Bell (Universidade de Coimbra, Portugal)

SHIS



Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível o *Congresso*: desde logo, a Faculdade de Farmácia da Universidade de 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 20**Título**

Mulheres e Loucura — III

Autores (Eds):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Resumo

Esta obra colectiva intitulada *Mulheres e Loucura — III* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que servem de base a apresentações realizadas no *III Simpósio Internacional Mulheres e Loucura* integrado no *XI Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* realizado on line nos dias 26 a 28 de outubro de 2020.

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 logar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9
9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3
10. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5

11. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8
12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5
13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3
14. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2018. 251 p. ISBN: 978-989-99637-8-8
15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5
16. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — I. Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 106 p. ISBN: 978-989-54537-0-2.
17. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 344 p. ISBN: 978-989-54537-1-9
18. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — II. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 97 p. ISBN: 978-989-54537-2-6.
19. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2020. 445 p. ISBN: 978-989-54537-7-1.
20. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — III. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2021. 173 p. ISBN: 978-989-54537-8-8.