

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

MULHERES E LOUCURA

III

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 20

NOTA:

Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: Mulheres e Loucura — III

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

Ano de edição: 2021

ISBN: 978-989-54537-8-8

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
5-6

SYLVIA PLATH Y LA CAJA DE LOS DESEOS: PSIQUIATRÍA, LITERATURA Y SUICIDIO

Celia García-Díaz
7-13

HYSTERIA: AN HISTORICAL VISION

Filipa Gomes Tavares; Pedro Melo Ribeiro; Corona Solana
15-21

HISTERIA – DO ORGASMO À DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Margarida de Barros; Diana Amorim Pires; Catarina Fonseca
23-29

ASCENSÃO E QUEDA DA “MÃE ESQUIZOFRENIZANTE”: CONTEXTO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E SOCIOCULTURAIS

Filipa Martins Silva; João Guerra; Otília Queirós
31-37

JOANA D’ARC – UMA PERCEPÇÃO MISSIONÁRIA

João Pedro Camilo; Marta Roque Pereira
39-44

“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
45-50

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
51-56

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
57-62

VIRGINIA WOOLF E A TRANSPOSIÇÃO DA MENTE PARA O PAPEL

Joana de Freitas Sanches; Beatriz Abreu Cruz; Carlos Perestrelo da Silva
63-69

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
71-75

CATERINA DE SIENA – O JEJUM MILAGROSO À LUZ DO CONHECIMENTO ATUAL

Anaís Vieira; Patrícia Nunes
77-83

FRIDA KAHLO E O SOFRIMENTO SUBLIMADO

Mauro Pinho; Daniela Oliveira Martins; Margarida de Barros, Ricardo Gil Faria
85-87

- FRIDA KAHLO: ARTE E SOFRIMENTO
Ana Margarida Fraga; Daniel Sousa; João Facucho-Oliveira; Margarida Albuquerque; Miguel Costa; Pedro Espada Santos; Pedro Cintra; Adriana Moutinho
89-94
- DONA MARIA I A PIEDOSA – A LOUCA
António Alho; Núria Santos; Marisa Martins; Ricardo Gasparinho; Nuno Fernandes; Liliana Ferreira; Isa Costa; Elisabete Sêco
95-100
- A PRIMEIRA RAINHA A GOVERNAR PORTUGAL – D. MARIA I A LOUCA
Carla Ferreira; Ana Mendes Castelo; Nuno Agostinho; Márcia Almendra; Ricardo São João
101-104
- LADY GAGA: O SUCESSO QUE ESCONDE UMA PROFUNDA DOR
Filipa Martins Alves; Mariana Duarte Mangas; Eloísa Ribeiro
105-110
- 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
111-113
- 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
115-120
- 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
121-126
- SISSI – _A ANOREXIA NERVOSA OCULTA PELA ETIQUETA DA CORTE
Margarida de Barros; Mauro Pinho; Daniela Oliveira Martins; Diana Amorim Pires; Ricardo Gil Faria
127-133
- PATOPLASTIA E PSICOPATOLOGIA NA NARRATIVA DE ANNA KARENINA
Tiago Ferreira; Sara Dehanov
135-140
- SÍNDROME DE ALICE NO PAIS DAS MARAVILHAS:
DA LITERATURA À PSIQUIATRIA
Vera Froes; Miguel Carneiro; Sérgio Esteves; Sandra Torres; Zita Gameiro
141-146
- 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
147-152
- SHARP OBJECTS – A “DOLL HOUSE” DAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS
Margarida de Barros; Diana Amorim Pires; Catarina Fonseca
153-160
- XI CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL / III SIMPÓSIO INTERNACIONAL MULHERES E LOUCURA
161-170

INTRODUÇÃO

A obra *Mulheres e Loucura III* é constituída por textos admitidos a publicação e que estiveram na base de comunicações apresentadas no Simpósio Internacional “Mulheres e Loucura” que integrou o XI Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XI International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health que se realizou em Coimbra nos dias 26 a 28 de outubro de 2020. Inicialmente previsto para a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, foi realizado online, via zoom, em função das medidas de contingência adotadas devido à pandemia de COVID19.

Mais uma vez o Congresso teve um elevado número de apresentações (comunicações orais e *posters*), após seleção científica, o que implicou fazer sessões simultâneas.

Esta reunião científica, de periodicidade anual, realiza-se sempre na Primavera e somente a situação de incerteza vivida em função da pandemia levou ao adiamento da mesma. Em 2020, à semelhança dos anos anteriores, deu-se continuidade ao seu perfil internacional. O Congresso contou com a presença de investigadores de múltiplas áreas, desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal, de Espanha e da Roménia.

É de sublinhar a regularidade deste congresso e a sua integração na dinâmica científica 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 e no plano de atividades da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS.

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

O XI Congresso foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS com a colaboração científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20.

A SHIS foi fundada em 2011 e tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica. Passam neste ano de 2021 dez anos sobre a sua fundação e, por isso, este livro é também uma maneira muito justa de celebrar o décimo aniversário da instituição.

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

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

No III Simpósio Internacional Mulheres e Loucura, as temáticas propostas foram as seguintes:

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.

Terminamos com um vivo agradecimento a todas e a todos os que colaboram nesta obra pois são os investigadores-autores deste livro. Sem o seu trabalho e empenho, este livro não seria possível.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

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

SYLVIA PLATH Y LA CAJA DE LOS DESEOS: PSIQUIATRÍA, LITERATURA Y SUICIDIO

Celia García-Díaz

Historia de la Ciencia. Universidad de Málaga
Profesora asociada de Historia de la Ciencia. Psiquiatra
Email: celiagarciad@uma.es

Resumen:

Sylvia Plath (1932-1963) fue una escritora estadounidense, conocida fundamentalmente por su obra poética. Su obra más estudiada desde un enfoque patobiográfico ha sido “La campana de cristal”, una novela con un marcado tinte biográfico. En 2017, una editorial española (Nórdica) reeditó “La caja de los deseos” un libro donde se recopilaban todos sus relatos, publicado tras su suicidio en 1963. Aquejada de episodios depresivos graves desde su juventud, Sylvia Plath consiguió plasmar en alguno de estos escritos su particular visión de los tratamientos que le fueron aplicados, como el electrochoque. El objetivo de mi trabajo será mostrar cómo en su relato “Johnny pánico y la biblia de los sueños” se plasmaron referencias a su visión sobre la psiquiatría y los tratamientos recibidos. A través de su escrito trataré de señalar relaciones entre su biografía y su producción literaria desde una perspectiva de género que propone la segunda ola feminista como marco histórico de su proceso.

Palabras clave: Sylvia Plath, feminismo, literatura, psiquiatría, suicidio.

Abstract:

Sylvia Plath (1932-1963) was an north american writer known for her poetry work. Her book “The bell jar” has been her most studied literary work from a pathobiographical approach, a novel with a marked biographical tinge. In 2017, an spanish publisher (Nórdica) reedited “La caja de los deseos” a book that compiled all her stories which were publicated after she committed suicide in 1963. Suffering from severe depressive episodes since she was a teenager, Sylvia Plath managed to capture in some of these stories her particular vision about psychiatric treatments like electroshocks. The aim of this work will be to show her critical position to the psychiatry and agressive treatments in her story “Johnny panic and the bible of dreams”. THrough her writing I will try to point out relationships between her life and her literary production from a gender perspective which is proposed as a historical framework in her process by the second feminist wave.

Key words: Sylvia Plath, feminism, literature, psychiatry, suicide.

Introducción

A partir de la llamada Segunda Ola feminista, es decir, el feminismo de los años 60-70, diferentes autoras han señalado el importante papel que la psiquiatría desarrolló en la legitimación de un estereotipo femenino ajustado a las necesidades sociales de los países occidentales. Autoras como Phyllis Chesler o Elaine Showalter, entre otras muchas, subrayaron en sus trabajos cómo el paradigma emergente de una nueva especialidad

psiquiátrica usó la locura en las mujeres como estrategia en esta legitimación. Esta situación fue más obvia en Estados Unidos, durante la década de los años 50 y 60, donde el ideal femenino que se popularizó mostraba una mujer abnegada, cuidadora de su marido y sus hijos, transmisora de valores morales religiosos, y sin inquietudes más allá de las cocinas de sus casas. En este contexto, Sylvia Plath creció y se desarrolló como escritora, a caballo entre su pasión (la escritura) y el rol exigido de madre, esposa abnegada y la conciencia religiosa. Esta encrucijada subjetiva fue mostrada por ella misma en su obra “La caja de los deseos”. El objetivo de este trabajo es releer el relato “Johny pánico y la biblia de los sueños”, identificar los elementos subjetivos de la autora, y ponerlos en relación tanto con el contexto político-social de la época como con el papel coercitivo de una psiquiatría al servicio de la opresión de las feminidades disidentes.

Biografía y obra

Sylvia Plath nació en Estados Unidos en 1932 en Boston, Massachusetts. Fue criada en el seno de una familia de clase media. Su madre Aurelia Schober, de origen austríaco, era profesora de inglés y alemán; su padre, Otto Plath, nacido en Alemania, era entomólogo de profesión. Sylvia creció como una niña frágil, sensible e inteligente, comenzando de forma muy precoz a escribir poesía. En 1940 el fallecimiento de su padre a causa de una diabetes acentuó aún más su inseguridad, sufriendo desde su adolescencia episodios depresivos.

Ya en el instituto publicó su primer relato corto, aunque su primera obra galardonada y más reconocida vio la luz cuando ella estaba en la universidad, en 1952. Cursó estudios en el Smith College de Northampton entre 1950 y 1955, donde tuvo su primer intento de suicidio, al ingerir pastillas para dormir de su madre. Posteriormente, consiguió una beca Fullbright, lo que le permitió viajar a Inglaterra y asistir a la Universidad de Cambridge en 1955. Allí, conoció a Ted Hughes, un poeta inglés con el que se casó en 1956. Tuvieron dos hijos, Frieda nacida en 1960 y Nicholas en 1962. Como curiosidad, al casarse, viajaron a España, concretamente a Benidorm, en viaje de novios.

Publicó el poemario “El coloso” en 1960, y tres años después, su novela “La campana de cristal”, autobiográfica, y firmada con pseudónimo, Victoria Lucas. Tres años después de la publicación de esta novela, donde la protagonista, Esther Greenwood, sufría de fuertes depresiones, Sylvia se suicidó metiendo la cabeza en el horno de gas de madrugada. Un acto completamente premeditado, ya que se ocupó de poner toallas en las rendijas de las puertas para evitar que el gas pudiera afectar a sus hijos, les dejó el desayuno preparado, como último acto de amor hacia ellos. Un tiempo antes, había descubierto que su marido tenía una amante, Assia Guttman, esposa de otro poeta londinense, que también consumó el suicidio en 1969. El resto de su obra fue publicada póstuma. En poesía, entre 1965 y 1972 se publicaron poemarios como “Ariel”, “Cruzando el agua” y “Árboles Invernales”. En 1977 se publicó “La Caja de los deseos”, una colección de relatos, y fragmentos de sus diarios. En 1981 se le otorgó el premio Pulitzer.

El contexto

La obra de Sylvia Plath ha sido abordada desde los años 70 por diferentes investigadoras que han llegado a hacer de ella un mito y un icono feminista. Algunas estudiosas de su obra subrayan que el contexto de su producción literaria, la guerra fría, ha podido definir su producción literaria. El rol de la mujer en los Estados Unidos de los años 50 era un rol

opresivo, con una intensa misoginia hacia las feminidades disidentes, y con fines de “reconducir” a las mujeres hacia estereotipos de cuidados y ámbito de la esfera privada, con la idea de la familia perfecta como eje central (Ferreira y Dos Santos, 2017, p. 8). Esta idea dio lugar a una amplia difusión por los medios de comunicación de un estereotipo de mujer que algunas autoras han puesto en relación con una reorganización del mercado de trabajo tras la Segunda Guerra Mundial. Como en otros conflictos, durante la guerra los hombres fueron llamados a filas, mientras que las mujeres tuvieron que compatibilizar las tareas domésticas con actividades en fábricas, industrias e instituciones. Al terminar el conflicto, los hombres volvieron, y era necesario “devolver” a las mujeres al espacio doméstico. Esta idea fue relacionada con el “deber patriótico” de dejar de nuevo a los hombres recuperar sus puestos de trabajo. Sin embargo, las mujeres mostraron resistencia, organizando lo que podemos llamar un movimiento proto feminista ya en los años 50 (Ferreira y Dos Santos, 2017, p. 8)

Según Elaine Showalter, se pueden distinguir dos voces en los escritos de mujeres: una voz que cuenta una historia dominante y otra voz que está silenciada (Ferreira, 2017, p. 5). Showalter señaló la existencia de tres fases en la escritura de las mujeres: una primera fase “femenina” parecida a la producción de los hombres; otra “feminista” donde se revela contra la primera, y la tercera fase, como “mujer”, dando paso a una feminidad autodescubierta. Sin embargo, Showalter explica que estas fases pueden darse solapadas, o en diferente orden: “These are obviously not rigid categories, distinctly separable in time, to which individual writers can be assigned with perfect assurance. These phases overlap; there are feminist elements in feminine writing, and viceversa. One might also find all three phases in the career of a single novelist. (SHOWALTER, 1999, p. 13, citado en Ferreira y Dos Santos, 2017, p. 5)

La producción literaria de Sylvia Plath destila un ánimo depresivo y un miedo al vacío interior que se instaló en ella desde muy joven. Escribir era para ella una experiencia necesaria con la que contrarrestar este sentimiento de vacío, que a momentos conseguía mitigar escribiendo, sin evitar que, al poco tiempo, volvieran a aparecer estos sentimientos. Para ella, no escribir era una pérdida de tiempo, era tiempo desperdiciado. Ted Hughes señalaba el carácter chamánico de la poesía, mientras Sylvia recogía en algunas frases que escribir era como tener una experiencia religiosa, con frases como “escribir es la responsabilidad más pesada del mundo” o “tus propios límites te crucificarán”. Sólo en la vorágine de la poesía encontraba esta autora la liberación de esos límites, pero siempre con restricciones (Bollman, 2007, p. 36).

Como refería Virginia Woolf, las mujeres necesitaban para escribir “una habitación propia”. Hablaba de la necesidad de poder ser íntegras, en el sentido de poder sentirse ciudadanas de derecho, poder llegar a la autonomía económica. Así, reconocía que una mujer podía llegar a ser una gran escritora a pesar de no tener dinero suficiente como para pagar sus facturas; pero en este sentido, Woolf planteaba que las mujeres sometidas a esta dificultad podían restar fuerza a su arte (Bollman, 2007, p. 37). Woolf señaló la tensión entre “los deberes de las mujeres” (actividades domésticas, cuidado de los hijos...) y la pasión por las artes, en el caso de Sylvia Plath, de la literatura. Esta contradicción fue llamada por Virginia Woolf “La lucha con el ángel de la casa”. Ese ángel era una representación fantasmagórica de una mujer que te exige que te comportes según el mandato de género de la época en la que vives. En su momento, a principios del siglo XX, estos mandatos tenían que ver con ser amable,

comprensiva, desinteresada, abnegada, ávida de armonía. Este ángel se interpone constantemente entre la autora y su obra (Bollman, 2007, p. 38).

Otras autoras señalan el matiz de “outsider” que Sylvia Plath planteaba en sus viajes trasatlánticos. Al conocer a Ted Huges, regresaron a Estados Unidos donde ella sentía que la poesía era más fresca y moderna, asociando cierto clasismo a la producción poética en Inglaterra. Sin embargo, terminaron volviendo a Londres, donde ella reconoció en una carta a su madre “Ted estará mejor allí”, pero no ella, que mantuvo un cierto carácter de exiliada. Esta decisión alimentó un ambivalente punto de vista sobre Estados Unidos, criticando el sueño americano de casa e hijos, el consumismo extremo, y el acceso a aparatos eléctricos que hacían más fácil lo doméstico (hecho que echaba de menos en Inglaterra). Cuando se separó de Huges, no atendió a su madre que le decía que volviera a Estados Unidos, por miedo a perder lo que había conseguido de prestigio en el ambiente literario de Inglaterra. A pesar de la fama que llegó a alcanzar en su último año de vida, siendo entrevistada por BBC, ella seguía experimentando esta suerte de exilio: ‘As far as language goes I’m an American, I’m afraid, my accent is American, my way of talk is an American way of talk, I’m an old-fashioned American.’ (citado en Anderson, 2007, p. 181).

La caja de los Deseos: “Jonny Pánico y la biblia de los sueños”

La *Caja de los Deseos* es un compendio de relatos en prosa publicado póstumo en 1977. Dentro de este compendio destacaré un relato que la autora escribió en diciembre de 1958 titulado “Johnny pánico y la biblia de los sueños”. Sylvia estuvo sometida a tratamiento con electrochoques tras el último intento de suicidio. No es difícil rastrear en su escritura puntos donde su biografía y la ficción coinciden y caminan juntas. En el relato, cuenta cómo la protagonista, que trabaja en lo que parece ser un psiquiátrico estadounidense como administrativa, cree que el mundo está controlado por el pánico, personificado en Johnny Panic, y que se materializa en los sueños de cada individuo que acude al hospital. Ella se propone transcribir estos sueños y los recopila en lo que llama “Biblia de los sueños”. En el siguiente párrafo describe a uno de esos pacientes que ingresó en la planta psiquiátrica:

“Recuerdo a un tipo... Este tipo, con todo lo buen católico que era, joven y recto y todo, tenía un miedo espantoso a la muerte. Estaba muerto de miedo por si iba al infierno. Trabajaba a destajo en una fábrica de tubos fluorescentes. Me acuerdo de ese detalle porque me pareció divertido que trabajase allí, con el miedo que resultó tener a la oscuridad. Johnny pánico inyecta un elemento poético en este negocio que no se ve en muchos otros sitios. Y por eso tiene mi gratitud eterna”. (Plath, 2017, p.209)

La protagonista, obstinada en realizar su proyecto, decide pasar una noche en el departamento de psiquiatría, trabajando en sus transcripciones. Realidad y ficción se mezclan en su relato, ya que está ambientado en Boston, su ciudad natal, y además Sylvia llegó a trabajar como recepcionista en una unidad psiquiátrica del Hospital General de Massachussets en 1958. En el relato, por la mañana, la protagonista es sorprendida por otro funcionario, que la conduce hacia otra ala del hospital, entre realidades y distorsiones, donde recibirá tratamiento con electrochoques, otro elemento común a la vida de Sylvia.

En el relato la protagonista describe como el espacio era insuficiente y otras especialidades médicas invadían la unidad psiquiátrica:

“los martes y los jueves, por ejemplo, tenemos punciones lumbares por la mañana en una de nuestras oficinas. Si la auxiliar de enfermería se deja abierta la puerta del cubículo, como suele, vislumbro el final de la cama blanca y los sucios pies desnudos del paciente que sobresalen de la sábana, con las plantas amarillas” (Plath, 2017, p. 207).

La autora plantea también una crítica a la profesión psiquiátrica, ideas que pone en boca de la protagonista del relato:

“Día a día veo a los psicomédicos estudiando para arrebatarme a Johnny Pánico sus conversos, por las buenas, las malas y la charla, charla, charla. Esos coleccionistas de barbas pobladas y ojos profundos que me precedieron históricamente y sus herederos contemporáneos con sus batas blancas y sus oficinas con revestimientos de pino nudoso y sus sillones de cuero practicaron y aún practican la cosecha de sus sueños para sus fines materiales: salud y dinero, dinero y salud”. (Plath, 2017, p. 214).

Más adelante relata como ingresó en el psiquiátrico un hombre aquejado de lo que podríamos llamar, un deliro de contagio, con miedo a tocarlo todo, y por supuesto, tocar a alguien. Ella relata en su ficción:

“Al final del tratamiento vino a darle la mano al director de la unidad. Según dijo el propio Harry Bilbo -era un hombre nuevo-. La pura luz de Pánico había abandonado su rostro. Salió de la oficina condenado al destino vulgar que los médicos llaman salud y felicidad” (Plath, 2017, p. 215).

Aquí muestra algo de la idea de cordura asociado a lo vulgar, a lo no auténtico. Según su marido, Sylvia tenía la necesidad de exprimir la realidad, de fijarse en cada detalle, era minuciosa, casi obsesiva en su forma de observar todo lo que le rodeaba. Posiblemente para ella, pasar de una forma tan superficial por las cosas, era ya estar un poco muerta.

Aparece el personaje del director de la unidad, visto como alguien perverso, que la interrumpe de su lectura de expedientes y sueños, y la lleva, casi en volandas, hacia una planta cualquiera del pabellón psiquiátrico.

“el director de la unidad me guía por un pasillo desnudo, iluminado aquí y allá por bombillas encastradas en pequeñas jaulas de alambre en el techo (...) planeo separarme del director de la unidad en la primera señal roja de Salida, pero no hay ninguna. Estoy en territorio desconocido” (Plath, 2017, p. 219).

Más adelante la protagonista se ve atrapada en una celda acolchada, con el director de la unidad y una enfermera. Ella describe el habitáculo así, donde visualiza un aparato de electrochoque: “Una cama blanca que llega a la altura de la cintura, con una sola sábana

estirada encima del colchón, inmaculada y tensa como el parche de un tambor. En la cabecera de la cama, hay una mesa sobre que la descansa una caja cubierta de ruedas y medidores” (Plath, 2017, p. 220).

Tras describir cómo es atada en la cama, cómo le quitan el reloj, los anillos, los alfileres del pelo, la desviste y la cubre con una sábana “virginal” tras ungirle las sienes. A continuación, hace una descripción poética de una sesión de electrochoques, como si de un ritual religioso se tratase:

“Vienen cinco falsos sacerdotes con batas y mascarillas blancas de cirugía, cuyo único cometido en la vida es destronar a Johnny Pánico. Me tumban boca arriba en la cama, Me ponen la corona de alambre en la cabeza, la hostia del olvido sobre la lengua. Los sacerdotes enmascarados se ponen en sus puestos y agarran: uno la pierna izquierda, otro la derecha, otro el brazo derecho otro el izquierdo. Uno detrás de mi cabeza junto a la caja de metal donde no puedo verlo. Desde sus nichos abarrotados, a lo largo de la pared, los creyentes alzan la voz en señal de protesta. Empieza el cántico devocional:

Sólo hay que querer al propio miedo
Amar al miedo es el principio de la sabiduría
Sólo hay que querer al propio miedo
Que haya miedo y miedo y miedo por doquier” (Plath, 2017, p. 221).

Al final del relato, ella describe como la cara de Jonnny Pánico se vuelve a aparecer a la protagonista tras recibir el electrochoque, como algo que la salva, el suicidio como salida, como religión:

“Su amor es el salto de veinte pisos, la cuerda en la garganta, el cuchillo en el corazón. No olvida a los suyos” (Plath, 2017, p. 222).

Conclusiones

En el relato de “Johnny Pánico y la Biblia de los Sueños” la vida de Sylvia y la ficción se trenzan desplegando una serie de elementos que atraviesan su peculiar narrativa. Por un lado, las referencias religiosas son constantes, incluyendo términos como biblia, dios, hostia, corona de espinas, sabana virginal, sacerdotes, ...etc. Llega a usar como metáfora la vida de Jesucristo identificándola como el sacrificio de la vida de una mujer de los años 50 en Estados Unidos. A pesar de la apariencia de Sylvia Plath como mujer estadounidense que podía responder a ese estereotipo de “mujer perfecta”, digna de portadas de revistas, ella se resistió a este estereotipo a través de la producción literaria, donde plasmaba las dificultades de las mujeres para mostrar su subjetividad y su individualidad. Aunque no hablaba de feminismo, sí que consiguió señalar en su obra las contradicciones a las que una mujer se enfrentaba cuando quería desarrollar actividades como la escritura. Elementos como el sentimiento de exilio de su país, la carga moral, la opresiva idea de feminidad, y los elementos religiosos atravesaron su producción literaria, que puede entenderse como una resistencia al poder hegemónico patriarcal de las instituciones sociales, en un momento en que la segunda ola feminista se preparaba para irrumpir con fuerza en el panorama político occidental.

Referencias Bibliográficas

ANDERSON, Linda - Gender, feminism, poetry: Stevie Smith, Sylvia Plath, Jo Shapcott. In CORCORAN, Neil - The cambridge companion to twentieth-century english poetry. Nueva York: Cambridge University Press, 2007, p. 173-186.

BOLLMAN, Stefan - Las mujeres que escriben son peligrosas. Madrid: Maeva, 2007.

FERREIRA, Carla Alexandra.; DE OLIVEIRA, Matheus Torres - Do autobiográfico ao coletivo: uma leitura política da personagem feminina em Johnny Panic and The Bible of Dreams, de Sylvia Plath. *Linguasagem*,27:2 (2017).

FISIAK, Tomasz - Feminist auto/biography as a means of empowering women:A case study of Sylvia Plath's *The Bell Jar* and Janet Frame's *Faces in the Water*. *Text Matters*. 1:1 (2011). DOI: 10.2478/v10231-011-0014-7.

PLATH, Sylvia - La caja de los deseos. Madrid: Nórdica. 2017.



Sylvia Plath

(In: <https://observador.pt/2018/02/11/sylvia-plath-ha-55-anos-morria-o-corpo-e-nascia-o-mito/>)

HISTERIA: UMA VISÃO HISTÓRICA

Filipa Gomes Tavares¹, Pedro Melo Ribeiro¹, Corona Solana²

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro

¹Interno de Formação Específica de Psiquiatria; ²Assistente Hospitalar, Psiquiatria
gomes.fipa@gmail.com; pedroribeiro1905@gmail.com; coronasolana@gmail.com

Palavras-chave: histeria, perturbação conversiva, perturbação de somatização, perturbação dissociativa, perturbação de personalidade histriónica

Resumo

A palavra “Histeria” deriva do termo grego “*hysterá*”, que significa “útero”. A noção de histeria e a sua atribuição específica ao género feminino já vem sendo descrita desde a Antiguidade, nomeadamente no Antigo Egipto, Grécia e Roma Antigas, até à actualidade. A Histeria foi, de facto, a primeira perturbação mental atribuível às mulheres, e sofreu alterações na sua nomenclatura, evoluindo ao longo da história e reflectindo as preocupações e o conhecimento científico da sociedade, próprios de cada época. Esta condição foi portanto abordada tendo em conta várias visões, entre elas, a visão científica, desde Hipócrates até à sua atribuição neuropsiquiátrica, e a demonológica, característica da Idade Média.

O conceito de Histeria, na sua evolução, deu origem a diversos termos como forma de caracterização mais específica, nomeadamente Perturbação de Personalidade Histriónica, Perturbação Conversiva, Perturbação Dissociativa e Perturbação de Sintomas Somáticos.

Abstract

The word "hysteria" derives from the Greek term "hysterá", which means "uterus". The notion of hysteria and its specific attribution to the female gender has been described since antiquity, namely in Ancient Egypt, Ancient Greece and Rome, until today. Hysteria was, in fact, the first mental disorder attributable to women, and it suffered changes in its nomenclature, evolving throughout history and reflecting the concerns and scientific knowledge of society, specific to each era. This condition was therefore addressed taking into account several views, including the scientific view, from Hippocrates to its neuropsychiatric attribution, and the demonological one, characteristic of the Middle Ages. The concept of Hysteria, in its evolution, gave rise to several terms as a form of more specific characterization, namely Histrionic Personality Disorder, Conversive Disorder, Dissociative Disorder and Somatic Symptoms Disorder.

Introdução

A primeira referência à histeria surgiu há cerca de 4000 anos, no Antigo Egipto, e desde então, que esta entidade peculiar tem sido alvo de investigação e de procura de entendimento. Deste modo, o conceito, e o próprio termo de histeria tem mostrado intensa evolução ao longo da História. Assim, é pretendido com o presente trabalho aliciar e embarcar o leitor numa viagem pela literatura existente, num esforço posterior de compreensão e acompanhamento da evolução do termo pelas diversas épocas da Humanidade.

Antigo Egito

O *Kahun Papyrus*, em 1900 aC, foi o primeiro texto médico ginecológico de que se teve conhecimento. Neste, a causa da histeria era associada ao movimento que o útero tomaria de forma espontânea no corpo da mulher.

Posteriormente, em 1600 aC, foi descrito no Eber Papyrus que a histeria se caracterizava por alterações do humor, de tonalidade depressiva, associada a sensação de falta e sensação de morte iminente. Estava ainda descrito a possibilidade de cursar com alterações nos movimentos do corpo, na forma de crises tónico-clónicas. Como proposta terapêutica eram sugeridas algumas técnicas para o reposicionamento do útero: se este se tivesse movimentado para cima (de forma ascendente), deveriam ser colocadas substâncias de odor fétido e com alto nível de acidez na boca e narinas da mulher, e simultaneamente, deveriam ser colocadas substâncias de odor agradável e perfumado perto da vagina; caso o útero de tivesse movimentado para baixo (de forma descendente), era recomendado inverter a aplicação das substâncias, e colocar as de odor fétido perto da vagina e as perfumadas perto das narinas e boca.

Grécia Antiga

De acordo com a mitologia grega, a base do nascimento da psiquiatria reside na experiência da histeria.

No Mito de Euripídia existe uma alusão à prevenção ou mesmo cura do útero melancólico, descrita como “Experiência Dionísica das *Maenads*”. Esta mesma experiência, descrevia que a purificação, ou a catarse, das mulheres que padeciam de histeria, podia ser atingida através do consumo de vinho e pela participação em orgias. Um estado de transe poderia ser alcançado, mediado pelo Sacerdote de Dionísio, levando a um ponto final em todo o conflito existente para com a sexualidade, típica da histeria. A ansiedade histérica era assim aplacada. Na mitologia do argonauta Melampus, está descrito que a histeria feminina se devia ao envenenamento do útero por humores tóxicos, devido à ausência de orgasmos e à existência de uma “melancolia uterina”.

Platão (429 ± 347 aC), atribuía a responsabilidade de sentimentos de agonia das mulheres, como a sensação de falta de ar, sensação de asfixia, mutismo e paralisia, a um útero “errante” ou “perverso”. Esta noção de útero perverso advinha da infelicidade sentida pelo útero quando não se unia ao masculino, e não gerava uma nova vida.

Hipócrates (460 ± 377 aC), foi o primeiro a utilizar o termo “histeria”. Defendia que este órgão feminino se movimentava pelo corpo, de forma inquieta e migratória, e que se dirigia à zona cervical, na garganta na sua tentativa de procurar humidade. Aí, impedia a respiração natural e causava uma sensação de falta de ar. Este “útero em movimento”, causador de mal-estar, era um útero frustrado devido a uma actividade sexual não satisfatória. Deste modo, humores venenosos, neurotóxicos, típicos do género feminino, ficariam estagnados no corpo da mulher, não tendo a possibilidade de serem libertados através do acto sexual, dando origem aos sintomas da histeria.

Roma Antiga

Nesta época, a palavra “*Histrione*” era já utilizada e definia os atores que representavam farsas grosseiras, e os que eram dados à falsidade e à teatralidade.

Aulus Cornelius Celsus (26 aC ± 50 dC) classificava a histeria como uma “epilepsia sem convulsões”.

Soranus (98 dC - ?), foi considerado fundador da Ginecologia e Obstetrícia científicas e escreveu um Tratado sobre doenças femininas. Defendia que a histeria poderia ser combatida através de um comportamento mais reservado, tendo como base a abstinência sexual, e que a virgindade de longa duração, até mesmo perpétua, era a condição ideal para a mulher. Além

disso, Soranus referia ainda que a prevenção da histeria podia ser realizada com banhos quentes e massagens relaxantes.

Claudius Galen (129 ± 216 dC) defendia que a histeria, ou “paixão histérica”, englobava um grande variedade de sintomas - “*Passio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit*” - e que o fluxo menstrual bloqueado e a abstinência sexual eram a causa. Galen enumerava várias formas de tratamento, entre elas a aplicação de ervas, a celebração de um casamento de forma a estimular a vida sexual da mulher, ou através da repressão de estímulos que pudessem excitar as jovens.

Idade Média

Foi Agostinho de Hipona (354-430 dC) quem teve maior influência para a viragem da visão naturalista da histeria para uma visão demonológica. Era defendido que o próprio Diabo poderia incorporar o corpo de uma mulher com histeria, possuí-la, e torná-la uma bruxa.

Vários tratados foram emitidos e difundidos, entre eles *Constantino Pantegni*, compilado por Constantinus Africanus, e os textos do Cânon de Avicena e Arnaldus de Villa Nova. Nestes, as mulheres eram descritas não como doentes, mas como sendo as causadoras de doença humana.

Em bom rigor, nesta época, a mulher era considerada como um “ser física e teologicamente inferior”.

Esta visão foi em parte influenciada por São Tomás de Aquino (1225-1274) e a sua publicação “*Summa Theologica Aristotle*” - que considerava a mulher como um “homem fracassado” e como uma “criatura defeituosa”. Suportava ainda a visão demonológica da mulher, encarando esta através da ideia de “mulher-bruxa”.

A partir do século XIII, manifestações de doença mental eram encaradas como tendo na sua base vínculos obscenos entre as mulheres e o Diabo. Como tal, mulheres que eram “histéricas”, deveriam ser submetidas a exorcismo como tratamento, uma vez que a histeria se devia a uma presença demoníaca. No final da Idade Média o exorcismo tornou-se um castigo e a histeria foi confundida com feitiçaria.

Em 1484, a Bula de Inocência VIII “*Summis desiderantes affectibus*” veio confirmar a caça às bruxas e a obrigação de “punir, prender e corrigir” hereges. Em 1486, foi publicada a pior condenação da doença depressiva e das mulheres ao longo da história ocidental, o “*Mallens Maleficarum*” de Hein Kramer e Jacob Sprenger. Em suma, este texto descrevia que as causas das doenças sem explicação se deviam ao Diabo, e que existia “pecado” na doença mental, pois era considerado que este Ser do Mal era um grande especialista da natureza humana e que podia interferir com maior eficácia numa pessoa suscetível à melancolia ou à histeria. Uma vez que a histeria era considerada uma doença feminina, seriam as mulheres a ter menos fé e a sofrer de maior número de delírios.

Até ao século XVIII, tendo como base este texto, milhares de mulheres inocentes foram condenadas à morte com base em “provas” ou “confissões” obtidas por meio de tortura.

Embora esta visão “demonológica” da histeria abundasse, algumas impressões do foro científico obtinham a sua luz: era relativamente frequente o uso de Melissa, em chá ou em concentrados, como calmante natural e redutor de ansiedade, além de também ser utilizada nos casos de insónia, epilepsia, síncope ou estados melancólicos.

Os conceitos hipocráticos de Melancolia e Histeria descritos em tempos mais antigos, acabaram por ser, no entanto, difundidos pela Europa, muito graças ao trabalho de dois cientistas: Avicena (980-1037) e Maimonides (1135-1204), e através das Escolas médicas de Salerno e Montpellier.

Renascimento

Uma das atitudes que visavam o tratamento da mulher com histeria era assegurada por parteiras. Estas inseriam os seus dedos na vagina da mulher de forma a estimulá-la e a atingir

o orgasmo. Giovan Battista Codronchi (1547-1628) referia que este procedimento deveria ser realizado por guias espirituais, ao invés de parteiras.

Girolamo Cardano (1501-1576) e Giovanni Battista Della Porta (1535-1615) exploraram a visão científica da doença mental e descartavam, a hipótese de possessões demoníacas como causa. Identificaram no entanto, a origem de certos comportamentos em determinados fumos, água poluída, na sugestão ou na aquisição de certas substâncias que tinham a capacidade de induzir “visões” e “imagens”.

Johann Weyer (1515-1588) entendia que as “bruxas” não eram bruxas, mas sim doentes mentais e que deveriam ser tratadas por médicos ao invés de sofrerem interrogatórios por eclesiásticos. Em 1563 publicou “*De prestigiis Daemonum*” que consistiu num livro que refutou passo a passo o texto anterior “*Malleus Maleficarum*”.

No entanto, para os médicos da época, o útero ainda era o órgão que permitia explicar a vulnerabilidade da fisiologia e da psicologia das mulheres: o conceito de inferioridade em relação ao homem ainda não estava ultrapassado. A histeria ainda era considerada como o “símbolo” da feminilidade.

Era Moderna

A Era Moderna é demarcada pelo nascimento da ciência médica moderna, através da influência de Andreas Vesalius, com o seu famoso livro “*De humani corporis fabrica*”, em 1543; do cirurgião Ambroise Paré (1510-1590), e de René Descartes (1596-1650), que defendia a ligação entre mente e alma e explicava como as ações atribuídas à alma estão realmente ligadas à órgãos do corpo.

Thomas Willis (1621±1675) teve o seu contributo no que refere a estudos e avanços relativamente à anatomia do cérebro. Sugeriu ainda que a histeria poderia ter uma causa neurológica.

Thomas Sydenham (1624-1689) escreveu um tratado sobre a histeria “*Epistolary Dissertation on the Hysterical Affections*”, descrevendo a condição “*Proteus*”, cuja sintomatologia de foro histérico podia simular quase todas as formas de doenças orgânicas. Como tal, o útero não era a causa primária da doença, uma vez que a histeria atingia ambos os géneros, feminino e masculino, e ainda indivíduos com maior status socioeconómico.

Joseph Raulin (1748) definiu histeria na sua obra como uma “*vaporeuse*” do afeto e como sendo uma doença causada pelo ar fétido das grandes cidades e da vida social rebelde. Afectaria ambos os géneros, mas seriam as mulheres a possuir um maior risco, devido ao facto de serem preguiçosas e irritáveis.

A publicação da “*Synopsis Nosologiae Methodicae*” por William Cullen (1769) traz uma nova visão da histeria com a sua classificação no grupo das neuroses.

Pierre Roussel (1775) descreve na sua publicação do tratado “*Systeme physique et moral de la femme*”, que a histeria seria uma doença explicada pela não realização do desejo natural, o de ser mãe, e restringiu, desta forma, a mulher a um papel específico: “mãe e guardiã da virtude”. Com o Iluminismo surgiu uma época de rebelião crescente contra a misoginia: a feitiçaria tornou-se assunto para psiquiatras, e com a publicação de *Encyclopédie*, a doença mental foi por fim enquadrada na “visão científica”. Causas e sintomas da histeria e da melancolia estariam ligados à teoria do humor, e não a feitiçaria ou demónios.

Franz Anton Mesmer (1734-1815) identificou um fluído que circularia no corpo denominado de “magnetismo animal”. O seu método, o “*Mesmerism*”, consistia na manipulação do fluído através de um íman, imagens mentais, gestos com as mãos ou métodos de toque. Curiosamente, observou que a sugestão poderia ser um outro método de tratamento. Durante o procedimento terapêutico poderiam ser induzidos estados de anestesia, paralisia ou convulsões histéricas, além de personalidades separadas em indivíduos serem passíveis também de surgir.

Philippe Pinel (1745-1826), integrou a histeria no grupo das “Neuroses” na sua obra *“Nosographie Philosophique”*, em 1813.

Griesinger (1817-1868) defendia que a histeria se relacionava não só com problemas genitais e frustração sexual, mas também a histeria poderia ter a sua etiologia no cérebro.

Ernst von Feuchtersleben (1765-1834), no seu *“Textbook of Medical Psychology”* (1845) fez a primeira descrição psicossocial do que se viria a tornar a personalidade histriónica. Caracterizava as mulheres histéricas como sendo sexualmente elevadas, egoístas e “superprivilegiadas com saciedade e tédio”.

Pierre Briquet (1796-1881) no seu *“Traité Clinique et Therapeutique de L’Hysterie”* (1859), rejeitou a ideia da origem uterina da doença e considerou-a uma “neurose do cérebro” em alguém do “tipo histérico”, contribuindo deste modo para o desenvolvimento do conceito de Perturbação de Personalidade Histriónica. Defendia que o tipo de traços de personalidade eram a base para o desenvolvimento dos perturbações do tipo histriónico.

Babinski (1857-1932) na sua actividade observou várias “curas” por sugestão, salientando o termo *“Pitiatisimo”*, de origem grega, que significa: criado por sugestão e curável por persuasão.

Jean Martin Charcot (1825 ± 1893) recorria ao uso da hipnose e estudou a sua eficácia na histeria através do estudo dos fenómenos histéricos, da neurofisiologia subjacente e dos mecanismos psicogénicos relacionados ao trauma das neuroses histéricas. Denominou dois tipos de histeria: com e sem convulsões e descreveu quatro estadios da histeroepilepsia: 1) epileptóide, 2) contorções e posturas acrobáticas - *clownism*, 3) atitudes passionais e 4) delírio final. Descreveu ainda a “Demonomania” como uma forma de histeria, que consistia em estados desconectados de consciência e episódios de contorções musculares. Charcot caracterizou a histeria como uma “Neurose” de base orgânica e descreveu características clínicas permanentes em pacientes que também eram propensos a ataques paroxísticos, os “estigmas”: disfunção sensorial, hiperexcitabilidade e estreitamento do campo visual. Descrevia que o comprometimento neurológico era de natureza dinâmica e produzido por processos mentais inconscientes. Defendia ainda que este distúrbio neurológico era mais comum entre o género masculino, ao invés do outrora descrito.

Ainda assim, mesmo o avançar do olhar científico sobre a histeria, a visão demonológica manteve-se: é descrito um surto de histeria na aldeia de Salem (Massachusetts) no qual mulheres apresentariam sintomas bizarros, como olhar fixo, ruídos estridentes e abafados, saltos descontrolados e movimentos repentinos podiam ser observados. 19 mulheres foram enforcadas e 100 foram detidas por terem sido consideradas bruxas. Posteriormente, no final da Segunda Guerra Mundial, Marion Starkey descreve o sucedido em Salem como sendo o resultado de mulheres jovens reprimidas pelo puritanismo, e que a histeria seria a consequência de conflitos sociais na época.

A última “bruxa”, Anna Göldi, foi condenada à morte na Suíça em 1782, mesmo 10 anos após a publicação dos últimos volumes da *Encyclopédie*.

Era Contemporânea

A descrição da histeria como uma variedade de sintomas corporais experimentados por um único paciente foi rotulada de Síndrome de Briquet. Em 1859, Paul Briquet fez a sua primeira caracterização, fazendo referência a queixas físicas variadas e inexplicáveis, sintomas neurológicos como amnésia, paralisia, anestesia, dor, espasmos e crises convulsivas.

O neuropsiquiatra Pierre Janet (1859-1947) foi o primeiro a salientar o termo dissociação - representação da divisão anormal dos processos mentais, resultando na compartimentação da personalidade em segmentos inacessíveis um ao outro. Referia ainda que a dissociação surgia autonomamente por motivos neuróticos e perturbava a vida do paciente. Utilizava a hipnose “baseada na sugestão e na dissociação” e defendia-a como sendo um instrumento muito poderoso de investigação e terapia. A histeria, para Janet, resultava da própria ideia

que o paciente tinha da sua doença, que conseqüentemente se traduzia em sintomas físicos, e por esse motivo, a razão da histeria estava na “*idée fixe*”, ou seja, o subconsciente ou subconsciente. Para além destes aspectos, estudou cinco sintomas de histeria: anestesia, amnésia, abulia, perturbações motoras e de caráter.

Lewis Yealland (1884-1954) contribuiu para a evolução do conceito de histeria através do seu estudo com 196 soldados que apresentavam sintomas motores e sensoriais funcionais, convulsões funcionais e distúrbios somatoformes, resultantes e posteriores ao testemunho de explosões - “*Shell Shock*” (“choque de granada”).

Sigmund Freud (1865-1939) publicou com Joseph Breuer (1842-1925) o “*Studies on Hysteria*” onde era descrito o caso de Anna O. - personalidades duplas e episódios de amnésia, paralisia, afonia, surdez, diplopia, alucinações visuais de cobras, distúrbios de memória e perda da capacidade de falar sua língua nativa. Identificou três tipos de histeria: defensiva, retentiva e hipnóide. No entanto, definiu ainda o conceito de histeria conversiva, em que ideias ou memórias demasiado desagradáveis para a consciência eram reprimidas no inconsciente e “convertidas” em sintomas físicos para resolver conflitos psicológicos insuportáveis. Despoletou ainda um novo paradigma, pois considerava a histeria como um distúrbio causado pela falta de evolução libidinal, sendo o fracasso da concepção o resultado, não a causa da doença. Descreveu também o conceito de “ganhos secundários” em que o paciente manipulava o ambiente para atender às suas necessidades.

Ernst Kretschmer (1888-1964), estabeleceu uma tipologia e sugeriu que as histéricas “teriam preferência pelo que era barulhento e vivido inclinação pela teatralizada e protagonismo, e um egoísmo ingénuo e mal-humorado”. Considerou que seria de grande importância a criação de critérios diagnósticos que permitissem a diferenciação de uma perturbação de simulação.

Otto Fenichel (1897-1946), adicionou a característica de pseudo-hipersexualidade, ou a tendência a sexualizar todas as relações não sexuais.

Wilhelm Reich (1897-1957) fez a primeira descrição psicanalítica detalhada do estilo de personalidade histérica: forma teatral de caminhar, de olhar ou de falar, adicionada por reacções inconsistentes associadas a tendência para frustração.

Easser e Lesser (1965) procuraram integrar duas abordagens anteriores diferentes: a escola de psicologia do ego e a teoria da libido de Freud. Uma nova classificação foi proposta: personalidade histérica e a personalidade “histeróide”, ou a actual borderline.

Zetzel (1968) fez uma divisão em “bons” e “maus” histéricos, possuindo os últimos egos fracos e relações objetais pobres, características que se assemelhavam a pacientes borderline. Paul Chodoff (1974) fez a alteração para o termo “histriónico”, pois a descrição da “mulher histérica” como lábil, egocêntrica, sedutora, frígida e infantil, foi considerada por si, pejorativa.

Os cognitivistas Beck *et al.* (2004) descreveram a personalidade histriónica como sendo centrada na falta de confiança e na manipulação de “cuidadores”. Para além disso referiam que as crenças centrais seriam “Eu sou inadequado e incapaz de lidar com a vida sozinho” e “É necessário ser amado por todos, o tempo todo”.

A Evolução ao longo do DSM

DSM-I (1952): sem categoria para personalidade histriónica; continha termos como “reação dissociativa” e “reação de conversão”.

DSM-II (1968): abandono do termo histeria; por influência psicanalítica houve necessidade de diferenciar as perturbações da personalidade de outras neuroses com o mesmo nome (personalidades histéricas, obsessivo-compulsivas e neurasténicas, e neuroses); também incluiu um diagnóstico separado de “neurose de despersonalização (síndrome de despersonalização)” e um diagnóstico de “neurose hipocondríaca”.

DSM-III (1980): substituição do termo histérico para histriónico; sintomas histéricos são, de facto, agora considerados como manifestações de distúrbios dissociativos.

DSM-III-R (1987): quatro critérios para diagnóstico de perturbação de personalidade histriónica.

DSM-IV (1994): critérios de diagnóstico para PPH aumentam para cinco.

DSM-V (2013): critérios de diagnóstico de PPH actuais; perturbação somatoforme evolui para perturbação de sintomas somáticos e perturbações relacionadas; remoção de perturbação de somatização; abandono dos termos hipocondria, perturbação de dor e perturbação somatoforme; alteração de perturbação de conversão para perturbação de sintomas neurológicos funcionais.

Considerações Finais

Ao longo da história, cerca de 4000 anos, foi possível verificar a evolução do conceito de histeria, em grande parte, devido à evolução da sociedade, em termos de ciência, saúde, religião e relações inter-humanas e inter-género. Estas mudanças sociais pareceram oferecer um substrato fértil para a evolução de sistemas de interpretação da realidade complexos, para atribuição de causas, de controlo de eventos, e de emoções vivas.

Desde as primeiras tentativas de estabelecimento de critérios diagnósticos na histeria, considerando a etiologia, a definição e até a existência dessa condição, que existiu sempre espaço para controvérsia. A preocupação com o estigma e a falta de especificidade do termo histeria levou à sua presença residual nas classificações modernas, mas o tema e seu diagnóstico moderno que emergiu do conceito original mantiveram sua atualidade e importância na prática clínica.

Referências Bibliográficas

EJAREH, M. e KANAAN, R. Uncovering the etiology of conversion disorder: insights from functional neuroimaging. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [Em linha]. Vol. 12, (2016), p. 143–153. [Acedido a 14 de março 2020]. Disponível na Internet DOI: 10.2147/NDT.S65880

FEINSTEIN, A. Conversion disorder: advances in our understanding. *CMAJ* [Em linha]. Vol 183, n.o 8 (2011), p. 915-920. [Acedido a 14 de março 2020]. Disponível na internet DOI: 10.1503cmaj.110490

NORTH, C. S. The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav. Sci.* [Em linha]. Vol 5, (2015), p. 496-517. [Acedido a 12 de março 2020]. Disponível na Internet DOI: 10.3390/bs5040496

NOVAIS F., ARAÚJO, A. e GODINHO, P. Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in Psychology* [Em linha]. Vol. 6, n.o 1463 (2015). [Acedido a 5 de out. 2020]. Disponível na Internet DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01463

TASCA, C. et al. Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* [Em linha]. Vol. 8 (2012), p. 110-119. [Acedido a 12 de março 2020]. Disponível na Internet DOI: 10.2174/1745017901208010110

TEIVE, H. et al. 126 hysterical years - the contribution of Charcot. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Em linha]. Vol. 72, n.o 8 (2014), p. 636-639. [Acedido a 16 de out. 2020]. Disponível na Internet DOI: 10.1590/0004-282X20140068.



Charcot e a histeria: demonstraco
(In: <https://psiconline.com/2015/06/em-que-consiste-a-histeria.html>)

HISTERIA – DO ORGASMO À DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Margarida De Barros¹, Diana Amorim Pires², Filipa Caldas³, Catarina Fonseca⁴

^{1,2,3,4}Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

^{1,2,3}Interna de Formação Específica de Psiquiatria,

⁴Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria

Emails: margaridabarros17@gmail.com; DianaAmorimPires@hmlemos.min-saude.pt;

FilipaCaldas@hmlemos.min-saude.pt; CatarinaFonseca@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

A histeria referia-se a uma doença feminina causada por alterações no funcionamento uterino. Na medicina hipocrática, mulheres com aumento da libido, comportamentos sexuais desviantes e comportamentos impulsivos eram diagnosticadas com histeria. Em 1653, o tratamento pela estimulação clitoriana passou a ser preconizado, com o objetivo de ser atingido o “paroxismo histérico”, vulgo orgasmo. Já na Inglaterra Vitoriana, o médico Joseph Granville inventou o vibrador movido à manivela como tratamento e, em casos mais graves, era mesmo realizada a histerectomia. Na segunda metade do século XIX, Charcot considerou-a um estado mental dinâmico e, posteriormente, Freud associou-a a eventos traumáticos e impulsos reprimidos. A partir de 1980, o termo caiu em desuso e foi eliminado das classificações médicas. Atualmente, esta patologia enquadra-se na categoria das perturbações somatoformes.

Assim, o objetivo deste trabalho é refletir sobre a evolução deste conceito, com recurso à análise cinematográfica de *“Boas Vibrações”*, *“Um Método Perigoso”* e *“Augustine”*.

Palavras-chave: histeria; vibrador; cinema; psiquiatria

Abstract

Hysteria used to refer to a female disease caused by changes in uterine functioning. In hippocratic medicine, women with increased libido, deviant sexual and impulsive behaviours were diagnosed with hysteria. In 1653, treatment by clitoral stimulation was established, with the objective of reaching the “hysterical paroxysm”, commonly known as orgasm. In Victorian England, the doctor Joseph Granville invented the handheld electric vibrator as treatment and, in severe cases, even hysterectomy was performed. In the mid-19th century, Charcot considered it to be a dynamic state of mind, and later, Freud associated it with traumatic past events and repressed impulses. Since 1980, the term fell out of use and was eliminated from medical classifications. Currently, this pathology falls under the category of somatoform disorders.

Thus, the objective of this work is to reflect on the evolution of this concept, using the cinematic analysis of *“Hysteria”*, *“A Dangerous Method”* and *“Augustine”*.

Introdução

Não podemos falar de histeria sem mencionar a história do conceito ou do estigma associado à doença mental. Se existe conceito psiquiátrico que evoluiu ao longo do tempo, sempre com falta de consenso, foi o conceito de histeria. Desde a associação apenas ao género feminino, à falta de relações sexuais e a problemas uterinos e até à possessão demoníaca, a histeria passou por tudo. Um dos motivos para tanta discussão é a dificuldade diagnóstica, baseada na clínica, e na sobreposição com sintomas neurológicos.

Sendo assim, inicia-se esta jornada pela revisão conceptual da histeria, recorrendo à análise das películas “Boas Vibrações”, “Um Método Perigoso” e “Augustine”.

A evolução do conceito de Histeria ao longo da História

A Histeria na Antiguidade

As primeiras referências à histeria datam da Antiguidade Egípcia, apesar de o termo ter sido cunhado apenas posteriormente a partir do étimo grego para útero “*hysterá*”, direcionando logo a patologia para o género feminino.

No Antigo Egipto, pensava-se que a doença resultava dos movimentos verticais do útero a partir da sua localização pélvica normal. A razão pela qual se achava que o útero era impellido a deslocar-se desta forma derivava da ideia da imperfeição do corpo feminino, que, sendo húmido e frio, fazia com que o órgão migrasse em busca de locais mais quentes e confortáveis. Os sintomas corresponderiam ao órgão para onde o útero se deslocaria e, assim, surgiria o *sintoma histérico*, como os desmaios, a catalepsia e a falta de ar.

Mais tarde, os Gregos adotariam esta mesma teoria, acrescentando que a histeria apresentava uma associação importante com a vida sexual, mais especificamente, com a sua falta ou insatisfação com a mesma. Platão descreveu a mulher como sendo uma *criatura mais animal do que divina* e considerava que o útero tinha vontade própria, podendo movimentar-se dentro do corpo e, mediante o sítio onde repousava, causava uma miríade de sintomas típicos dessa localização.

Já Galeno, na Roma Antiga, era um dos médicos que entendia que era a falta de atividade sexual que estava na génese desta patologia, uma ideia já introduzida pelos gregos – não havendo relação sexual, o “esperma feminino”, uma substância produzida pelo aparelho reprodutor da mulher, ficaria retido no corpo da mesma e causaria envenenamento e afetaria os *humores*. Esta hipótese ia de encontro ao facto de se achar que as mulheres mais afetadas seriam as virgens, viúvas ou celibatárias.

Foi então que, com Hipócrates, no século V a.C., o diagnóstico de histeria foi completamente assumido e reconhecido como uma patologia do funcionamento do útero, como diziam as correntes estudiosas até então. Hipócrates também descreveu no âmbito desta maleita alterações motoras, sensoriais e emocionais secundárias ao movimento do útero.

Qual era então a solução para esta doença na Antiguidade? O tratamento destas mulheres passava por colocar substâncias aromáticas na vulva, de modo a que o útero se sentisse “atraído” e regressasse ao seu local habitual. Do mesmo modo, o ato de cheirar essências pútridas visava expulsar o útero das regiões torácicas e abdominais em direção à sua origem. Contudo, o melhor, mais eficaz e mais “recomendável” tratamento era, de longe, o casamento para as solteiras. Já para as casadas seriam as fornicções conjugais, e para as viúvas Galeno sugeriu a fricção da área genital da enferma com um produto ou creme até que esta atingisse um estado de contrações físicas e de êxtase, vulgo orgasmo.

A Histeria na Idade Média

O período mais negro da história da histeria foi exatamente a Idade Média, altura em que esta deixou de ser considerada uma doença e passou a ser vista como uma possessão demoníaca. Foi com o aparecimento da civilização cristã que ocorreu a primeira grande mudança na história deste construto patológico. Partindo da premissa de que o sofrimento humano resultaria do *pecado original*, a histeria passou então a constituir uma evidência inegável da existência de possessões demoníacas. As anestésias, os mutismos e as convulsões, sintomas típicos de histeria, passaram a ser interpretados como “*stigmata diaboli*”, ou seja, a marca do demónio.

Nesta época, o tratamento consistia em rezas, amuletos e exorcismos. As mulheres identificadas como histéricas eram perseguidas, interrogadas, torturadas e, por vezes, queimadas na fogueira.

A Histeria nos Séculos XVII e XVIII

Com a Revolução Científica iniciada na Europa Ocidental nestes séculos, a introdução de novos métodos de investigação conduziu a uma nova preocupação médica pela histeria.

Uma vez provada a ausência de patologia uterina nas autópsias das doentes ditas histéricas, a associação entre a histeria e o sistema reprodutor da mulher começou a perder sustentação, bem como as teorias sexuais defendidas na Antiguidade.

Nesta época é de destacar o trabalho do médico alemão Franz Mesmer, que trouxe de novo à discussão científica a *magia natural* defendida por Paracelso, desta vez sob a designação de magnetismo animal ou *mesmerismo*. Os defensores das teorias da *magia natural* acreditavam que a saúde dependia de um estado de harmonia entre o microcosmo do indivíduo e o macrocosmo celestial, que pressuponha a existência e troca de fluídos, ímanes e influências ocultas de todos os tipos. Foi assim que Mesmer recuperou a ideia de que com o *magnet*, que alegadamente transformaria o fluído cósmico universal em fluído magnético, conseguiria repor o fluído vital, curando o paciente. Nas suas demonstrações, Mesmer sabia que necessitava de outras técnicas, como a imagem mental, o gesticular das mãos e o toque, para produzir uma convulsão histérica, fazendo com que as pessoas se lembrassem dos seus traumas de infância. Assim, com as suas práticas relacionadas com o *mesmerismo*, Mesmer contribuiu para a crescente popularidade e fascínio pelas práticas do oculto e de charlatanismo durante este período e até ao século XIX.

A Histeria no Início do Século XIX

Durante o século XIX, assistiu-se à multiplicação das teorias sobre a localização anatômica precisa da histeria. Apesar de se favorecer o sistema nervoso central, a descoberta da ovulação inspirou as teorias ováricas e reforçou as hipóteses uterinas do passado. Os defensores das hipóteses uterinas conceberam modelos neuro-uterinos, segundo os quais a patogénese da histeria ocorria, primeiro, em locais como o útero, a vagina ou os ovários e, posteriormente, se estendia a todo o organismo através de plexos nervosos uterinos.

A teoria da irritabilidade reflexa surgiu neste contexto. Nesta teoria, a causa atribuída à histeria não era a falta de atividade sexual, mas o oposto, ou seja, a estimulação sexual excessiva, pela masturbação feminina, que levava a uma disfunção do sistema nervoso central e excessiva excitação dos nervos periféricos. Assim, os tratamentos consistiam na diminuição desta hiperexcitação, com medidas tão radicais como as injeções intrauterinas, as cauterizações do clítoris ou mesmo as cirurgias ginecológicas de amputação e extirpação. A compressão dos ovários, com recurso a compressores simples ou complexos, e as ovariectomias foram também tratamentos aconselhados.

Ironicamente, foi também neste período que ressurgiu o "tratamento de galeno para viúvas". Estamos em plena era vitoriana, altura em que ocorreu uma mudança de paradigma importante nos papéis atribuídos a cada género, sendo que o homem era visto como dominante e com necessidade de suprimir os seus sentimentos com autodomínio e as mulheres eram vistas como crianças e sexualmente instáveis, mantendo o papel de submissas mães e donas de casa. Nesta época, acreditava-se que o sistema nervoso e reprodutor da mulher a tornavam mais instável e vulnerável a desenvolver doença mental, comparativamente ao género masculino. Muitas vezes, eram os próprios maridos que levavam as esposas ao *consultório* para elas conseguirem alcançar o "paroxismo histérico", ou orgasmo, como fez Galeno no passado, e assim diminuírem os seus sintomas. Foi no seguimento do recurso a este método que os médicos começaram a aderir ao aparelho

eletromecânico desenvolvido pelo médico inglês Joseph Granville, que permitia o atingimento do “paroxismo histérico” na mulher mais rapidamente, de forma mais limpa, mecânica e impessoal. Surge assim o primeiro vibrador.

A Histeria no Final do Século XIX e XX

A transição do século XIX para o século XX é possivelmente o período mais famoso da história da histeria. Nele foram desenvolvidos conceitos e teorias que se mantêm até aos dias de hoje, apesar de alguns terem mudado de nomenclatura, e, torna-se essencial, mencionarmos estudiosos como Briquet, Charcot, Janet, Freud e Babinsky.

Paul Briquet, médico e psicólogo francês, foi o primeiro a defender que a histeria podia ser causada por emoções violentas, prolongadas e repetidas, que causariam traumas e, mais tarde, associadas à vulnerabilidade da pessoa, causariam o sintoma histérico. Este médico não acreditava que os pacientes histéricos tivessem delírios relacionados com o sintoma, como por vezes tinha sido referido no passado, mas que o sintoma histérico podia estar relacionado com um determinado sentido ou objetivo. Foi também Briquet que desmistificou a visão sexualizada da histeria, ao associar a mesma também ao género masculino. Briquet estudou exaustivamente pacientes histéricos e criou, em 1859, o Tratado Clínico e Terapêutico da Histeria. O seu papel foi tão fundamental para o estudo destes doentes que, quando o termo *histeria* foi alterado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a perturbação de somatização era designada, inicialmente, de Síndrome de Briquet.

Jean-Martin Charcot, neurologista que trabalhava no *Hôpital de la Salpêtrière*, adotou muitos dos conceitos de Briquet para iniciar e desenvolver o seu estudo em pacientes histéricas. Nesse hospital existiam mais de quatro mil mulheres com várias patologias que foram alvo da intervenção do neurologista, que levou a histeria para o *laboratório*, inicialmente submetendo as suas pacientes a experiências envolvendo a hipnose e depois utilizando a corrente elétrica. Em ambos os casos, o objetivo era reproduzir os sintomas num ambiente controlado. Charcot conseguiu assim definir dois tipos de histeria, que denominou de *Stigmata* e *Grande Histeria*. Parte do seu trabalho também consistiu em relacionar uma iconografia com legendas dos vários sintomas da histeria. Charcot relacionou então a histeria ao trauma, e que o sintoma histérico ocorria num estado de autossugestão, para o qual o paciente tinha já uma predisposição. Entre o trauma e o surgimento dos sintomas, Charcot definia um período de incubação da doença, que poderia durar anos. Assim, Charcot considerava que a histeria era uma doença dinâmica, onde as manifestações e os sintomas eram semelhantes a doenças neurológicas, mas sem representação de lesão física no cérebro. Como tratamento, Charcot utilizava maioritariamente a hipnose, a psicoterapia e a sugestão; também existem relatos de ter utilizado meios mais relacionados com as teorias uterinas, como a compressão ovárica.

Pierre Janet, também francês, desenvolveu um modelo explicativo psicológico da histeria com base na *dissociação*, em que uma informação traumática é mantida fora da consciência, de forma inalterada, mas exerce efeitos em funções motoras e/ou sensoriais através de mecanismos inconscientes, originando os sintomas dissociativos – sintomas histéricos. Assim, o sintoma histérico corresponderia à representação dessas memórias traumáticas.

Sigmund Freud dispensa apresentações. O pai da psicanálise, em relação à histeria, segue a mesma corrente de Janet, falando também do papel do inconsciente. Contudo, ao contrário de Janet, Freud associa as memórias reprimidas ao trauma sexual e associa estes fenómenos à conversão, na qual um conflito no inconsciente gera sintomatologia física como a paralisia, a cegueira ou a surdez.

Para terminar, menciona-se a teoria de Babinsky, que se afasta das anteriores ao tirar a importância e o poder causal às emoções, nomeadamente às memórias traumáticas. Ele apercebeu-se de que nas crises histéricas os reflexos superficiais e profundos estavam

mantidos e que alguns sintomas neurológicos eram mimetizados, mas outros não; postulou assim que os sintomas que eram mimetizados eram produto da sugestão e resolviam com a persuasão. A esta descoberta, Babinsky denominou de *pitiatismo* em vez de histeria e criou então critérios diagnósticos de exclusão de doença.

A Histeria desde 1980 até à Atualidade

A partir de 1980, o termo caiu em desuso e foi eliminado das classificações médicas. Nestes novos modelos nosológicos, o termo histeria foi desmembrado de acordo com a localização ou a origem dos sintomas. Assim, os sintomas histéricos de natureza física (sensitivo-motor) passaram a ser denominados *somatoformes* (incluindo-se aqui a conversão e a somatização) e as manifestações de natureza psicológica passaram a ser denominadas *dissociativas*, sendo que dentro destas subdividem-se quatro grandes grupos: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, perturbação dissociativa de identidade e perturbação de despersonalização. Para esta classificação foi determinante a evolução dos meios de diagnóstico, como a imagiologia médica e o vídeo-electroencefalograma, no caso da distinção entre crises epiléticas e crises psicogénicas não epiléticas.

Contudo, ainda são precisos mais avanços nesta área para tornar ainda mais objetiva a avaliação diagnóstica e o tratamento desta patologia. Neste momento, em relação ao tratamento, sabemos que a psicoeducação e a psicoterapia são o seu pilar. Dentro das psicoterapias, a terapia cognitivo-comportamental está em crescimento nesta área. Os fármacos são reservados para as comorbilidades.

Interpretações da Cinematografia

Agora que já se passou pelo percurso histórico da histeria, é possível analisar-se a representação da histeria à luz da sétima arte, partindo de três filmes, que apesar de terem sido lançados na mesma altura, são particularmente interessantes e distintos pois cada um retrata uma época específica na concetualização da histeria.

“Boas Vibrações”

Começando pelo filme *Hysteria*, em português, *Boas Vibrações*, este é passado na era vitoriana e descreve a época em que a histeria é considerada uma doença do género feminino. O filme foca-se na sintomatologia e no tratamento da histeria nesta época, principalmente no método de Granville. Para isso, recorre a duas personagens principais: Charlotte, que é descrita inicialmente como uma paciente com uma histeria grave e que chega mesmo a ser proposta para tratamento em internamento num asilo, com a possibilidade de histerectomia, e o médico Granville, que tinha um pensamento médico evoluído para a época. Após ter sido expulso da clínica onde trabalhava, Granville começa a trabalhar com o pai de Charlotte, médico que se dedicava ao tratamento da histeria. Aí, foi-lhe ensinado o tratamento dedicado a estes doentes, através do paroxismo histérico ou orgasmo. Com o aumento do número de pacientes a procurar os seus cuidados e devido ao facto desta técnica ser realizada manualmente pelo médico, Granville começa a ficar incapacitado do ponto de vista físico-motor, pelo que inventa um aparelho eléctrico-manual para o ajudar no alcance do paroxismo histérico, o vibrador.

“Augustine”

Temporalmente mais adiante, o filme *Augustine* passa-se na Paris de 1885, no *Hôpital de la Salpêtrière*. Nele, contracenam duas personagens principais – Charcot, neurologista e professor neste hospital, que tem dedicado o seu trabalho ao estudo da histeria, principalmente em mulheres que se encontravam internadas nesse hospital, e Augustine, uma jovem de dezanove anos que, após ter tido uma crise histérica durante o trabalho, fica com paralisia palpebral do olho direito. Augustine é então observada por Charcot e é internada para estudo no dito hospital. No filme, é possível observar vários dos sintomas atribuídos à

histeria, desde a paralisia, a cegueira, a perda da fala, tremores, e até as grandes crises históricas descritas por Charcot no seu trabalho investigacional. Charcot usa a hipnose e a psicoterapia para tratar Augustine, bem como métodos de descanso e isolamento.

“Um Método Perigoso”

Por fim, e retratando o período mais recente, o filme *Um Método Perigoso* é passado em 1907 e debruça-se sobre o trabalho de Sigmund Freud e Carl Jung no tratamento da histeria. Esta parceria começa quando Jung procura a ajuda de Freud para o tratamento da sua paciente Sabina, que sofre de histeria.

No filme, são retratadas três personagens principais: Sabina, a paciente que foi diagnosticada com histeria e é tratada por Jung, que mais tarde se torna seu amante. Depois de tratada, Sabina dedica-se ao estudo da área da psicanálise, trabalhando com Freud e tornando-se numa das primeiras mulheres psicanalistas. Jung é o médico de Sabina, que ao longo de todo o enredo tem de lidar com os conflitos do seu próprio inconsciente. E finalmente, Freud, que é o pilar do método psicanalítico para o tratamento da histeria, juntamente com a hipnose para aceder às memórias traumáticas de teor sexual. Ao longo do filme, Freud surge como amigo, mas também opositor, de Jung, principalmente na forma como ambos tratam os seus pacientes, o que cria discórdia entre ambos e que resulta no seu afastamento. Durante o filme, é possível perceber os sintomas relacionados com a histeria e a associação dos mesmos com as memórias reprimidas de Sabina.

Conclusões

Concluindo, a histeria mudou de nome, mas a sua natureza mantém-se. Continua associada a traumas, abusos e privações ao nível do desenvolvimento e o que antes era chamado de disfunções ao nível do útero, hoje é visto como uma manifestação de sintomas pseudo-neurológicos consequentes de stress psicológico. Seja qual for a denominação, esta continua a ser uma doença prevalente, normalmente de evolução crónica, consistindo num desafio diagnóstico e terapêutico.

Atualmente, o tratamento consiste na criação de uma boa relação terapêutica com o paciente, psicoeducação e psicoterapia. Mais recentemente, a neuro-estimulação, com a estimulação magnética transcraniana, também tem sido foco de estudo e investigação como um possível tratamento.

É importante continuar a investir nesta área, pesquisando neuroimagem e neurofisiologia para perceber melhor o funcionamento de base desta patologia, de forma a continuar a alterar os tratamentos disponíveis e aumentar a qualidade de vida destes doentes.

Fontes e bibliografia final

DUNPHY, Louise, PENNA, Marta, EL-KAFSI, Jihene - Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep.* 2019 Nov 25;12(11):e231550. doi: 10.1136/bcr-2019-231550. PMID: 31772129; PMCID: PMC6887443.

BROUSSOLLE, Emmanuel, GOBERT, Florent, DANAILA, Teodor - History of Physical and ‘Moral’ Treatment of Hysteria. *Front Neurol Neurosci. Basel, Karger.* 2014;35:181-97. doi: 10.1159/000360242. Epub 2014 Jun 26. PMID: 25273500.

CAROTA, Antonio, CALABRESE, Pasquale - Hysteria around the World. *Front Neurol Neurosci. Basel, Karger.* 2014;35:169-80. doi: 10.1159/000360062. Epub 2014 Jun 26. PMID: 25273499.

BOGOUSSLAWSKY, Julien - The mysteries of hysteria: a historical perspective. *International Review of Psychiatry.* 2020 Aug-Sep;32(5-6):437-450. doi: 10.1080/09540261.2020.1772731. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32500757.

NORTH, Carol - The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behav Sci (Basel)*. 2015 Nov 6;5(4):496-517. doi: 10.3390/bs5040496. PMID: 26561836; PMCID: PMC4695775.

FALCÃO, Ana - A vibrante história da histeria. *Frontal, Cultura*. 2016.

BRENOT, Philippe, CORYN, Laetitia - História do Sexo - História da Sexualidade Ocidental em BD. Lisboa: Gradiva. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Quinta edição). Forte da Casa: Climepsi Editores, 2014.



Representação da histeria

(In: Thaís Jamyle Pinheiro Dionísio Cavalcante, Histeria: da Antiguidade ao Século XIX, Escola Paulista de Psicanálise, <https://www.apsicanalise.com/index.php/blog-psicanalise/48-artigos/593-histeria-da-antiguidade-ao-seculo-XIX>)

ASCENSÃO E QUEDA DA “MÃE ESQUIZOFRENIZANTE”: CONTEXTO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E SOCIOCULTURAIS

Filipa Martins Silva¹; João Guerra²; Otilia Queirós²

Dep. Pedopsiquiatria - Centro Hospitalar e Universitário do Porto

¹Interna e Formação Específica em Pedopsiquiatria ²Especialista em Pedopsiquiatria

Email: anafilipacmsilva@gmail.com

Resumo

Este trabalho visa analisar as circunstâncias em que ocorreu o desenvolvimento, ascensão e queda do conceito de “mãe esquizofrenizante”, popularizado na literatura psicoterapêutica entre os anos 40 e 70 do século passado. Os fatores socioculturais e ideológicos que conduziram à divulgação e aceitação dessa hipótese perniciososa – a de que as mulheres podiam “causar” esquizofrenia nos seus filhos – são discutidos. Adicionalmente, são debatidos os fatores que parecem ter conduzido ao abandono e conotação negativa dessa teoria e o modo como isso pode ter contribuído para uma desvalorização nefasta dos fatores culturais e psicossociais na abordagem psiquiátrica. Por fim, reflete-se sobre o modo como a história da Psiquiatria, percorrendo diferentes paradigmas, não é alheia ao contexto sociocultural em que se inscreve, nem, por outra, é inócua, contribuindo para a instalação de importantes ortodoxias culturais na sociedade.

Palavras-chave: mãe esquizofrenizante; história; fatores socioculturais.

Abstract: This article aims at analysing the circumstances in which the development, rising and fall of the “schizophrenogenic mother” concept, popular in the psychotherapeutic literature between 1940s and 1970s. The sociocultural and ideological factors that lead to the promotion and acceptance of this pernicious hypothesis – that women could cause schizophrenia in their children – are discussed. Additionally, we describe the factors that seem to have contributed to the negative connotation and discard of this theory, as well as how this may have led to a harmful devaluation of the cultural and psychosocial factors in the psychiatric approach. Finally, we reflect on the way the history of Psychiatry, through different paradigms, is both influenced by its sociocultural context and acts as an influencer of that very same context, helping to install important cultural orthodoxies in society.

Key-words: schizophrenogenic mother; history; sociocultural factors.

Introdução

O conceito de *mãe esquizofrenizante* surge na literatura psiquiátrica, entre os anos 40 e 70 do século XX, para se referir, de um modo geral, à mãe de indivíduos que desenvolvem esquizofrenia, implicando um papel materno na indução da doença (Seeman, 2012). Com este trabalho, propomo-nos a rever a evidência científica, implicações clínicas e contexto sociocultural que favoreceu o desenvolvimento e instalação desta teoria na psiquiatria do século XX, assim como os fatores que, posteriormente, concorreram para o seu abandono. Por fim, teceremos algumas considerações reflexivas sobre os desafios que esta história nos impõe nos dias de hoje.

A Ascensão da Mãe Esquizofrenizante

A Evidência

A partir de meados dos anos 30 do século passado, a psiquiatria devotou uma maior atenção às famílias dos doentes com esquizofrenia, com intuito de melhor entender o que poderia estar a causar a sua disfunção (Johnston, 2013). Foi provavelmente Kasanin, em 1934, quem reportou, pela primeira vez, o estudo de pais destes doentes (Neill, 1990). Na sua série (Kasanin, 1934), estudou 45 doentes com esquizofrenia, tendo encontrado rejeição materna em 2 deles e sobreproteção materna em 33. A ideia de que uma combinação de sobreproteção e rejeição maternas podiam causar esquizofrenia foi, progressivamente, ganhando força e, em 1948, a psiquiatra Frieda Fromm-Reichmann apelidou estas mães, simultaneamente rejeitantes e sobreprotetoras, de *mães esquizofrenizantes* (Johnston, 2013). De facto, o cunho do termo *mãe esquizofrenizante* é, de modo consensual, atribuído a Frieda Fromm-Reichmann, quando esta escreveu: *“the schizophrenic is painfully distrustful and resentful of other people, due to the severe early war and rejection he encountered in important people of his infancy and childhood, as a rule, mainly in a schizophrenogenic mother”* (Fromm-Reichman 1948). Estava, então, criado o termo através do qual se atribuía a responsabilidade do comportamento do doente esquizofrénico à atitude da sua mãe.

Sucederam-se outros estudos não controlados (maioritariamente entrevistas e relatos de casos, sem grupos controlo) que, aparentemente, confirmaram a noção geral de uma mãe dominante, sobreprotetora, mas globalmente rejeitante. Consolidava-se, assim, a teoria da *mãe esquizofrenizante* e, mais tarde, da *família esquizofrenizante*. De facto, a teoria dos sistemas familiares começava, nesta altura, a desenvolver-se e foi, provavelmente, o fator individual mais importante na manutenção da preocupação com a *mãe esquizofrenizante* (Neil, 1990). Para este fenómeno, contribuíram vários autores, dos quais destacamos, pela sua relevância na construção e manutenção da teoria da causalidade maternal e familiar da esquizofrenia, Gregory Bateson e Theodore Lidz, durante os anos 50 (Seeman, 2016). Efetivamente, um grupo de investigadores liderado por Bateson, no Mental Health Research Institute, colocou em hipótese a chamada teoria de *duplo vínculo* da esquizofrenia (no original: *the “double bind” theory of schizophrenia*): uma teoria, complicada e difícil de investigar, que envolvia um padrão comunicacional perturbado dentro da unidade familiar, implicando, assim, uma ênfase familiar na etiopatogenia da esquizofrenia, ainda que assumindo a mãe como o membro mais perturbado da família (Bateson, 1956). Por sua vez, o grupo de investigação de Lidz e seus colaboradores, em Yale, levando, também, a cabo estudos não controlados, introduziu os termos *“marital schism”* e *“marital skew”* (Lidz, 1957). O primeiro referia-se à incapacidade de os pais adotarem uma reciprocidade de papéis dentro da família, estando, por isso, como que emocionalmente “divorciados” um do outro. Paralelamente, o conceito de *“marital skew”* procurava designar o padrão em que um dos elementos do casal parecia dominar a interação familiar, que seria habitualmente a mãe; quando este padrão relacional estava presente, a mãe seria, em geral, intrusiva e o pai distante e frio. Ambos os padrões relacionais (*“marital schism”* e *“marital skew”*) contribuiriam para a génese de esquizofrenia no filho (Lidz, 1957).

Implicações Clínicas

Como descrevemos, há pouco mais do que uma geração atrás, um grande setor da psiquiatria e da psicologia clínica no mundo ocidental acreditava que más mães e famílias disfuncionais poderiam causar esquizofrenia em jovens, filhos dessas mães e/ou inseridos nessas famílias. As mães, com os seus próprios problemas psicológicos, como se pensava, davam à luz filhos saudáveis, mas, depois, levavam-nos, literalmente, “à loucura” - os comportamentos esquizofrénicos seriam, assim, uma forma de a criança se adaptar e encontrar algum sentido neste ambiente familiar tóxico (Johnston, 2013). O manancial terapêutico, à data, ajustava-se

a este racional etiopatogénico: os hospitais privados ofereciam, aos doentes com esquizofrenia, formas intensivas de terapia psicanalítica, concebida para desvendar o trauma responsável pelo sofrimento; as mães destes jovens doentes eram submetidas a testes de personalidade, elaborados para discernir quais os traços específicos que poderiam ser responsáveis pelo sofrimento dos seus filhos; e os padrões de interação familiar eram estudados com vista a desmascarar a dinâmica “enlouquecedora” específica (Harrington, 2012).

Contexto Sociocultural

No final dos anos 40 do século XX, as atrocidades levadas a cabo pelos Nazis durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) tinham desacreditado a pseudociência da Eugenia. Consequentemente, a etiologia genética da doença psiquiátrica era vista com suspeição, pelo que a observação clínica da transmissão familiar de psicopatologia teria de ser explicada de outra forma (Seeman, 2016).

Paralelamente, as mulheres, que não só haviam substituído os homens nos seus empregos, como os mantinham, finda a guerra, eram vistas como ameaças poderosas à hegemonia masculina. Efetivamente, no período pós-guerra, o papel da mulher alterou-se substancialmente, concorrendo para as crescentes taxas de divórcio, assim como para elevados números de mães trabalhadores que tinham de deixar os seus filhos com outros cuidadores. Esta mudança repercute-se na forma como a mãe, a maternidade e a relação mãe-bebé são vistas pela sociedade da época. De facto, as décadas de 1950 e 1960 corresponderam a um período em que uma profunda misoginia emergiu na cultura ocidental, sendo altamente promovida e aceite (Neill 1990).

Adicionalmente, foi, também, durante este período, que a criança se tornou o objeto principal do estudo psicológico. Os trabalhos de Melanie Klein (desenvolvidos entre os anos 20 e 40, compilados numa publicação em 1975), John Bowlby (1952) e Donald Woods Winnicott (1958) sustentaram a ideia de que a interação mãe-bebé durante os primeiros meses de vida era determinante para a personalidade da criança e eventual psicopatologia futura. Assim, a mãe tornou-se, também, alvo de um escrutínio minucioso, uma vez que mesmo os aspetos mais ínfimos da sua atitude e dos seus comportamentos para com a criança poderiam trazer consequências a longo prazo (eventualmente permanentes) (Neill 1990).

Em suma, a reorganização social dos papéis de género (com a emancipação da mulher e uma acentuação da misoginia), a assunção da interação precoce mãe-bebé enquanto determinante na personalidade e saúde mental da criança e a noção de prejuízo da maternidade face às mudanças no papel social e familiar da mulher parecem ter sido fatores basilares na construção da trama sociocultural que permitiu o crescimento da *mãe esquizofrenizante*.

A Queda da Mãe Esquizofrenizante

Fatores Promotores

Embora não muito distantes temporalmente da era da *mãe esquizofrenizante*, a distância ideológica que assumimos, atualmente, em relação a essa época é tal que, pelo menos a alguns, estas memórias (de culpa e sofrimento infligido às mães e famílias, responsabilizando-os pela doença dos seus filhos) provocam um estremecer de vergonha: hoje, a esquizofrenia é compreendida como uma doença cerebral, tratada adequadamente com medicação. Embora inquestionável, à luz das circunstâncias atuais, o modo como percorremos essa tão grande distância ideológica e chegamos ao ponto dos dias de hoje não foi linear. Em retrospectiva, pode parecer lógico, e ser facilmente aceitável, que, quando as teorias psicogénicas da esquizofrenia atingiram o pico de injúria e vacuidade empírica, surgiu uma investigação biológica pioneira, qual salvadora, e, finalmente, colocou as coisas em ordem. No entanto, esta narrativa é demasiado simplista, não fazendo jus à cronologia e desenrolar dos acontecimentos históricos, como explicamos de seguida.

Investigação Biológica

Indubitavelmente, para esta mudança de paradigma, contribuiu a investigação biológica sobre a doença, com os avanços ao nível da bioquímica, neuroanatomia e genética. De facto, no início dos anos 60, os investigadores exploraram a possibilidade de a esquizofrenia ser uma doença bioquímica envolvendo excesso de dopamina (em parte porque fármacos como a clorpromazina, que reduziam os sintomas de esquizofrenia, também reduziam os níveis de dopamina disponível no cérebro). Outros grupos de estudo começaram a sugerir que certos marcadores neuroanatômicos, como ventrículos cerebrais aumentados, poderiam distinguir, de modo fidedigno, um cérebro normal de um cérebro esquizofrénico. Adicionalmente, no início dos anos 70, estudos de adoção vieram sugerir uma base genética para a doença, ao mostrar, entre outros aspetos, que os filhos biológicos de mães com esquizofrenia, mas criados por outras pessoas, desenvolviam a doença com a mesma frequência que os que cresciam com as suas mães biológicas (Harrington, 2012). No entanto, surpreendentemente, grande parte desse trabalho de investigação foi realizado durante o apogeu da era da *mãe esquizofrenizante* e, portanto, coexistiu com as abordagens psicogénicas. Apesar destes avanços na ciência, a questão sobre se a esquizofrenia era uma perturbação psicogénica ou biológica foi considerada controversa até ao início da década de 1980. De facto, em muitos livros de texto e cursos de medicina, em que as perspetivas psicanalíticas ainda dominavam, era dada pouca atenção aos argumentos biológicos. Por fim, esta conceção acabou por mudar, não tanto quando a psiquiatria definitivamente venceu o caso, mas, provavelmente, quando o mundo mudou à volta da psiquiatria, tornando as teorias psicogénicas da esquizofrenia tanto desrespeitadoras, como impraticáveis (Harrington, 2012).

Agenda Política

Vários desenvolvimentos convergentes conduziram à mudança de paradigma na compreensão e intervenção na esquizofrenia. Um deles foi a politização da abordagem psicogénica, durante a década de 1970, para a qual contribuíram, por sua vez, o movimento feminista e os movimentos contracultura (Harrington, 2012). De um modo geral, o movimento feminista veio apontar o dedo, não à teoria da *mãe esquizofrenizante* (cuja realidade não questionava), mas à sociedade patriarcal que a havia criado: esta mulher era uma vítima da opressão e do trauma, não menos do que o seu filho (Chesler, 1972). Paralelamente, os movimentos contracultura argumentavam que as famílias que tinham criado a consciência “burguesa” unidimensional que a sociedade chamava de “normalidade” não eram menos doentes do que os responsáveis pela experiência a que chamavam de “esquizofrenia” (Laing, 1971). Independentemente da sua veracidade ou fundamentação científica, a verdade é que estes movimentos socioculturais trouxeram esta discussão para a agenda política.

Falência Terapêutica

A compor este cenário, surgiam dúvidas crescentes, não tanto sobre a credibilidade da ideia de as mães ou famílias poderem causar esquizofrenia, mas sobre a eficácia dos dois métodos psicoterapêuticos (psicanálise e terapia familiar) geralmente usados para tratar estes doentes, durante os anos 70 (Harrington, 2012). Gradualmente, esta falência terapêutica começava a suscitar alguma inquietação: qual era a vantagem de insistir em argumentos elaborados sobre as raízes psicogénicas da esquizofrenia se, no final de contas, a abordagem não oferecia qualquer benefício terapêutico?

Psicoeducação

Em 1981, os assistentes sociais Carol Anderson e Gerard Hogarty publicaram os resultados

de uma nova abordagem de terapia familiar para a esquizofrenia: algo a que chamaram de Psicoeducação (Anderson, 1981). Verificou-se que, quando as famílias eram abordadas de modo compassivo e lhes eram ensinadas estratégias para lidarem melhor com os vastos desafios emocionais e interpessoais associados ao facto de se ser cuidador de primeira linha de um filho com esquizofrenia, havia uma redução nas taxas de recaída nos próprios jovens (Harrington, 2012). Nas palavras dos autores:

“Families can be a resource for the long-term management of schizophrenia if they are given support and information. Before sacrificing these families on the altar of expedient separation, it would seem ethically if not scientifically imperative to maintain and support this primary resource for patients.” (Anderson, 1981).

Em profundo contraste com as abordagens de terapia familiar dominantes na altura, esta terapia procurava, não ver as famílias como a causa da doença dos seus filhos (que, como vimos, não estava a dar resultados), mas construir alianças com elas.

Famílias Cuidadoras

Por fim, o último, e provavelmente o mais importante, desenvolvimento responsável pelo declínio da *mãe* e da *família esquizofrenizantes* foi a emergência de uma nova realidade social em que a mãe e as famílias funcionavam, cada vez mais, como os cuidadores a longo prazo dos seus filhos com doença mental. Recordemos que, nas décadas de 60 e 70, se assistiu a uma experiência social radical que envolveu a desinstitucionalização massiva de doentes com esquizofrenia de hospitais psiquiátricos. Na base deste fenómeno estava o facto de que estes doentes podiam, agora, viver e ser tratados na comunidade, se fossem medicados adequadamente (Engstrom, 2012). No entanto, a realidade demonstrou ser bem mais complicada: muitos doentes esqueciam-se da sua medicação, ou recusavam-se a tomá-la; muitos acabaram em situação de sem abrigo ou em prisões; os mais afortunados tinham pais que assumiram os cuidados e tentaram encontrar soluções. Ironicamente, muitos destes cuidadores eram, precisamente, os mesmos pais que tinham sido previamente censurados pela profissão psiquiátrica. Rapidamente, estes cuidadores descobriram e construíram alianças com a ala biológica da psiquiatria, que lhes assegurou que a esquizofrenia era uma doença como qualquer outra, cuja culpa não era de ninguém, muito menos deles (Harrington, 2012).

Desafio Atual

Tendo em conta os fatores previamente descritos, no início da década de 1980, uma nova ortodoxia cultural sobre a natureza da esquizofrenia começou a ser ativamente construída: a ideia de que a esquizofrenia é uma doença cerebral. Embora a queda da *mãe esquizofrenizante* fosse, indubitavelmente, necessária, pode ter havido alguns danos colaterais, oriundos da forma como caiu (Neil, 1990; Harrington 2012). Nos dias de hoje, as abordagens culturais e psicossociais na esquizofrenia (e na psiquiatria em geral), ainda que validadas cientificamente e recomendadas pelas normas de orientação clínica internacionais como componente essencial no tratamento desses doentes (NICE, 2016), têm uma implementação muito reduzida na prática clínica. A título de exemplo, um estudo publicado no início de 2020 mostra uma adesão claramente insuficiente, por parte dos serviços de psiquiatria da infância e da adolescência, às recomendações clínicas, com uma elevada prevalência de prescrição de antipsicóticos não combinada com intervenções psicossociais (Dinnissen, 2020). Quase como se, enquanto cultura, estejamos a recuperar de um episódio traumático da história da psiquiatria, que nos deixou alguns tabus sobre a forma como abordamos esta doença. Nesta (outra) postura de radicalização, levantar questões culturais e psicossociais parece ter necessariamente que ver com culpar, como no passado. Não obstante, é um facto

incontornável que os seres humanos, mesmo na presença de uma vulnerabilidade biológica que os coloque em risco de esquizofrenia, estão embebidos numa matriz sociocultural que os influencia – o que está longe do pensamento dicotômico da era da *mãe esquizofrenizante*. Esta doença (como, de resto, as restantes em psiquiatria) implica, claramente, uma abordagem pluralista, tanto etiológica como terapêuticamente. Nos dias de hoje, urge ter isto em conta, à medida que a neurobiologia ganha um peso crescente na psiquiatria: advogar um modelo biológico único na abordagem da esquizofrenia será tão errado como ter apontado a *mãe esquizofrenizante* como causa única e suficiente para a doença.

Conclusão

A ascensão e a queda da *mãe esquizofrenizante* mostram-nos como a história da psiquiatria, percorrendo diferentes paradigmas, não é alheia ao contexto sociocultural em que se inscreve, nem, por outra, é inócua, contribuindo para a instalação de importantes ortodoxias culturais na sociedade. Importa, assim, saber ver e pensar esta história, não muito longínqua, para que a sua memória não nos induza nos mesmos erros, ainda que disfarçados do seu oposto (o erro da forma, assente numa polarização radical de uma abordagem dicotômica e inflexível, sobrepõe-se sempre a qualquer conteúdo, anulando-o). Este é, de resto, mais um exemplo de como manter viva a História, nos permite maiores humildade e aceitação, evitando, assim, demandas negacionistas, instigadas por medos dos quais, tentando fugir, ativamente alimentamos.

Bibliografia

- ANDERSON, C.M., HOGARTY, G., REISS, D.J. - The psychoeducational family treatment of schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services* (1981) 79-94.
- BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J., WEAKLAND, J. - Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, Vol. 1, n°4 (1956) 251–264.
- BOWLBY, J. - Maternal Care and Mental Health. *World Health Organization*, Geneva, 1952.
- CHESLER, P. - Women and Madness. Nova Iorque: Doubleday, 1972.
- DINNISSEN, M., DIETRICH, A., VAN DER MOLEN, J.H. et al. - Prescribing antipsychotics in child and adolescent psychiatry: guideline adherence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, vol 29 (2020) 1717–1727.
- ENGSTROM, E. J. - History of psychiatry and its institutions. *Current opinion in psychiatry* Vol. 25, n°6 (2012) 486-491.
- FROMM-REICHMANN, F. - Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. Vol 11, n°3 (1948) 263-73.
- HARRINGTON, A. - The fall of the schizophrenogenic mother. *Lancet*. Vol 379, n°9823 (2012) 1292-1293.
- JOHNSTON, J. - The Ghost of the Schizophrenogenic Mother. *AMA Journal of Ethics*. Vol 15, n°9 (2013) 801-805.
- KASANIN, J., KNIGHT, E., SAGE, P. - The Parent-Child Relationship in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 79 (1934) 249-263.
- KLEIN, M. - Love, Guilt, and Reparation, and Other Works: 1921-1945. Londres: Hogarth Press, 1975.
- LAING, R.D. - The Politics of the Family and Other Essays. Londres: Tavistock, 1971
- NEILL J. - Whatever became of the schizophrenogenic mother? *Am J Psychother*. Vol 44, n°4 (1990) 499-505.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. *NICE guideline 115* (2016), disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155> [Acedido em janeiro 2021]
- LIDZ, T., CORNELISON, A. R., FLECK, S., TERRY, D. - The intrafamilial environment

of the schizophrenic patient. *Psychiatry*. Vol 20, n°4 (1957) 329–350.

SEEMAN, M.V. Schizophrenogenic Mother. In: LEBOW J., CHAMBERS A., BREUNLIN D. (eds) - *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer: Cham, 2016, p. 481-482.

WINNICOTT, D. W. *Collected Papers*. Londres: Hogarth Press, 1958.

WYNNE, L. C. - Current concepts about schizophrenics and family relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 169, n°2 (1981) 82–89.



Joana d'Arc

(Pintura de Frederic Theodore Lix. In: Revista Galileu Globo.
<https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/Historia/noticia/2018/05/joana-darc-relembre-historia-da-guerreira-e-santa-francesa.html>

JOANA D'ARC – UMA PERCEPÇÃO MISSIONÁRIA

João Pedro Camilo¹; Marta Roque Pereira²

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

¹Médico Interno de Formação Específica em Psiquiatria e Saúde Mental;

²Médica Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental.

Emails: ¹jpedrocamilo@hotmail.com; ²mroquepereira@gmail.com

Resumo

Conhecida pelos feitos heróicos na Guerra dos Cem Anos durante o século XV, Joana d'Arc é considerada um ícone do nacionalismo francês. Em 19 anos de vida desenvolveu um precoce sentido de missão divina sustentado por possíveis experiências alucinatórias de cariz religioso que se acredita terem catalisado uma capacidade de mobilizar e liderar com bravura o exército francês contra uma Inglaterra invasora. A voz de Joana chega até aos dias de hoje através dos manuscritos das suas declarações perante a Igreja Católica que a condena à morte em 1431, conseguindo-se obter informação clínica que constitui ainda atual motivo de debate etiológico em diversas referências científicas. Semiologicamente discutem-se como hipóteses de diagnóstico a esquizofrenia, epilepsia ou tuberculoma do lobo temporal. Numa França medieval sem reconhecimento de possíveis causas médicas para o fenómeno alucinatorio, o teor das suas vozes de comando teria decerto moldado uma personalidade fortemente enraizada na prática do catolicismo.

Palavras-chave: Joana d'Arc, alucinações, esquizofrenia, epilepsia, tuberculoma.

Abstract

Known for her heroics in the Hundred Years' War during the 15th century, Joan of Arc is considered an icon of French nationalism. In 19 years of life, she developed an early sense of divine mission sustained by possible hallucinatory experiences of a religious nature that are believed to have catalyzed an ability to mobilize and lead the French army bravely against an invading England. Joana's voice reaches to this day through the manuscripts of her statements to the Catholic Church that condemns her to death in 1431, obtaining clinical information that is still a current subject of etiological debate in several scientific references. Semiologically, schizophrenia, epilepsy, or tuberculoma of the temporal lobe are discussed as hypotheses. In medieval France, a lack of recognition of possible medical causes for the hallucinatory phenomenon, the tenor of their command voices would certainly have shaped a personality strongly rooted in the practice of Catholicism.

Introdução

Em plena Guerra dos Cem Anos, no ano de 1412, nascia Joana D'Arc (em francês: *Jeanne d'Arc*) em Domrémy, França. Era a filha mais nova dos cinco descendentes de Jacques d'Arc e Isabelle Romée. Sem educação formal, dedicava-se à pastorícia e à prática do catolicismo, e com treze anos de idade Joana vive a primeira de muitas “visões” que a acompanham ao longo da sua vida. A profunda fé no seu desígnio missionário fruto de interpretação divina das suas experiências perceptivas foi assumida pela própria como impulsionadora dos seus actos de bravura nos campos de batalha, reavivando a esperança de milhares de soldados franceses.

Como objectivo para esta revisão bibliográfica pretende-se expor as hipóteses de diagnóstico mais prováveis para os fenómenos de alterações da percepção de Joana D'Arc, recorrendo à

informação obtida sobretudo através dos depoimentos registados no âmbito dos seus julgamentos perante a Igreja Católica.

Discussão

Historicamente, importa contextualizar o modo como as “vozes” (assim descritas por Joana) que surgiram quando esta tinha treze anos de idade, impulsionaram os acontecimentos que deixaram uma marca indelével na História Francesa.

No seu Julgamento de Condenação em 1431, Joana relata o seguinte:

“Eu tinha treze anos quando a Voz de Deus veio em minha ajuda e orientação. A primeira vez que ouvi esta Voz, fiquei muito assutada; era meio-dia, no verão, e eu estava no jardim do meu pai. (...) Eu ouvi esta Voz do meu lado direito na direção da Igreja; raramente eu a ouvia sem que fosse acompanhada também por uma luz. Esta luz vinha do mesmo lado da Voz. (...) uma luz intensa. Desde que vim para o interior de França tenho ouvido com maior frequência esta Voz.”; “Quando a ouvi pela terceira vez, reconheci-a como a voz de um anjo.”; “A primeira vez, duvidei muito se era São Miguel; e eu estava com muito medo”; “A voz dizia-me «Sê gentil e vai frequentemente à igreja», «Vai para o interior de França! Levanta o cerco que está a ser feito à cidade de Orleans!»” (SCHILDKROUT, B., 2017), (NICASTRO N., PICARD. F., 2016), (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991).

Joana era católica praticante, e com estas alterações qualitativas da sensopercepção, o seu fervor religioso terá certamente aumentado ainda mais, a ponto de com dezasseis anos de idade, após testemunhar uma invasão britânica à sua aldeia da qual resultou a destruição dos campos de cultivo da sua família e a destruição pelo fogo da sua igreja local, decidiu viajar até à guarnição militar mais próxima da sua aldeia, em Vaucouleurs e solicitar uma escolta até Carlos VII. Regista-se que, como pretexto para a sua solicitação, Joana teria afirmado o seguinte: “*Não ouviram esta profecia...que França será destruída por uma mulher e restaurada por uma virgem das «Marches de la Lorraine»*” (NICASTRO N., PICARD. F., 2016). Contudo somente após um ano de insistência, sob a escolta do Capitão francês Baudricourt, conseguiu chegar até Carlos VII. Acredita-se que Joana depois de confirmar a sua virgindade terá recebido a ajuda de Yolanda de Aragão, Rainha de Sicília no sentido de persuadir o Delfim de França a avançar com as tropas francesas rumo à então cercada cidade de Orleães (HARRIS J., 2013). Ao chegar às muralhas da cidade cercada, Joana envia uma carta aos ingleses onde se lia: “*Fui enviada por Deus, o Rei dos Céus, para expulsar todos vós de França, corpo por corpo. Se quiserem obedecer, terei misericórdia.*” (HARRIS J., 2013). A resposta terá sido negativa e a batalha começou. Sob o seu estandarte e impulsionado pela bravura de Joana, um exército de cerca de quatro mil soldados franceses rompeu o cerco em Orleães ao fim de nove dias de disputa. A sua atitude inspiradora está documentada: “*Em Orleães, em pé numa escada no meio da batalha, ela foi atingida na cabeça por uma pedra e atirada ao chão. Ela levantou-se e gritou: «Amigos! Amigos! Vamos! Vamos! Nosso Senhor condenou os ingleses! Eles são nossos! Mantenham um bom coração!»*” (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991).

Com a vitória estratégica na cidade de Orleães, Carlos VII reclama o trono francês e é coroado na catedral Notre-Dame de Reims. A partir deste momento, França reergue a sua moral e Joana é considerada uma heroína nacional. Continua em campanha militar pelos territórios ainda sob domínio britânico, mas acaba por ser capturada em 1430 pelo Duque de Luxemburgo sendo posteriormente negociada como prisioneira e vendida ao Império Britânico.

Inicia-se então o período negro da sua vida. Ao longo de cerca de um ano, terá sido submetida à clausura e a múltiplos interrogatórios que culminam na sua execução na fogueira aos dezanove anos de idade (1431). Embora Joana afirmasse:

“Eu vim para o Rei de França vinda de Deus, da bem-aventurada Virgem Maria, de todos os Santos do Paraíso e da Igreja Vitoriosa acima, e por ordem deles. A esta Igreja, submeto todas as minhas boas ações, tudo o que fiz ou farei.” (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991),

foi claro que sob a égide do Império Britânico a Igreja que a condenava tenha assumido um papel inquisidor, empenhando-se em encontrar um motivo para aniquilar Joana e a ameaça que esta representava para os bretões. Acabou por consegui-lo, alegando que um de seus pecados seria o comportamento imoral por se vestir com roupas masculinas.⁷ Ao aproximar-se do momento da sua morte, terá afirmado: “*«No final virás para o Reino do Paraíso.» Eles disseram-me isso de maneira simples, absoluta e incontestável*” (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991). Quando questionada em que dialeto as suas “vozes” lhe falavam, ela respondeu: “*Num melhor que o vosso*”; questionada sobre se acredita em Deus, ela afirma: “*Sim, melhor do que vós*”; terá no final dito aos seus acusadores “*Eu não tenho medo...Eu nasci para fazer isto.*” (HARRIS J., 2013).

No ano de 1456, após revisão do seu Processo de Reabilitação, o Papa Calisto III, declara Joana D’Arc inocente. Em 1909 é beatificada, e em 1920 canonizada pelo Papa Bento XV porque segundo o próprio “*Ela ouviu a voz de Deus dizendo-lhe como libertar a França do domínio britânico*”.

Os registos das apreciações e interrogatórios realizados perante a Igreja Católica: Processos de Qualificação em 1429, de Condenação em 1431 e de Reabilitação em 1452, (NICASTRO N., PICARD. F., 2016), (HENKER F., 1984) constituem actual substrato de estudo para o lançamento de hipóteses de diagnóstico que se seguem.

Epilepsia do lobo temporal: É actualmente a hipótese de diagnóstico mais consistente com os registos históricos, quer pela natureza episódica dos fenómenos, quer pela sua curta duração, normal comportamento interepisódico e pela “razoabilidade” de Joana na sua defesa em julgamento. Suportam também esta hipótese diagnóstica, as alterações perceptivas de modalidade auditiva:

“Ouvi esta Voz à minha direita, em direção à Igreja”; “A voz dizia-me «Sê gentil e vai frequentemente à igreja», «Vai para o interior de França! Levanta o cerco que está a ser feito à cidade de Orleans!»” e visual: “ Raramente eu a ouvia sem que fosse acompanhada também por uma luz. Esta luz vinha do mesmo lado da Voz. Geralmente era uma luz intensa (...) Eu sabia que era São Miguel. (...) Os seus rostos são adornados com belas coroas, ricas e preciosas. Eu sei muito bem que são eles; e posso facilmente distingui-los. Eu vi o rosto. Não sei se eles têm braços ou outros membros.” (SCHILDKROUT, B., 2017), (NICASTRO N., PICARD. F., 2016), (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991).

Em 1975, Waxman e Geschwind descrevem uma síndrome (Geschwind) caracterizada pela presença de uma tríade de características no paciente: hiper-religiosidade, hiposexualidade e hipergrafia (WAXMAN, SG., GESCHWIND, N., 1975) e para TRIMBLE M., FREEMAN A., 2006 a síndrome está efectivamente descrita em pacientes com epilepsia temporal. Vejamos ao analisar o perfil de Joana d’Arc, como é interessante notar a presença de algumas dessas características: Hiper-religiosidade - Joana mostrava uma elevada sensibilidade e mesmo hostilidade em caso de violação de seus princípios religiosos/morais: “*Ela ficava muito irritada se ouvisse algum dos soldados blasfemar (...)*”; “*Joana odiava as mulheres [prostitutas] que seguiam nas campanhas militares. (...) Vi-a um dia em St. Denis perseguindo uma delas empunhando uma espada*

(...)” (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991). A Síndrome de Geschwind descreve que o paciente pode inclusive transcender os limites impostos pela sua religião: uma das questões colocadas num dos seus julgamentos foi “– *As vozes ordenaram-lhe que não se submetesse à Igreja Militante?*” ao qual Joana responde: “– *Eles não me mandam desobedecer à Igreja, mas Deus deve ser servido primeiro*” (HENKER F., 1984); Hipossexualidade - A sua crença religiosa poderia ter favorecido a sua castidade, e de facto Joana era caracterizada como alguém com reduzida libido (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991). Além disso, teria uma manifesta transcendência em relação à sua sexualidade física, no contexto da devoção para com a sua missão. A própria Igreja Católica ter-se-á encarregado de a examinar por duas vezes confirmando a sua virgindade, condenando-a ainda assim por envergar vestes masculinas. Persiste no entanto a dúvida se Joana o faria por travestismo ou num esforço de dissuasão de abuso sexual num ambiente predominantemente masculino num contexto inicialmente militar e posteriormente prisional (HENKER F., 1984); Hipergrafia - Joana não sabia ler nem escrever, excepto assinar. As três cartas disponíveis (SCOTT W., 1974) eram assim somente assinadas pela própria, não existindo por isso atualmente um substrato de estudo para avaliar esta característica.

Epilepsia parcial idiopática com características auditivas: As epilepsias reflexas são síndromes epilépticas raras com convulsões induzidas por fatores desencadeantes específicos: estímulos visuais, auditivos, somato-sensitivos ou somato-motores, ou por atividades de função cortical superior. A epilepsia parcial idiopática com características auditivas é uma forma específica de epilepsia do lobo temporal (BISULLI, F., TINUPER P., AVONI P. et al., 2004), manifestando-se, tal como em Joana, sob a forma de alucinações auditivas complexas tipicamente com vozes bem definidas em cerca de 40% dos casos (MUHAMMED L., 2013), (D’ORSI, G., TINUPER, P., 2006) e por um episódio súbito de curta duração, estereotipado e de frequência variável: “*Disse-me duas ou três vezes por semana*” [22 fev 1431], “*Não há um dia em que eu não ouça essa voz*” [1 mar 1431] (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991), “*Eu estava a dormir; a Voz despertou-me... sem me tocar*” [12 mar 1431] (NICASTRO N., PICARD. F., 2016). Outra das características desta entidade clínica, é o modo como as alucinações são desencadeadas através de estímulos acústicos súbitos. (D’ORSI, G., 2016) Com efeito os episódios descritos surgiam após o toque de sinos de igreja, o que aponta para uma relação causal entre um estímulo acústico e o fenómeno alucinatório que se seguia, reforçando assim a possibilidade desta hipótese: “*Ontem ouvi [as vozes] três vezes, uma de manhã na Matina, uma vez na Vespertina e outra vez quando a Ave Maria tocava ao anoitecer.*” (MUHAMMED L., 2013), referindo-se aos três toques de sinos ao longo do dia. Estudos mostram que uma mutação no gene LGI1/ Epitempina do cromossoma 10q24 está por detrás deste tipo de epilepsia (D’ORSI, G., 2016), e embora Joana selasse as suas cartas utilizando lacre e um dos seus cabelos pressionando-o com um dedo. (MUHAMMED L., 2013) desconhece-se o paradeiro dos seus cabelos (SCOTT W., 1974) inviabilizando a possibilidade de um estudo genético que suportasse com firmeza este diagnóstico.

Esquizofrenia: A esquizofrenia é caracterizada por distúrbios em várias modalidades mentais, incluindo o pensamento (delírios, perda de associação de ideias), percepção (alucinações), discurso, cognição (prejuízo da atenção, memória verbal e cognição social), volição (perda de motivação), afeto (embotamento emocional) e o comportamento (bizarrias, comportamentos imprevisíveis ou inadequados). Podem estar presentes distúrbios psicomotores, como a catatonia. Para se considerar o diagnóstico de esquizofrenia, os delírios persistentes, alucinações persistentes, perturbações do pensamento e experiências de influência, passividade ou controle são considerados sintomas essenciais. Além disso, os sintomas não são uma manifestação de outra condição de saúde (tumor cerebral) e não são devidos ao efeito de uma substância exógena ou à abstinência desta. Tendo em conta a análise dos registos acerca de Joana, trata-se de uma hipótese improvável. Embora as experiências descritas como fenómenos alucinatórios num contexto psicótico com actividade delirante de

cariz messiânico, sejam um aspecto a favor desta hipótese, (o conteúdo das alucinações era interpretado como um estímulo para um propósito divino) ao contrário da experiência perceptiva de Joana, os pacientes com esquizofrenia habitualmente descrevem alucinações auditivas como vozes internas, geralmente não lateralizadas. Além disso as alucinações auditivas eram desprovidas de hostilidade. Joana era também descrita como uma pessoa organizada, bem-humorada com um discurso claro e eloquente, e sem descrição de mudanças de comportamento (NICASTRO N., PICARD. F., 2016).

Transtorno de humor: Os transtornos de humor são definidos de acordo com tipos específicos de episódios de humor e os seus padrões ao longo do tempo. Os principais tipos de episódios de humor são episódio depressivo, episódio maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco. Os episódios de humor constituem os componentes principais da maioria dos transtornos depressivos e bipolares. Os transtornos bipolares são transtornos de humor episódicos definidos pela ocorrência de episódios ou sintomas maníacos, mistos ou hipomaníacos. Tipicamente estes episódios alternam ao longo do curso deste tipo de transtornos com episódios depressivos ou períodos de sintomas depressivos. No caso de Joana ainda que se considerasse a hipótese de existir um transtorno bipolar do tipo I, assumindo-se que teria episódios maníacos caracterizados por um estado de humor extremo, euforia, expansividade, aumento da energia e atividade, impulsividade ou imprudência, que se confundisse na sua atitude entusiasta e bravura durante as suas campanhas militares, assim como a sua alta identificação pessoal, baseada na escrupulosa integridade moral e religiosa pela qual se regia, não existe registo de alternância destes episódios com períodos depressivos. Para além de uma tentativa de suicídio por defenestração após três semanas de prisão, alegando posteriormente: *“Fiz isso contra a ordem [dos Santos]; mas eu não me conseguia controlar (...) eles [os Santos] salvaram minha vida e impediram-me de me matar”* (FOOTE-SMITH E., BAYNE L., 1991), não existem outros indícios de que pudesse ter apresentado episódios depressivos num continuum de alternância que caracteriza a perturbação bipolar.

Tuberculose intracraniana: Numa Europa medieval, onde a tuberculose bovina era prevalente e uma vez que Joana se dedicaria à pastorícia na sua infância, seria possível que no contexto de uma infeção crónica desenvolvesse um granuloma tuberculoso intracraniano que se localizado no lobo temporal poderia traduzir-se num foco epiléptico explicando alguns dos sintomas apresentados. Outros dados históricos favorecem esta hipótese, documentando-se que o coração e partes dos intestinos de Joana não foram queimados pelo fogo da execução tendo sido posteriormente recolhidos e lançados no rio Sena. Com efeito, o mesmo quadro crónico poderia promover um desenvolvimento de uma pericardite tuberculosa calcificada e uma calcificação nos nódulos mesentéricos, justificando a preservação destes órgãos durante a incineração do seu corpo (FOOTE-SMITH E., BAYNE L. 1991), (RATNASURIYA, R. 1986).

Conclusões

O contexto cultural e religioso em que Joana viveu a sua infância e adolescência terão possivelmente modulado o conteúdo das suas alterações perceptivas e o seu comportamento futuro. Cresceu no seio de uma família humilde, sob uma educação católica rigorosa, terá sofrido de perto os efeitos da Guerra dos Cem Anos com destaque para a invasão da sua aldeia, destruição das propriedades da sua família e o incêndio da igreja local associada às suas “visões”. Portanto, ainda que patológicos os fenómenos mentais subjacentes, expressam o aspecto pessoal e cultural de Joana.³ Independentemente da causa, Santa Joana d'Arc foi capaz de encorajar o exército francês na recuperação do seu território e moralizar uma França politicamente fragilizada. Actualmente é também conhecida como Virgem de Orleães.

Fontes e bibliografia final

1. BISULLI, F., TINUPER P., AVONI P. et al. – Idiopathic partial epilepsy with auditory features (IPEAF): a clinical and genetic study of 53 sporadic cases. *Brain*. Vol. 127 (2004) 1343 – 1352.
2. CAROTA A., BOGOUSLAVSKY J. - Neurology versus Psychiatry? Hallucinations, Delusions, and Confabulations. *Neurol Neurosci*. Basel: Karger. Vol. 44 (2019) 127-140.
3. CORREIA, Diogo Telles - *Manual de Psicopatologia*. Portugal: Lidel, 2014; 193.
4. D'ORSI, G., TINUPER, P. - "I heard voices. . .": from semiology, a historical review, and a new hypothesis on the presumed epilepsy of Joan of Arc. *Epilepsy&Behavior*. Vol. 9 (2006) 152–157.
5. D'ORSI, G. -The "voices" of Joan of Arc and epilepsy with auditory features. *Epilepsy&Behaviour* Vol. 61 (2016)
6. FOOTE-SMITH E., BAYNE L. – Joan of Arc. *Epilepsia*. Vol. 32 (1991) 810-815.
7. HARRIS J. – Joan of Arc. *JAMA Psychiatry*. Vol. 10 (2013) 6-7.
8. HENKER F. – Joan of Arc and DSM III. *Southern Medical Journal*. Vol. 77 (1984) 12.
9. MUHAMMED L. - A retrospective diagnosis of epilepsy in three historical figures: St Paul, Joan of Arc and Socrates. *Journal of Medical Biography*. Vol. 21 (2013) 208 – 211.
10. NICASTRO N., PICARD. F. - Joana of Arc: sanctity, witch craft or epilepsy? *Epilepsy Behav*. Vol. 57 (2016) 247-250.
11. PLATT C. - Heart and Mind, Light and Love: The Right Intuitive Mind of Joan of Arc. *Journal of Consciousness Studies*. Volume 26, Numbers 11-12 (2019) 182-202.
12. RATNASURIYA, R. –Joan of Arc, Creative psychopath: is there another explanation? *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volume 79 (1986)
13. SCHILDKROUT, B. –Joan of Arc – Hearing Voices. *Am J Psychiatry*. Vol. 174 (2017) 1153-1154.
14. SCOTT W. - Jeanne d'Arc – Her Life, Her Death, and the Myth. 1974. *Letters by Jeanne d'Arc*. Acedido a 26 de out. de 2020. Disponível na Internet: <https://www.jeanne-darc.info/biography/letters/>.
15. TRIMBLE M., FREEMAN A. – Na investigation of religiosity and the Gastaut–Geschwind syndrome in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy&Behavior*. Vol. 9 (2006) 407 – 414.
16. WAXMAN, SG., GESCHWIND, N. – The interictal behavior syndrome in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 32 (1975) 1580-1586.

**“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 Ferreira;
Filipa Viegas Gonçalves**

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Médicas de Formação Específica em Psiquiatria e Saúde Mental
Email: inesccfigueiredo@gmail.com

Resumo

Publicado em 1892, “O Papel de Parede Amarelo” é um relato na primeira pessoa da vivência de uma mulher, que durante um episódio afectivo no período pós-parto, é sujeita ao então designado tratamento de “repouso”, e dos efeitos deste sobre a sua saúde mental. Este conto, de relevância autobiográfica, permite perscrutar a experiência da mulher afectada de doença mental no século XIX, expondo também a patosseletividade vigente na época, que limitava o sentido de agência da mulher sobre o seu adoecer psíquico e sua recuperação.

A sua publicação, inicialmente recusada por se julgar promotora da loucura feminina, tornou-se nas décadas vindouras um importante marco literário, não só no que à defesa dos direitos das mulheres diz respeito, como também pela exposição da instrumentalização da própria doença mental na perpetuação da subordinação feminina.

Palavras-chave: feminismo; depressão; doença mental perinatal; neurastenia; histeria.

Abstract

Published in 1892, "The Yellow Wallpaper" is a first-person account of a woman's experience of an affective postpartum episode and its effects on her mental health.

This tale, of autobiographical nature, makes it possible to scrutinize the experience of women suffering from mental illness in the 19th century, also exposing the patosseletivity prevailing at the time, which limited the woman's sense of agency over her illness and recovery.

Its publication, initially refused because it was considered to be a promoter of female madness, became in the decades to come an important literary landmark, not only in terms of the defence of women's rights, but also by exposing the instrumentalization of mental illness itself in the perpetuation of female subordination.

O presente trabalho tem como objectivo analisar a génese da obra “O Papel de Parede Amarelo” à luz da vivência da sua autora, Charlotte Perkins Gillman e da representação que esta faz da mulher do final do século XIX, desprovida de autonomia e autoridade, anónima no conto, refletindo a falta de agência sobre as circunstâncias da sua própria vida.

As autoras pretendem, através da análise da experiência do adoecer psíquico descrita na obra e da relação com a vida da autora, realçar como a conceptualização dos limites entre o normal e patológico, a atribuição de doença, e as possibilidades terapêuticas, são moldados pelos juízos socioculturais do paradigma vigente.

Desde a sua primeira publicação em 1892 que o conto “O Papel de Parede Amarelo” tem sido alvo de diversos estudos. Este conto, de relevância autobiográfica de Charlotte Perkins Gilman, foi entendido por muitos na época da sua publicação como uma mera descrição de

insanidade e criticado por alguns por se julgar ser promotor da insanidade feminina. Foi apenas na década de 1970 que a atenção crítica e as primeiras interpretações feministas realçaram os aspectos mais transcendentais do conto. Conseguiram dar ênfase a duplicidade narrativa do texto, que não deve de todo ser encarado como um mero relato de neurastenia e que transporta uma importante mensagem feminista e de saúde mental, evidenciando a opressão vivenciada pelas mulheres do século XIX e algumas das restrições impostas pela sociedade patriarcal.

“O Papel de Parede Amarelo” é um conto, de relevância autobiográfica, narrado em tom de diário, um relato na primeira pessoa de uma mulher (cujo nome não é mencionado) imposta a um isolamento forçado, confinada a um quarto pelo marido médico, durante um episódio afectivo no período pós-parto, e o efeito deste confinamento na saúde mental da narradora. A protagonista do conto de Gilman, objeto deste trabalho, é diagnosticada, pelo marido e confirmada pelo irmão, ambos médicos, com uma “*temporary nervous depression—a slight hysterical tendency*”, sendo o enredo passado numa casa de campo, para onde a protagonista é levada pelo marido com intuito de ser tratada (sem agência na escolha, no tratamento ou na própria sintomatologia). Conquanto a figura de casa de campo esteja presente é o quarto, o quarto que outrora havia pertencido a crianças infelizes, com grades na janela e um papel amarelo em torno, é este o veículo metafórico central para esta personagem e o seu aprisionamento enquanto mulher, enquanto mãe, enquanto doente, enquanto aprisionada nos diversos ciclos de papéis sociais que lhe silenciam a voz e a expressão do sofrimento que sente e de si mesma.

O marido, John, é apresentado como forma de poder opressivo sob qualquer expressão da protagonista, a quem trata de forma infantilizada, sonogando as suas opiniões: “*John laughs at me, of course, but one expects that in marriage. John is practical in the extreme. He has no patience with faith, an intense horror of superstition, and he scoffs openly at any talk of things not to be felt and seen and put down in figures.*” John é médico, representando também o ideal da “razão”, e coloca-se como sujeito diametralmente oposto à narradora, cujos juízos desvaloriza como irracionais. Sem existir espaço para grandes questionamentos e imune a todos os dilemas éticos e deontológicos, John detém toda a autoridade para diagnosticar a esposa e decidir sobre o seu tratamento. Não apenas o marido, como também o irmão médico, que partilha da mesma opinião. A personagem principal encontra-se rodeada de figuras masculinas que decidem sobre a sua vida.

Em nenhum momento do conto é mencionado o nome da narradora, ao contrário de todas as outras personagens, nomeadamente do seu marido, John. Esta anonimidade, alude, por um lado, à universalidade da experiência descrita pela narradora, que era uma realidade comum para as mulheres daquela época. Por outro lado, espelha a menoridade da mulher enquanto figura social e a ausência de autoridade que lhe é reconhecida. Ao longo da obra assistimos a como a opinião e consciência patológica da narradora é desconsiderada, infantilizada e silenciada pelo seu marido.

Percebemos, particularmente, a incongruência entre a experiência subjectiva da narradora e a tristeza que sente, e a visão do seu marido sobre o seu estado psicopatológico, que prevalece e em relação à qual a narradora não pode contestar “*And what can one do? If a physician of high standing, and one’s own husband, assures friends and relatives that there is really nothing the matter with one but temporary nervous depression—a slight hysterical tendency—what is one to do?*”.

Os tratamentos de repouso ou “*rest cures*”, frequentemente injustificados, eram uma realidade comum naquela época e vedavam as mulheres do acesso à normalidade do quotidiano e ao seu importante efeito terapêutico. Compreendemos, a propósito do tratamento a que é sujeita, da discordância da narradora e da sua noção de completa ausência de poder decisório sobre o mesmo “*personally i disagree with their ideas (...) i believe that congenial work, with excitement and change, would do me good. But what is one to do?*”.

Assim, observamos como a narradora fica interdita a toda e qualquer espécie de actividade mental, sendo reiteradamente encorajada e sancionada a cumprir repouso absoluto, pelo risco de que o seu estado de saúde pudesse agravar. Notamos que esta se vai sentindo cada vez mais fatigada, não pelo ato da escrita em si, mas vergada pelo sentimento de derrota, pelo esforço contra a oposição que a rodeia, a clandestinidade e a culpa pela ausência de autocontrolo e debilidade nervosa que lhe atribuem. O marido não só a proíbe de escrever, como também a restringe de qualquer tipo de convívio, até com o seu bebé, incapacitando-a para todas as actividades e afastando-a de qualquer relação afetiva. Contudo, a proibição mais nociva parece ser a de não poder refletir sobre a sua própria condição, limitando até aquilo que é a talvez a experiência mais privada, o seu pensamento, “*John says the worst thing I can do is think about my condition*”.

Tentando cumprir com as expectativas que recaem sobre ela para melhorar, apesar de simultaneamente culpada e alheada da sua recuperação, a narradora, obediente à tarefa de não pensar sobre a sua interioridade, descola a sua atenção para um aspecto exterior a si, o papel de parede de amarelo que exerce sobre ela sentimentos contraditórios de aversão e fascínio. Neste, a narradora projeta a sua interioridade, podendo, deste modo, analisar e pensar sobre si mesma sem transgredir as normas sociais.

A narradora, progressivamente mais deprimida, descobre um novo ânimo ao analisar o papel de parede, ficando cada vez mais alheada da realidade para se dedicar a atribuir significado e a tentar explicar o padrão do papel de parede. Fica particularmente intrigada com um “sub-padrão” que refere ver no papel, onde após algum tempo consegue decifrar uma figura feminina a sacudir o papel, como se quisesse sair, fugir do seu aprisionamento no papel. É neste confronto com esta figura, a representação dela própria e das suas súplicas, que vemos materializado o seu poderoso desejo de fuga. Para a narradora a única saída possível consiste em tentar conciliar o inconciliável, o tal “sub-padrão” do papel, onde, através da figura da mulher presa, ela própria poderia fugir. Renunciando à realidade onde não tem possibilidade de qualquer vitória, o delírio da narradora surge como libertação do seu aprisionamento.

O conto de Gilman “O Papel de Parede Amarelo” é um importante olhar sobre o mundo feminino restritivo da era Vitoriana e retrata poderosamente a experiência subjectiva da doença mental e sua conceptualização. Mais importante ainda, oferece uma visão profunda da natureza das doenças mentais femininas, examinando o significado dos sintomas psicológicos, bem como as condições sociais de onde eles emergem. Como Jane Usher conclui, durante este período “o diagnóstico e o tratamento foram utilizados como métodos de controlo social e (...) os sintomas eram na realidade uma forma ou protesto”.

Enquanto obra de ficção, este conto faz uso dos sintomas mentais como veículo metafórico, estabelecendo assim a compreensibilidade do delírio da sua protagonista, que surge à luz do seu aprisionamento como forma de libertação. Enquanto obra de carácter autobiográfico, realça a influência do contexto sociocultural na emergência de psicopatologia, nos tratamentos aplicados e na possibilidade de recuperação dos indivíduos; emergindo, assim, como um ato literário de revolta e de luta pela conquista de direitos humanos.

Ao escrever a partir da sua própria experiência de doença, Gilman credibilizou a denúncia feita à iatrogenia do tratamento a que foi sujeita, dando, deste modo, voz ao sofrimento silenciado de todas mulheres que a este foram submetidas.

A sua obra é um importante marco na luta dos direitos das mulheres e de todos aqueles, que em contexto de vulnerabilidade - como ocorre durante um episódio de doença - experimentam uma limitação ao nível do exercício da sua liberdade. As autoras concluem a presente análise com recurso às palavras de Gilman: “[The Yellow Wallpaper] was not intended to drive people crazy, but to save people from being driven crazy, and it worked.”

Charlotte Anna Perkins Gilman (1860-1935) nascida a 3 de julho de 1860 em Connecticut, foi uma importante escritora, feminista e ativista pela reforma social norte-americana. Foi uma das mais importantes vozes femininas do seu século, inspirando gerações futuras.

A sua infância foi marcada pela ausência de um lar permanente e pelo abandono da figura paterna. Os pais de Gilman (Mary Westcott Perkins e Frederick Beecher Perkins) separaram-se quando a autora era ainda muito jovem. Gilman cresceu no seio de uma família monoparental onde apenas existiu a figura matriarcal, cenário incomum para os referenciais da época.

O seu pai Frederick apresentava uma vocação para a literatura. Foi bibliotecário e chegou a ser nomeado para diretor da Biblioteca Pública de San Francisco. Se o amor do pai pela literatura claramente influenciou Gilman, o exemplo poderoso de uma mãe solitária também terá influenciado a sua percepção no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, trabalho e responsabilidade cívica.

Ingressou num colégio privado aos 14 anos de idade. Em 1878 inscreveu-se na Escola de Design de Rhode Island com a ajuda monetária de seu pai ausente e sustentou-se a criar cartões comerciais. Foi professora e incentivou outras pessoas a expandir a sua criatividade artística. Foi também foi pintora.

Aos 21 anos de idade conheceu o artista Walter Stetson com quem casou dois anos mais tarde, em 1884. A sua filha Katharine Beecher Stetson nasceu em 1885 e imediatamente após o seu nascimento Gilman foi infligida por um grave episódio de depressão no pós-parto. Por indicação do seu médico foi aconselhada a viajar para Pasadena, na Califórnia onde visitou a sua amiga de infância Grace Channing durante o Inverno de 1885. Quando regressou a casa aceitou colaborar para o jornal semanal provincial *People* e iniciou igualmente a sua contribuição no *Woman's Journal*, publicado pela *American Woman Suffrage Association*, através da publicação de poemas. Em 1887, Gilman já teria publicado vários artigos e poemas. Mesmo os seus trabalhos iniciais já refletiam a sua forte convicção pela necessidade de trabalho, serviço público e independência financeira das mulheres.

Gilman acabou por manifestar recidivas depressivas que motivaram a procura de um psiquiatra em Filadélfia - Dr. S. Weir Mitchell, que a diagnosticou com neurastenia ou “exaustão nervosa” e lhe prescreveu uma “rest cure” ou cura de descanso. Durante o primeiro estágio de tratamento foi-lhe vedado o acesso a qualquer vida literária, académica ou lúdica. Gilman viu-se interdita a actividades como ler, escrever, relacionar-se com outros, até mesmo alimentar-se autonomamente. Todas estas prescrições médicas eram profundamente incongruentes com o seu modo de vida. Na sua autobiografia, Gilman afirma que a sua mãe, o seu marido e o médico foram responsáveis por ter quase enlouquecido. Entre outros acontecimentos e motivações, o confinamento doméstico compulsivo e a interdição à sua vida intelectual prescritas pelo médico, mas coadunadas pelo marido, motivaram o término da sua vida conjugal. Em 1888, Charlotte e Walter concordaram em separar-se e Walter voltou a casar-se com a sua amiga Grace Channing. O divórcio apenas se concluiu em 1894 e durante décadas, Charlotte manteve uma relação de amizade com Walter e Grace.

Paralelamente a este tempo de grande mudança na esfera pessoal, Gilman foi estabelecendo de forma cada vez mais sólida a sua reputação entre os seus contemporâneos e o movimento feminista moderno, através de publicações e de palestras, defensoras do progresso e reformas sociais. Durante esta fase de crescente actividade política e literária, a sua vida pessoal tornou-se ainda mais complexa. Em 1891 Gilman conheceu e desenvolveu uma relação íntima com a jornalista Adeline E. Knapp, com quem viveu até 1893.

Posteriormente, face às dificuldades económicas e aos episódios depressivos que enfrentava, Gilman viu-se obrigada a enviar a filha Katherine, na altura com 9 anos de idade, para ir viver com o pai Walter, facto que, aliado a outros já previamente citados, contribuiu indubitavelmente para o pesado escrutínio moral de que foi alvo.

Em 1898, notabilizou-se através do ensaio *Women and Economics*, sucessivamente reeditado nos anos seguintes. Nesta obra Gilman defende a teoria de que a posição das mulheres na sociedade é diretamente determinada por factores económicos, a maioria prescritos pelos homens, ditadores da dependência económica das mulheres durante século XIX. Esta nomeia várias consequências e penalizações decorrentes da restrição das mulheres ao ambiente doméstico/privado.

Em 1892 publicou um dos seus textos mais conhecidos, o conto semi-autobiográfico “O Papel de Parede Amarelo, que alude ao seu episódio afectivo no pós-parto.

Além de escrever continuamente romances, contos, ensaios, poesia e dramaturgia, fundou e dirigiu a revista mensal *The Forerunner*, integralmente composta por textos seus, publicada entre novembro de 1909 e dezembro de 1916. Na sua revista eram publicados contos, narrativas de ficção e de não-ficção, artigos, poemas. Algumas das suas publicações seriadas foram posteriormente convertidas em livros tais como: “The Man-made World or, Our Androcentric Culture” e “Herland”. A revista contava com 1,200 subscritores e acabou por ser descontinuada devido a dificuldades financeiras. Gilman revelou-se assim uma das autoras mais prolíficas do seu tempo e deixou uma vasta obra literária que é ainda hoje objeto de inúmeros trabalhos académicos.

Em 1900, Gilman tornou-se uma celebridade internacional, mas enfrentou o escândalo social por ser uma mulher divorciada que “abandonou” a sua filha. Com o passar do tempo, o protagonismo que uma vez desfrutara se desvaneceu.

Foi diagnosticada com cancro de mama em 1934, e após a morte do seu segundo marido planeou cuidadosamente o seu suicídio. Previamente à sua morte, Gilman terá verbalizado que gostaria de escrever um artigo sobre a sua posição em relação à morte assistida e/ou eutanásia. O artigo foi publicado em 1935 na revista *Forum*. Relativamente ao suicídio, Gilman escreveu “*surrender is justifiable. If persons are beyond usefulness, of no service or comfort to anyone, they have a right to leave*”. Em agosto de 1935, Gilman cometeu suicídio inalando grandes quantidades de clorofórmio.

Conclusões

Charlotte Perkins Gilman é uma figura incontornável no movimento feminista que selou a sua reputação ao redigir vários manuscritos sobre a dependência económica, o confinamento doméstico e o desejo pelo serviço público das mulheres. A sua obra conta também com a partilha de elementos autobiográficos, onde expõe as suas angústias mais íntimas como filha, esposa, mãe e trabalhadora.

Em “O Papel de Parede Amarelo” Gilman revela o carácter mórbido do confinamento da mulher à esfera doméstica, enquanto consequência e meio de subordinação, expondo também a influência do domínio patriarcal nos cuidados de saúde prestados às mulheres nessa época.

A sua vasta obra permanece um importante contributo para a reconceptualização do papel da mulher perante os paradigmas de uma sociedade patriarcal e para a revolução social que se estende à atualidade.

Fontes e bibliografia final

GILMAN, C. The yellow wallpaper. *New England Magazine*, 647-656. London, 1982. [Acedido a 5 Abril de 2020]. Disponível: <<https://www.nlm.nih.gov/theliteratureofprescription/exhibitionAssets/digitalDocs/he-Yellow-Wall-Paper.pdf>>

GILMAN, C. Why I Wrote The Yellow Wallpaper. [The Forerunner]. London, 1913. [Acedido a 20 Julho de 2020]. Disponível: <<https://csivc.csi.cuny.edu/history/files/lavender/whyyw.html>>

SCHARNHORST, G. Charlotte Perkins Gilman, a bibliography. Metuchen, N.J: Scarecrow Press, 1985.

O'BRIEN, M. Autobiography and liminality: Which story does Charlotte Perkins Gilman choose to tell? *Women's Studies*:1991;20:1(37-49). DOI: 10.1080/00497878.1991.9978887

DA CRIAÇÃO À DESTRUIÇÃO: O SUICÍDIO DE SYLVIA PLATH

Liliana Ferreira¹; Núria Santos²; António Alho³; Ricardo Gasparinho⁴;
Marisa Martins⁵; Nuno Fernandes⁶; Isa Costa⁷; Alda Rosa⁸

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém

^{1,2,3,4,5,6,7} Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria;

⁸ Assistente graduada de Psiquiatria

Emails: lilianapf@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com;
antonio.alho84@gmail.com; ricardogasparinho5@gmail.com;
marisa.andrem@gmail.com; n.agostinho.fernandes@gmail.com;
isacosta2014@outlook.pt; alda_rosa@hotmail.com

Resumo

Introdução: Um número crescente de estudos aborda a relação entre o comportamento suicidário e a criatividade. Vários fatores contribuíram para o curso da perturbação psiquiátrica de Sylvia Plath, que após uma primeira tentativa de suicídio aos 20 anos, suicidou-se aos 30 anos.

Objetivos: Analisar os fatores de risco que conduziram à auto-destruição de Sylvia Plath.

Métodos: Pesquisa na PubMed com a equação: "Sylvia Plath" AND "Suicide". Análise da obra literária "A Campânula de Vidro".

Resultados: A escrita pode ter tido algum efeito terapêutico, que apesar de ser uma forma de criação, pode ter sido uma fonte adicional de ansiedade na personalidade sensível de Plath, conduzindo-a à destruição. Plath tentou expressar os sentimentos autodestrutivos através da escrita numa tentativa de os exteriorizar, mas apenas conseguiu controlá-los.

Conclusão: Plath não conseguiu transformar os seus sentimentos autodestrutivos em criação e não conseguiu libertar-se o suficiente do passado para avançar em direção ao futuro.

Palavras-chave: criatividade; doença mental; suicídio; literatura; Sylvia Plath

Abstract

Introduction: An increasing number of studies approaches the relationship between suicidal behaviour and creativity. There are several factors that contributed to the course of Sylvia Plath's psychiatric disorder. After a first suicide attempt at age 20, she committed suicide at age 30.

Objectives: To analyse the risk factors that caused Sylvia Plath's self-destruction.

Methods: Literature research using PubMed database with the equation: "Sylvia Plath" AND "Suicide". Complementary analysis of the book "The Bell Jar".

Results: The writing may have had some therapeutic effect, which although it's a way of creation, it may have been an additional source of anxiety in Plath's susceptible personality, causing its destruction. Plath tried to express the self-destructive feelings through the words she wrote in an attempt to externalize them, but only managed to control them.

Conclusion: Plath failed to turn her self-destructive feelings into creation and failed to free herself enough from the past to move towards the future.

Introdução

Sylvia Plath, a poetisa do suicídio, que nasceu em Boston a 27.10.1932 e faleceu em Londres a 11.02.1963 com 30 anos, teve uma breve, intensa e agitada vida, tendo escrito várias obras literárias pelas quais é reconhecida. Além dos contos e poemas, também escreveu um romance auto-biográfico - *A Campânula de Vidro*, onde são descritos os detalhes da sua luta

contra a depressão. *Esther*, a personagem principal do romance, tal como Sylvia tinha uma relação de anomia com a sociedade no sentido de que não se identificava com os papéis sociais do contexto social em que vivia.

Plath morre por suicídio um mês após a publicação da primeira edição do seu único romance. O suicídio fez dela um mito entre as feministas no final dos anos 60 e a sua poesia tornou-se secundária ao que foi a sua vida conjugal com o famoso poeta Ted Hughes. (Gerisch, 1998)

História pessoal de Sylvia Plath

Em 1940, com 8 anos de idade, o seu pai Otho Plath morreu devido às complicações da Diabetes Mellitus. Na altura, o seu irmão Warren tinha 5 anos e ficam com a mãe Aurelia Plath que se casou com um homem 10 anos mais velho. (Cooper, 2003)

Em relação ao seu percurso académico, Plath foi uma aluna exemplar. Em 1953, quando estudava no Smith College conseguiu vaga para um estágio de verão em Nova Iorque na revista “*Mademoiselle*”, mas o tamanho da cidade e o estilo de vida agitado, tornaram a experiência diferente do que esperava e começa a modificar a visão sobre si própria e sobre a vida. A realidade de “ser mulher” nos anos 50, fazem-na refletir sobre o padrão social em que está inserida. No regresso a casa, recebe a notícia de que não foi aceite para um curso de jovens poetas, o que a deixou triste e desiludida. Em 1955, terminou a formação com louvor no Smith College e ganha uma bolsa Fullbright para estudar em Inglaterra. (Marcarian e Wilkinson, 2017)

Em fevereiro de 1956 conheceu o poeta Ted Hughes em Inglaterra, com quem casou 4 meses depois. Ambos se dedicaram ao ensino, mas no ano seguinte, decidem abandonar o ensino para se dedicarem à escrita e foram viver para os Estados Unidos, onde permaneceram de julho de 1957 a outubro de 1959.

Numa assustadora obsessão pela maternidade, em 1960, Plath estava grávida e regressaram a Inglaterra, onde nasceu a filha Frieda (1 de abril de 1960) e 2 anos depois, nasceu o filho Nicholas. Quando Plath consegue alcançar o que considera de “grande experiência” feminina, ou seja, ser mãe, o poder que antes pairava sobre a figura do marido, agora volta-se para ela. No início dos anos 60, começaram as discussões entre o casal devido à infidelidade do marido. (Cooper, 2003)

História psiquiátrica

Aos 19 anos, Plath é observada pela primeira vez por um psiquiatra devido a comportamentos autolesivos que apresenta. (Cooper, 2003) Durante o 3º ano no Smith College, com 21 anos teve uma primeira tentativa de suicídio através da intoxicação medicamentosa de ansiolíticos, pelo que foi internada numa instituição psiquiátrica, submetida a electroconvulsivoterapia e psicoterapia. (Cooper, 2003)

Após o nascimento de Nicholas e a completude idealizada alcançada, os conflitos conjugais, os maus tratos e o ciúme excessivo, motivaram a separação do casal (Cooper, 2003), o que para muitos foi encarado como a sua causa da sua morte. (Cooper, 2003; Kaufman, 2017; Lester e Mcswain, 2011) Contudo, esse motivo não terá sido suficiente para a explicação do seu suicídio.

Após a separação, a depressão que pairava sobre ela desvaneceu-se e começou a escrever intensamente. Nos meses que antecederam a sua morte, escreveu as suas obras mais famosas: “Lady Lazarus” 2 “Daddy”. Nos últimos 4 meses de vida, numa intensa explosão de energia criativa, escreveu cerca de 40 poemas. (Cooper, 2003) Antes de morrer, enviou alguns dos seus melhores poemas para publicação e mais uma vez, mas nenhum foi aceite. Hoje em dia, esses poemas são considerados clássicos da poesia americana.

Em relação à personalidade prévia, Plath era uma pessoa alegre, com projetos futuros, que alternava com sentimentos de solidão, vazio interior e falta de esperança. (Orgei, 1974)

O continuum da depressão – a psicopatologia de Plath:

Os episódios depressivos de Plath ocorreram após eventos adversos de vida. Aos 19 anos, descreveu nas suas obras que não se sentia feliz desde a morte do pai. O seu primeiro episódio depressivo quando estagiava em Nova Iorque, manifestou-se por tristeza profunda e ideação suicida, que conduziram a uma tentativa de suicídio aos 20 anos. (Cooper, 2003)

Aos 30 anos, em contexto de separação, um novo episódio depressivo com sentimentos de desesperança, irritabilidade e pensamentos de morte, (Cooper, 2003) que culminou na sua morte.

Para alguns, Sylvia escrevia sobre a morte porque estava obcecada ou deprimida, mas para outros, ela escrevia tanto sobre as suas tentativas de suicídio porque já as havia superado. As ideias de morte nas suas obras, parecem não apenas uma contemplação, mas também um desafio mental colocado por ela desde a morte do pai. Para Plath, a morte era o que tinha de pagar a cada 10 anos para permanecer viva, como uma mulher adulta, mãe e poeta, ela devia pagar com a sua vida.

Na tentativa de atribuir um diagnóstico categórico à psicopatologia de Plath, surgem dificuldades e o diagnóstico categórico é incerto. (Cooper, 2003) A depressão de Plath não corresponde à depressão endógena nem reativa, mas a um conjunto de características clínicas. (Cooper, 2003) De facto, a sua vida foi pautada por episódios de instabilidade emocional que afetaram as relações interpessoais e impulsividade manifestada pelos comportamentos autolesivos. (Cooper, 2003)

Além dos traços de personalidade que apontam para a perturbação de personalidade emocionalmente instável tipo estado-limite (borderline), também se coloca a hipótese diagnóstica de perturbação depressiva grave recorrente (sem sintomas psicóticos). (Cooper, 2003) A personalidade borderline pode ser mimetizada por um episódio de perturbação afetiva bipolar, mas é necessário considerar as diferenças com base no modelo binário da doença afetiva. (Ryle, 2003)

O suicídio de Sylvia Plath

A morte do pai e a relação conflituosa com a mãe, bem como a sua própria relação com a sociedade da época terão influenciado os seus comportamentos suicidários. (Shulman, 1998) Antes pôr termo à vida, já havia tido outras tentativas de suicídio.

Em 1963 cometeu a tentativa que culminou na sua morte, através da inalação de gás doméstico. A noite de 11 de fevereiro desse ano, diz-se que foi a noite mais fria daquele ano, Plath vivia Londres, deitou os filhos no quarto, calafetou as portas, deixou pão com manteiga e leite na mesa de cabeceira e desceu para a cozinha, enfiou a cabeça no forno e abriu o gás. (Orgei, 1974)

Enquanto morria naquela noite, nascia o mito Sylvia Plath com a sua ressurreição das cinzas. As suas obras que enfrentavam dificuldade para serem publicadas, passam a ser lidas por muitos. Plath tornou-se um ícone literário após a sua morte (Gerisch, 1998) mas este reconhecimento não era diretamente relacionado com a qualidade intelectual, pelo que a poesia tornou-se secundária à sua vida conjugal. Assim, Plath começou a ser vista não como a escritora talentosa, mas como uma vítima. (Orgei, 1974)

O suicídio tornou-a famosa. Apesar de um pequeno reconhecimento enquanto viva, apenas após a sua morte é que os seus textos interessaram o universo académico. Uma vez que o seu suicídio coincidiu com o início do movimento feminista dos anos 60, transformou Plath num símbolo do movimento feminista (Gerisch, 1998), considerada por muitos como a “Marilyn Monroe” da poesia.

Da análise da sua história pessoal e psiquiátrica, Plath apresenta vários fatores de risco para o suicídio, tais como: tentativa de suicídio prévia; presença de sintomas depressivos; a separação; ser emigrante; o isolamento social; a perda do pai; a relação ambivalente com a

mãe e os traços perfeccionistas. (Earnshaw, 2017; Shulman, 1998) Estes fatores podem ser divididos em: predisponentes (personalidade) que tornam o suicídio uma possibilidade em contexto de impulsividade; precipitantes (eventos de vida adversos) que tornam Plath ativamente suicida e desencadeantes que transformam os pensamentos em ações que conduzem à morte. (Earnshaw, 2017)

As obras literárias de Sylvia Plath

Nas suas obras literárias, o suicídio e a depressão estão presentes enquanto transformação de matéria vivida em arte. (Cooper, 2003) Plath não se resume à sua morte ou vida como esposa de Ted Hughes. A “obsessão” da autora com o tema “morte” e o tipo de morte que teve, constituem fatores primordiais para a construção da sua imagem como uma “mulher suicida”, fazendo com que as suas obras sejam vistas como reflexo direto das suas próprias experiências. (Lester, 1998)

A sua escrita tematiza a morte e o suicídio como algo natural. Embora as personagens sejam fictícias, representam mulheres reais que, tal como Sylvia, não se sentem integradas na sociedade. Na busca pela perfeição e pela beleza poética, num tom autobiográfico, Plath aborda, como temáticas recorrentes da sua escrita, a paixão, as condições sociais e biológicas da identidade feminina.

O seu primeiro livro de poemas, *The Colossus*, é publicado em 1960 em Inglaterra e dois anos depois, nos Estados Unidos. Por altura da perda do pai, começou a produzir os seus textos poéticos e narrativos. Aos 9 anos, publicou o seu primeiro poema num jornal de Boston.

Foi após a separação, que começou a escrever o seu romance tendo terminado em agosto de 1961. No Inverno seguinte, durante um episódio depressivo, escreveu a sua obra prima, *Ariel*, o último livro de poemas escritos pouco antes de morrer, (Rungo, 1998) que inclui o poema “*Daddy*” que descreve a perda precoce do pai. Nesse inverno, mesmo doente, Plath estava bastante produtiva na sua escrita e continuou a escrever antes do suicídio. (Rungo, 1998) O suicídio de Plath parece significar uma tentativa de conseguir sair de um conto desesperado em que a sua própria poesia a havia colocado.

O prémio Pulitzer foi atribuído 19 anos após sua morte, com a coleção de poemas, intitulada *The Collected Poems*.

A Campânula de Vidro

O seu romance autobiográfico foi publicado em janeiro de 1963, poucos dias antes do suicídio da autora, com o pseudónimo de *Victoria Lucas*. (Marcarian e Wilkinson, 2017) Embora sem similaridade entre a sua vida e o romance, reflete sobre a figura do feminino, a dificuldade de ser mulher nos anos 60 e o desejo de ser escritora. Plath escreve sobre os dualismos entre a vida doméstica e a carreira, os ideais da juventude, as relações familiares disfuncionais, os tabus do sexo, a depressão e a loucura, as ideias obsessivas de morte e o suicídio. (Gerisch, 1998)

O seu romance pode ser considerado uma tentativa de procura de si mesma. *Esther Greenwood*, jovem com o sonho de se tornar uma poetisa de sucesso, relata as experiências vividas desde os 19 anos, com a descrição dos episódios depressivos e as várias tentativas de suicídio que transformam uma aluna brilhante numa adulta triste. (Marcarian e Wilkinson, 2017)

A obra é uma descrição poderosa e verosímil da depressão. (Marcarian e Wilkinson, 2017) *A Campânula de Vidro* é uma metáfora que descreve a tampa pesada da dor profunda e da solidão, culminando na depressão de Plath. (Marcarian e Wilkinson, 2017)

Esta romantização do suicídio e das doenças mentais, é uma das perversidades recorrentes nas artes e na literatura. Plath romanceou a sua juventude, a sua primeira tentativa de suicídio, o seu primeiro amor, o sonho de ser escritora e o seu internamento, transformando em romance tudo o que viveu quando jovem. (Rungo, 1998) Ao contrário, *Esther* consegue um

final feliz, ou melhor dizendo, Plath cria um final feliz para a personagem, mas não consegue encontrar a sua própria solução.

Da criação à destruição: da escrita ao suicídio

Na escrita de Plath, é visível um olhar intenso sobre a questão da morte e o suicídio. O tema do suicídio parece ter um movimento paradoxal. Ao mesmo tempo que atua como força motriz para o seu processo criativo, influenciando diretamente a sua imaginação, mais o torna como a única solução possível para a sua vida, cada vez mais difícil de escapar, não se conseguindo determinar se era o seu desejo ou não. (Rungo, 1998)

Na relação entre o suicídio e a criatividade, a morte alcançada voluntariamente, veio interromper a sua fase mais criativa e de grande investimento psíquico, que surgiu após a crise motivada pela separação.

Esta relação entre a criatividade e a instabilidade afetiva sempre foram descritos. (Rungo, 1998; Ryle, 2003) Alguns estudos mostram que as perturbações de humor estão relacionadas com a criatividade dos artistas (Rungo, 1998), como estudo com poetas, em que 1 em cada 7 apresentava psicopatologia e a tentativa de suicídio era um indicador de psicopatologia. (Martindale, 1972)

A escrita é um domínio inequivocamente criativo e é impossível fazer arte não criativa, sendo a poesia uma das artes mais criativas. (Kaufman, 2017) Os efeitos da escrita devem ser reconhecidos, tal como o investimento de Plath na escrita, que pode ter predisposto à depressão, devido à influência da imaginação criativa. (Rungo, 1998) Quando não estava mais disposta a investir, surgiu a ideia suicida, que podia ser prevista pela elevada capacidade ideativa e a flexibilidade inadequada não conseguindo encontrar outras alternativas. (Rungo, 1998)

Conclusões

A escrita pode ter algum efeito terapêutico, que apesar de ser uma forma de criação, pode ter sido uma fonte adicional de ansiedade na personalidade sensível de Plath, conduzindo-a à destruição. A romantização da depressão e a dor pode ter conduzido aos comportamentos autolesivos ou à crença de que é necessária uma tragédia para se ser artista.

A maioria dos artigos usa a criatividade como variável dependente em vez de independente. Na verdade, procuram saber o que leva à criatividade e não o que pode resultar da criatividade.

Plath tentou expressar os seus sentimentos autodestrutivos através da escrita numa tentativa de os exteriorizar, mas apenas conseguiu controlá-los. A poetisa não conseguiu transformar os seus sentimentos autodestrutivos em criação e não conseguiu libertar-se o suficiente do passado para avançar em direção ao futuro. No seu suicídio há tanto de desespero pela incompreensão dos outros, quanto de afirmação de si própria.

Bibliografia

- MALANI, A.N., et al. - Is age a risk factor for *Candida glabrata* colonisation? *Mycoses*. C.A. Kauffman, VA Healthcare System, 2115 Fuller Road, Ann Arbor, MI 48105, United States. . ISSN 0933-7407. 54:6 (2011) 531–537. doi: 10.1111/j.1439-0507.2010.01941.x.
- COOPER, Brian - Sylvia plath and the depression continuum. *Journal of the Royal Society of Medicine*. . ISSN 01410768. 96:6 (2003) 296–301. doi: 10.1258/jrsm.96.6.296.
- EARNSHAW, Owen - Mood, Delusions and Poetry: Emotional ‘Wording of the World’ in Psychosis, Philosophy and the Everyday. *Philosophia* (United States). . ISSN 15749274. 45:4 (2017) 1697–1708. doi: 10.1007/s11406-017-9854-8.
- GERISCH, Benigna - “This is not death, it is something safer”: A psychodynamic approach to sylvia plath. *Death Studies*. . ISSN 10917683. 22:8 (1998) 735–761. doi: 10.1080/074811898201245.

KAUFMAN, James C. - From the sylvia plath effect to social justice: Moving forward with creativity. *Europe's Journal of Psychology*. . ISSN 18410413. 13:2 (2017) 173–177. doi: 10.5964/ejop.v13i2.1413.

LESTER, David - Theories of suicidal behavior applied to Sylvia Plath. *Death Studies*. . ISSN 07481187. 22:7 (1998) 655–666. doi: 10.1080/074811898201344.

LESTER, David; MCSWAIN, Stephanie - A text analysis of the poems of Sylvia Plath. *Psychological Reports*. . ISSN 00332941. 109:1 (2011) 73–76. doi: 10.2466/09.12.28.PR0.109.4.73-76.

MARCARIAN, Hannah; WILKINSON, Paul O. - Sylvia Plath's bell jar of depression: Descent and recovery. *British Journal of Psychiatry*. . ISSN 14721465. 210:1 (2017) 15. doi: 10.1192/bjp.bp.116.189068.

ORGEI, S. - Sylvia Plath: fusion with the victim and suicide. *Psychoanalytic Quarterly*. . ISSN 00332828. 43:2 (1974) 262–287. doi: 10.1080/21674086.1974.11926672.

RUNGO, Mark A. - Suicide and creativity: The case of Sylvia Plath. *Death Studies*. . ISSN 07481187. 22:7 (1998) 637–654. doi: 10.1080/074811898201335.

RYLE, Anthony - Sylvia Plath and the depression continuum [2]. *Journal of the Royal Society of Medicine*. . ISSN 01410768. 96:9 (2003) 471–472. doi: 10.1258/jrsm.96.9.471-a.

SHULMAN, Ernest - Vulnerability factors in Sylvia Plath's suicide. *Death Studies*. . ISSN 07481187. 22:7 (1998) 597–613. doi: 10.1080/074811898201317.

A PSICOPATOLOGIA DE VIRGINIA WOOLF: DA CRIATIVIDADE À LOUCURA

Liliana Ferreira¹; Núria Santos²; António Alho³; Ricardo Gasparinho⁴;
Marisa Martins⁵; Nuno Fernandes⁶; Isa Costa⁷; Alda Rosa⁸

^{1,2,3,4,5,6,7,8} Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém

^{1,2,3,4,5,6,7} Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria;

⁸ Assistente graduada de Psiquiatria

Emails: lilianapf@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com;

antonio.alho84@gmail.com; ricardogasparinho5@gmail.com;

marisa.andrem@gmail.com; n.agostinho.fernandes@gmail.com;

isacosta2014@outlook.pt; alda_rosa@hotmail.com

Resumo

Introdução: Há um crescente interesse na relação entre a perturbação bipolar e a criatividade enquanto facilitadora da conceção artística dos doentes bipolares.

Objetivos: Explorar a psicopatologia de Virginia Woolf presente nas suas obras literárias e analisar a influência na escrita.

Métodos: Pesquisa na PubMed com a equação: "Virginia Woolf" AND "Psychiatry" e pesquisa complementar em obras literárias de Virginia Woolf.

Resultados: Aos 13 anos, Woolf começou a apresentar sintomas de perturbação bipolar, tendo-se suicidado aos 59 anos. Nas fases agudas da doença, pouco criou, tendo sido produtiva nos períodos inter-críticos. Uma análise da sua criatividade mostra que a doença foi fonte para seus romances. A sua escrita reflete o envolvimento da própria através das próprias perceções e sentimentos.

Conclusão: Na escrita, Virginia Woolf recriou as alterações psicopatológicas. O uso de experiências pessoais vividas durante os períodos de doença abre o interesse para o estudo da relação escrita-doença mental.

Palavras-chave: perturbação afetiva bipolar; criatividade; literatura; psicopatologia; Virginia Woolf

Abstract

Introduction: There is a growing interest in the relationship between bipolar disorder and creativity as a facilitator of the artistic conception of bipolar patients.

Objectives: To explore Virginia Woolf's psychopathology in her literary works and analyse the influence on writing.

Methods: Literature research using PubMed database with the equation: "Virginia Woolf" AND "Psychiatry" and complementary research in literary works by Virginia Woolf.

Results: At the age of 13, Woolf began to show symptoms of bipolar disorder, having committed suicide at the age of 59. In the acute phases of the disease, she wrote little, having been productive in the inter-critical periods. An analysis of her creativity shows that the disease was the source of her novels. Her words reflect her involvement through her own perceptions and feelings.

Conclusion: In writing Woolf recreated psychopathological modifications. The use of personal experiences lived during periods of illness opens interest for the study of the relationship between written and mental illness.

Introdução

Adeline Virginia Woolf, uma das escritoras mais importantes do século XX, nasceu a 25 de janeiro de 1882 e faleceu a 28 de março de 1941, com 59 anos de idade. (Cordás e Marchetti, 2011) Woolf foi uma crítica literária, ativista política, biografa, editora e uma líder do grupo Bloomsbury que se tornou um elemento decisivo na vida cultural inglesa na primeira metade do século XIX, através da discussão e divulgação de temas como o feminismo, o socialismo e as teorias freudianas. (Cordás e Marchetti, 2011) Com o seu marido, Leonard Woolf, fundaram a editora Hogarth Press (1917-1938). (Cordás e Marchetti, 2011)

Desde os seus 13 anos, travou uma luta contra os episódios depressivos, tendo-se suicidado com 59 anos. Ao longo da sua vida, escreveu várias obras literárias que refletiam as suas oscilações de humor, tendo-se tornado uma escritora de sucesso. Nos períodos de exacerbação dos sintomas a produtividade era muito reduzida, mas tornava-se bastante produtiva nos períodos inter-críticos.

História pessoal de Virginia Woolf

Virginia Woolf era filha de Julia Jackson Stephen e do escritor e editor Leslie Stephen, tendo frequentado o mundo literário desde jovem. Tinha três irmãos (Vanessa Stephen, Thoby Stephen e Adrian Stephen), uma meia-irmã (Laura Makepeace Stephen) do primeiro casamento de seu pai e três meios-irmãos (George Duckworth, Stella Duckworth e Gerald Duckworth) do primeiro casamento da sua mãe. (Figuerola C, 2005) Woolf era tímida, mas afetuosa com os pais e irmãos. Não frequentou a escola, tendo sido educada por professores particulares e pelo seu pai, que reconhecendo aptidões literárias da filha, permitiu livre acesso à biblioteca. Foi uma criança imaginativa, que observava com entusiasmo o seu pai mergulhado nos livros, desejosa de adquirir os seus conhecimentos enciclopédicos, tornando-se ela própria uma infatigável leitora. (Bond, 1985; Cordás e Marchetti, 2011)

O talento pela arte, em específico a literatura, bem como o gosto pela escrita começou na infância. A partir da adolescência, Woolf reconheceu que escrever era uma necessidade absoluta. Aos 13 anos, por altura da morte da mãe por pneumonia, Stella ficou responsável pela casa e pela família, tendo-se casado passados dois anos. Pouco depois do casamento, morreu pelas complicações de uma peritonite. Nesta altura, Virginia que já manifestava sintomas psicopatológicos.

Na adolescência, começou a escrever para jornais e integrou o grupo Bloomsbury, que permitia suprir o ensino dialético que a escritora não tivera até então. Neste grupo, Woolf e a irmã Vanessa eram as únicas mulheres que colaboravam nas discussões. (Cordás e Marchetti, 2011)

Tinha 22 anos quando o pai faleceu por neoplasia intestinal e dois anos depois, o irmão Thoby morre de febre tifóide. Nesta altura, Vanessa casa-se e sendo esta a pessoa mais importante para Woolf, constituiu uma importante perda na sua vida.

Aos 30 anos, casou-se com Leonard Woolf, mas não tiveram filhos.

História psiquiátrica

Woolf sofreu abusos sexuais na infância, de forma imoral por parte dos meios-irmãos Gerald e George Duckworth. (Boeira *et al.*, 2017)

Aos 13 anos, com a morte da mãe, teve o primeiro episódio de doença que durou cerca de 6 meses. (Cordás e Marchetti, 2011; Figuerola C, 2005; Koutsantoni, 2012). Woolf apresentou sintomas depressivos, mas com risos imotivados e excitabilidade psíquica, o que para alguns autores é sugestivo de um episódio misto em contexto de perturbação afetiva bipolar. (Koutsantoni, 2012)

Em contexto da morte do pai aos 22 anos, apresentou um novo episódio depressivo grave com alucinações auditivo-verbais. (Koutsantos) Nesta altura, tem a sua primeira tentativa de

suicídio, em que se atirou pela janela do primeiro andar, o que motivou o seu longo internamento. (Boeira) Apenas um ano depois, regressou ao seu funcionamento “normal”.

Aos 31 anos, após conflito com o marido baseado no ciúme, tem uma nova tentativa de suicídio com ingestão de 100 comprimidos de Veronal (barbitúrico). Foi novamente internada. (Boeira *et al.*, 2017; Koutsantoni, 2012)

A sua vida foi pautada por vários episódios maníacos, depressivos e a presença de sintomas psicóticos. (Cordás e Marchetti, 2011; Figueroa C, 2005) Woolf apresentava episódios depressivos em que negava a doença, que alternavam com períodos de euforia do humor, em que falava incessantemente. Os seus episódios de humor eram precedidos de insónia, aumento da energia, agitação psicomotora e ansiedade.

São descritos vários episódios agudos de doença (1895, 1904, 1910, 1913, 1915, 1936, 1941), com períodos interfásicos em que se encontrava assintomática e pelo menos duas tentativas de suicídio. (Cordás e Marchetti, 2011; Figueroa C, 2005) Em 1895, 1904 e 1913 foram os seus episódios mais graves. (Cordás e Marchetti, 2011) Além dos episódios depressivos descritos, em 1915 terá tido um episódio compatível com um episódio maníaco, que precedeu um episódio depressivo.

Devido ao seu estado de saúde grave, os médicos sugeriram descansar. Assim, com o marido, mudaram-se para Sussex, uma zona tranquila onde manteria o repouso e isolamento.

Morreu aos 59 anos, após episódio depressivo grave. Apesar dos esforços do marido Leonard, acabou por cometer o suicídio. (Boeira *et al.*, 2017) Em 1941, escreveu duas cartas de despedida, uma para o seu marido e a outra para a sua irmã Vanessa, em que dizia sentir-se novamente “presa na loucura” e com receio do retorno das alucinações auditivas. Assim, despediu-se das pessoas que mais amava na vida, encheu os bolsos de pedras e cometeu o suicídio por afogamento no rio Ouse. (Cordás e Marchetti, 2011)

Em relação aos antecedentes familiares, há de facto uma predisposição hereditária para perturbação mental. O seu avô paterno, James Stephen, um homem reservado e isolado, tinha um temperamento ciclotímico. (Boeira *et al.*, 2017) O pai terá tido uma infância complicada, 3 episódios depressivos e alterações do humor provavelmente ciclotímicas. (Boeira *et al.*, 2017; Figueroa C, 2005; Koutsantoni, 2012) A mãe sofria de depressão. (Boeira *et al.*, 2017) O tio deprimido foi internado num manicómio, onde deixou de comer. A irmã Vanessa sofria de depressão, fruto da relação extraconjugal do marido. (Figueroa C, 2005) A meia-irmã Laura foi internada aos 18 anos por debilidade mental e esquizofrenia. (Koutsantoni, 2012) O irmão Thoby, o primo e o sobrinho apresentavam diferentes quadros do espectro bipolar, incluindo episódios de hipomania e ciclotimia.

A psicopatologia de Woolf

Os sintomas psicopatológicos de Virgínia Woolf tiveram início na adolescência. Já nessa altura os irmãos costumavam chamá-la “*a Cabra Louca*” devido às suas alterações de humor que se manifestavam na forma de episódios depressivos e/ou disfóricos, associados ocasionalmente a sintomas psicóticos não congruentes com o humor. Apresentava atividade alucinatória auditivo-verbal na forma de vozes, umas vezes vozes de comando que lhe mandavam fazer coisas, outras vezes ouvia os pássaros cantando em grego clássico ou o rei Eduardo VII que lhe dirigia palavras obscenas entre os arbustos. (Cordás e Marchetti, 2011; Koutsantoni, 2012) Nos períodos de euforia do humor, apresentava-se verborreica e o discurso sob pressão. (Cordás e Marchetti, 2011)

Nas fases depressivas, apresentava isolamento social, sentimentos de culpa, recusava alimentar-se, negando estar doente, além da sintomatologia somática com queixas de cefaleias intensas que a incapacitavam para qualquer atividade intelectual. São descritas duas tentativas de suicídio em contexto depressivo. A primeira delas atirou-se de uma janela e na segunda, ingeriu grandes quantidades de barbitúricos. Além dos episódios depressivos

descritos, em 1915 teve um episódio compatível com um episódio maníaco, que precedeu um episódio depressivo. (Abreu, De *et al.*, 2009)

Nos períodos inter-episódicos, a sua vida e a sua atividade intelectual e criativa eram perfeitamente normais.

Numa época de escassez de fármacos (veronal, paraldeído, hidrato de cloral ou vinho quente para a insónia e aspirina para as cefaleias), os tratamentos médicos consistiam em repouso, comida e evitar atividades intelectuais.

Woolf cometeu o suicídio após episódio depressivo e são vários os fatores de risco que apresentava para o suicídio: história familiar de suicídio; experiências traumáticas na infância (abuso sexual); tentativas de suicídio prévias; perda de familiares significativos; a presença de sintomas psicóticos e maior número de episódios depressivos. (Boeira *et al.*, 2017)

Apesar de alguns colocarem a hipótese de que Woolf sofria de perturbação de stress pós-traumático, é consensual que a sofria de perturbação afetiva bipolar. Há estudos sobre as perturbações psiquiátricas em escritores, mas em geral são dificultados porque os escritores e outros artistas recusam ser vistos através de rótulos diagnósticos, e acreditam erradamente que o diagnóstico e tratamento podem diminuir a capacidade criativa. Além disso, há também uma relutância das ciências médicas em encarar as perturbações mentais nos génios criativos por um viés romântico. No entanto, não devemos cair no erro de romantizar as doenças psiquiátricas. (Koutsantoni, 2012)

A escrita de Virginia Woolf – Da Criatividade à Loucura:

A fase mais produtiva da escrita de Woolf foi após a morte do pai, quando teve um longo período de remissão dos sintomas. A ficção libertou-a de uma outra escrita. Nas suas sobras ficcionais, Woolf demonstrava o dom de converter as suas experiências pessoais em textos, com a capacidade de falar sobre si mesma e de se colocar na personagem do outro. A partir de *Mrs Dalloway*, todos os romances falam sobre a mulher. (Charles, 2004)

O seu romance *Mrs Dalloway* foi publicado em 1925 e inovou a sua sequência de obras definitivas para os próximos 16 anos de vida. Entre as suas principais obras destacam-se: *To the Lighthouse* (1927); *Orlando: a Biography* (1928); *A Room of One's Own* (1929); *As Ondas* (1931); *Os Anos* (1937) e *Entre os Atos* (1941). (Cordás e Marchetti, 2011; Koutsantoni, 2012) As suas obras de maior sucesso surgem após os episódios graves de doença.

Woolf demorou dois anos a escrever *Mrs Dalloway*, onde apresenta a vida de *Clarrisa Dalloway* que através de preparativos para uma festa e toda a sua problemática com a personagem *Septimus*, em que recria alterações psicopatológicas que a própria vivenciara. *Septimus* é um sobrevivente da guerra, neurótico e melancólico, assombrado por recordações indesejadas, bem como por alucinações, que o tornam um louco para aqueles que não compreendiam a sua visão sobre o mundo e as pessoas, mas também pessimista em relação ao futuro.

Destacam-se três aspetos em *Mrs. Dalloway*: os reflexos da própria doença, o papel da mulher; a vivência do tempo e os reflexos da própria doença de Woolf. Em relação ao papel da mulher, o universo da escrita de Woolf é feminino e as mulheres são personagens carregadas de sentimentalismo, objetivos e sonhos, com uma vida predominantemente doméstica, enquanto mães, esposas e donas de casa, onde é evidente alguma crítica à desvalorização da mulher, apesar do seu importante papel nas famílias. Relativamente à vivência do tempo, a narrativa dura um dia que começa às dez da manhã e prolonga-se até às três da madrugada seguinte, com uma marcação contínua e pontual aos toques do Big Ben. (Cordás e Marchetti, 2011) A passagem do tempo é descrita de maneira metafórica, o que torna as descrições de Woolf mais reais. O “tempo psicológico” dos personagens é intenso. A escrita é marcada por um movimento constante entre a vida das personagens que se cruzam no quotidiano. O

curso do tempo distancia-se do objetivo e relaciona-se com as experiências, em que o passado e o presente misturam-se continuamente.(Figuroa C, 2005)

Quando finalizou *Mrs Dalloway*, Woolf estava debilitada após um projeto trabalhoso, de grande carga emocional e criatividade narrativa. No entanto, ela conseguia recuperar dos episódios depressivos, do cansaço físico e mental causados pela entrega de si mesma às obras.

Da criatividade à loucura

Virgínia usa um estilo de escrita caracterizado pelo monólogo interior, em que ocorre uma permeabilização entre o mundo interior da consciência das personagens e o mundo exterior, de modo que a leitura das suas obras é uma experiência única e deslumbrante, embora cansativa.(Charles, 2004)

O fato de um escritor ser consagrado na arte literária não garante que a sua escrita assuma uma função estabilizadora. A função da escrita é única para cada escritor e não opera da mesma forma para todos. Para Woolf, a escrita constitui uma tentativa de expressar as experiências traumáticas, como uma forma de tratamento através das palavras.(Eysenck, 1993)

Existe algo no processo da escrita criativa que coloca a escritora diante de uma escolha terrível: escrever ou morrer – indicativo da presença de forças destrutivas no processo criativo. De facto, mesmo numa intensa criação através escrita, um indivíduo pode cometer o suicídio, tal como Woolf que embora escrevendo continuamente, o cometeu. Nas suas obras, é visível um paradoxo ao modo como a escritora tratava a sua arte. O seu processo criativo passava tanto por um sofrimento intenso, como pela euforia. Teve vários momentos em que a escrita funcionou, trazendo-lhe alegria, mas após o término de um livro, muitas vezes sentia-se a pior das escritoras, não reconhecendo o valor do seu trabalho, com pensamentos de morte e insegura em relação às críticas dos leitores. O seu marido que editava os livros na editora da família era o primeiro a ler o seu livro e procurava afastar as suas ideias negativas.(Eysenck, 1993; Koutsantoni, 2012)

Constatamos nas suas obras que Woolf lutou contra o caos dos seus pensamentos e sentimentos, conseguindo transformar os momentos de melancolia através da escrita, dando-lhes uma voz significativa nas suas criações artísticas. São vários os estudos que relacionam a arte com a doença mental, associando a loucura a uma grande capacidade criativa. (Koutsantoni, 2012) Embora a associação entre a criatividade e a loucura tenha sido discutida pelas humanidades, ela tem sido frequentemente excluída das ciências médicas como uma romantização da doença mental. (Koutsantoni, 2012)

A escrita enquanto arte funciona como unificadora entre o real, o imaginário e o simbólico. No entanto, a escrita não conseguiu impedir Woolf da passagem ao ato. Embora a perturbação bipolar e outras doenças mentais poderem estar associadas à criatividade, devem ser tratadas, não para que se perca a capacidade de criar, pois isso não acontece, mas para que não se perca o génio criador, como no caso de Woolf.

Conclusões

A relação entre criatividade, imaginação e doença mental/loucura sempre foi estudada. Virginia Woolf apresentava um quadro de grande interesse psicopatológico, mas a sua doença foi abordada de maneira interpretativa.

A literatura psiquiátrica sempre explorou as relações entre a escrita e a doença mental, particularmente a perturbação bipolar. (Cordás e Marchetti, 2011) A criatividade é considerada um traço genético e facilitador da conceção artística em doentes bipolares, que encontra em Woolf um de seus exemplos mais emblemáticos.

Em *Mrs Dalloway*, Woolf teve a capacidade de transformar as suas vivências e sofrimento psíquico em arte. Através da escrita, recriou as alterações psicopatológicas e as experiências pessoais vividas durante os períodos de doença, o que abre o interesse para o estudo da

relação escrita-doença mental. (Cordás e Marchetti, 2011) A sua leitura permite-nos compreender a psicopatologia, a relação entre a criatividade e doença mental, para uma melhor compreensão das experiências e dos sintomas.

Bibliografia

ABREU, Lena Nabuco DE *et al.* - Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: An update for the clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. . ISSN 15164446. 31:3 (2009) 271–280. doi: 10.1590/S1516-44462009005000003.

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.

BOND, A. H. - Virginia Woolf: manic-depressive psychosis and genius. An illustration of separation-individuation theory. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. . ISSN 00903604. 13:2 (1985) 191–210. doi: 10.1521/jaap.1.1985.13.2.191.

CHARLES, Marilyn - The waves: Tensions between creativity and containment in the life and writings of Virginia Woolf. *Psychoanalytic Review*. . ISSN 00332836. 91:1 (2004) 71–97. doi: 10.1521/prev.91.1.71.33829.

CORDÁS, Táki Athanássios; MARCHETTI, Renato Luiz - Quem tem medo de Virginia Woolf?: Psicopatologia, tempo e criatividade em Mrs. Dalloway. *Revista de Psiquiatria Clínica*. . ISSN 01016083. 38:6 (2011) 261–264. doi: 10.1590/S0101-60832011000600009.

EYSENCK, Hans J. - Creativity and Personality: Suggestions for a Theory. *Psychological Inquiry*. . ISSN 15327965. 4:3 (1993) 147–178. doi: 10.1207/s15327965pli0403_1.

FIGUEROA C, Gustavo - Virginia Woolf: Enfermedad mental y creatividad artística. *Revista Medica de Chile*. . ISSN 00349887. 133:11 (2005) 1381–1388. doi: 10.4067/s0034-98872005001100015.

KOUTSANTONI, Katerina - Manic depression in literature: The case of Virginia Woolf. *Medical Humanities*. . ISSN 1468215X. 38:1 (2012) 7–14. doi: 10.1136/medhum-2011-010075.

KOUTSANTONI, Katerina - Manic depression in literature: The case of Virginia Woolf. *Medical Humanities*. . ISSN 1468215X. 38:1 (2012) 7–14. doi: 10.1136/medhum-2011-010075.

VIRGINIA WOOLF E A TRANSPOSIÇÃO DA MENTE PARA O PAPEL

Joana de Freitas Sanches ¹, Beatriz Abreu Cruz ², Carlos Perestrelo da Silva ³

¹ USF São Julião, ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, ² USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo, ³ Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital Santa Maria.

^{1,2} Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, ³ Médico Interno de Psiquiatria

Emails: Joana.sanches@arslvt.min-saude.pt; beatrizcruz@campus.ul.pt;

csilva8@campus.ul.pt

Resumo

Virginia Woolf (1882-1941) é uma das mais brilhantes e representativas autoras da modernidade estética. Com a primeira manifestação de perturbação afetiva bipolar aos 13 anos, a bissexualidade assumida, o feminismo, o abuso sexual e vários episódios maníaco-depressivos a que se seguiram duas tentativas de suicídio, cedo se apercebeu de que algo em si seria diferente dos demais. A utilização de experiências pessoais durante períodos de doença não é caso único na literatura e em *Mrs Dalloway* esse facto enaltece a obra da autora que aqui descreve um único dia na vida da principal personagem – Clarissa Dalloway –, desconstruindo o tempo físico, conferindo-lhe novas dimensões psíquicas. Pretende-se analisar de que forma a doença mental de Virginia Woolf influenciou a escrita desta obra paradigmática, porque o acesso à descrição da alma está, não raras vezes, ao dispor apenas daqueles que dela padecem e que sobre ela forçosamente se questionam.

Palavras-chave: saúde mental, perturbação afetiva bipolar, feminismo, criatividade

Abstract

Virginia Woolf (1882-1941) is one of the most brilliant writers of aesthetics modernity. With her first manifestation of bipolar disease at 13, her assumed bisexuality, her feminism, the sexual abuses and several maniac-depressive episodes followed by two suicide attempts, she soon understood that she was different. The use of personal experiences in periods of disease is not an exclusive and in *Mrs Dalloway* it exalts Virginia's work by narrating the story of a single day in the life of the main character - Clarissa Dalloway – deconstructing the physical time, granting it with new psychic dimensions. We intend to analyze how Virginia's mental disorder influenced the writing of this masterpiece because access to the soul is usually available only to those who suffer from it.

Introdução

Há estudos realizados que comprovam maior incidência de perturbações do humor e de perturbação afetiva, particularmente bipolar, nos escritores, quase como se a doença mental fosse essencial à produção criativa. Esta associação tem levado a uma romantização da doença mental (Koutsantoni, 2012) retirando o foco da real dimensão da mesma e reduzindo-a a uma dimensão subjetiva cuja exteriorização ocorre exclusivamente através da arte. A arte – e a literatura em particular – concedem-nos acesso ao que de mais íntimo existe na esfera humana: a vivência interior, aquilo que verdadeiramente representa ser-se humano. Aliando-a à ciência cumprimos mais que as respostas fechadas a que o método científico não raras vezes nos obriga, aproximando-nos de uma realidade simultaneamente objetiva e subjetiva e, por isso, mais rica. Pretendemos assim analisar de que forma a doença mental está presente na obra *Mrs Dalloway*.

Discussão

A perturbação afetiva bipolar é uma perturbação do humor caracterizada por períodos assintomáticos alternados com outros de descompensação clínica; de forma simplificada, pode ser dividida nos tipos I e II. O tipo I corresponde à forma clássica, sendo condição necessária e suficiente para o seu diagnóstico a existência de um único episódio maníaco. No tipo II, os doentes têm antecedentes de pelo menos um episódio depressivo *major* e de pelo menos um episódio hipomaníaco. Durante as manifestações de doença o indivíduo realiza uma busca incessante pelo *self*, sendo essencial a sua tomada de consciência de que, independentemente das manifestações de mania, dos acessos de violência, da raiva, da agressividade e dos períodos de melancolia, hiperatividade, excitabilidade e ciclotimia, a sua identidade manter-se-á íntegra, ainda que frágil. É a perda deste sentido do *self* que se pode tornar catastrófica (Koutsantoni, 2012).

Virginia Woolf, nascida a 25 de janeiro de 1885, em Londres, foi uma das mais representativas autoras da modernidade estética, sendo o exemplo de uma escritora que travou, desde tenra idade, uma dura batalha contra as adversidades que a doença mental lhe provocava: as suas emoções e pensamentos atordoavam-na por longos períodos de tempo, incapacitando-a para as mais básicas atividades de vida diária, mas, simultaneamente, dotando-a do potencial para converter os pensamentos fragmentados, melancólicos, inconstantes e em nítida rutura com a realidade em criações artísticas que genialmente nos concedem acesso ao abismo da mente humana. A compreensão do seu comportamento e da patologia exige o reconhecimento da história familiar: o seu pai, Leslie Stephen, padecia de “mudanças de humor imprevisíveis”, mas nunca muito severas, remetendo para uma possível ciclotimia, o seu avô teria uma “dupla natureza”, sendo muito benevolente para com a sociedade, mas de extrema rigidez para com os filhos; também o seu tio, irmão de Leslie, veio a desenvolver demência senil. Um dos primos de Virginia, James Keneth, desenvolveu doença bipolar por volta dos vinte anos e abusou sexualmente de uma das suas meias-irmãs, Stella. Finalmente, a sua meia-irmã, fruto do primeiro casamento de Leslie, teria provavelmente Síndrome de Asperger. Há, pois, a forte convicção de que existiria predisposição genética para doença mental, tendo esta sido transmitida a Virginia Woolf através do seu lado paterno (Koutsantoni, 2012). Contudo, a existência de experiências traumáticas na infância, como o abuso sexual por parte dos seus dois meios-irmãos de que foi vítima durante nove anos, precipitaram um quadro de maior gravidade da patologia para a qual possuía já predisposição genética. Adicionalmente, o trauma precoce está também associado a aumento do risco de suicídio futuro.

A morte da mãe de Virginia por gripe, em 1895, induziu o seu primeiro episódio maníaco aos treze anos de idade, alternando períodos de excitabilidade com períodos de auto-crítica mórbida, culpa e irritabilidade que se agravam quando, em 1897 a sua meia-irmã Stella falece de peritonite. Nas fases depressivas ficava acamada, recusava comer, apresentava insónias, palpitações, ideias delirantes de culpabilidade e autorreferenciais, bem como sintomatologia somática (cefaleias incapacitantes). Aquando da morte de seu pai, vítima de cancro, Woolf, com 22 anos, entra num estado caracterizado por alterações do humor, na forma de episódios depressivos e/ou disfóricos, associados ocasionalmente a sintomas psicóticos não congruentes com o humor (atividade alucinatória auditiva na forma de vozes, umas vezes de comando, outras de pássaros cantando em grego clássico ou até mesmo ouvindo o rei Eduardo VII proferindo obscenidades entre os arbustos). Este estado conduz à sua primeira tentativa de suicídio ao atirar-se da janela de um primeiro andar (Koutsantoni, 2012). Posteriormente, recebe o tratamento preconizado pelo seu médico, Dr. George Savage, e em voga na altura: repouso absoluto, alimentação saudável e à base de produtos lácteos. Apesar dos condicionamentos impostos pela sua doença, Woolf apresentava uma intensa atividade intelectual: foi uma das líderes do grupo Bloomsbury, onde um famoso conjunto de intelectuais se reunia em fervilhantes discussões sobre o feminismo, o socialismo e as teorias

freudianas; este grupo havia de renovar o panorama cultural inglês, colocando em causa os tradicionais pilares da sociedade vitoriana. Nos anos 30, Virginia Woolf tornou-se acérrima defensora dos direitos das mulheres, falando destes perante vastas audiências e assumindo-se publicamente como feminista, tendo até participado de forma tangencial no movimento sufragista (Cordás and Marchetti, 2011). Em 1912 casa-se com Leonard Woolf e, um ano depois, aos 31 anos, comete nova tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa com barbitúricos, seguida de nova cura de repouso com abstinência de qualquer estímulo intelectual. É nesta altura que Woolf questiona a eficácia dos métodos utilizados pela medicina em geral e pelo seu médico assistente em particular, nomeadamente o facto de ignorar a sua necessidade de preservar a identidade própria, tão fulcral na perturbação afetiva bipolar e na produção artística. Pelo facto de ter tido um período tão prolongado de prolífica criação artística há até quem defenda que o diagnóstico de perturbação bipolar não será o mais acertado, apontando mais para uma perturbação de stress pós-traumático na sequência do abuso sexual de que foi vítima e das múltiplas perdas familiares. Contudo, há uma vasta gama de fatores cognitivos, comportamentais, enérgicos e temperamentais que podem induzir a que a doença bipolar incremente a criatividade. Os indivíduos com doença bipolar experienciam respostas emocionais exageradas, o que pode facilitar o processo criativo ao percecionarem o mundo como algo volátil e efémero. Os períodos de maior criatividade coincidem com a fase de hipomania, altura em que é mais fácil o acesso ao vocabulário, à memória e aos recursos cognitivos. Também a capacidade de concentração é, nestes períodos, praticamente ilimitada. Woolf reunia assim todos os elementos para o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar: início precoce da sintomatologia, depressão e hipomania mais graves, estados de maior intensidade e irritabilidade durante a hipomania, maior comorbidade e aparentes antecedentes familiares de perturbação afetiva bipolar, particularmente em familiares de primeiro grau, o que constitui o principal fator de risco para a doença. Por ter sintomas variados e inconsistentes, flutuando ao longo dos anos, à luz do conhecimento da época Woolf foi erradamente diagnosticada com perturbação da personalidade errática, numa altura em que quase toda a doença mental era interpretada como “neurastenia” (Koutsantoni, 2012). Tivesse Virginia tido acesso ao arsenal terapêutico de que dispomos atualmente e a sua arte – e vida – teriam certamente tido contornos bem distintos (Cerejeira, J., Saraiva, 2014).

A 28 de março de 1941, aos 59 anos, Virginia Woolf põe termo à vida enchendo os bolsos com pesadas pedras e mergulhando no rio Ouse. Os seus últimos meses de vida foram de intensa degradação da saúde mental, tendo sido marcados pelo delírio paranoide e por uma manifesta auto-crítica. A escritora sentia que “estaria a perder a sua arte”. O trauma e os repetidos episódios de oscilações afetivas aumentaram a sensibilidade para novos episódios e reduziram a capacidade adaptativa perante os mesmos, conduzindo a um ciclo vicioso de neuroprogressão, caracterizado por aceleração da evolução da doença (Boeira et al., 2017).

Em *Mrs Dalloway*, escrito em 1925, os gestos inclinam-se para padrões e protótipos de beleza (Hogan, 2013); O guião é, à primeira vista, simples e superficial, consistindo na narrativa de um dia de planeamento de uma festa, contudo, encerra uma imensa complexidade, com peças do passado e presente a confrontar a fragilidade das aparências sociais, numa frequente desconstrução do tempo cronológico, remetendo-nos frequentemente para a vivência subjetiva do tempo, (Ávila Berni, de et al., 2018) com o tempo interior vivido a opor-se ao tempo exterior, o tempo do relógio. A partilha do pensamento é fundamental à produção e circulação de arte, materializando-se na utilização do fluxo de consciência, recurso que permite um desenvolvimento e depuração do monólogo interior bem como a permeabilização absoluta entre o mundo interior da consciência e o mundo exterior; abre-nos assim as portas à verdadeira e intrincada mente das personagens: Naturalmente que o quisera, pensou Peter; quase me despedaçou o coração, pensou; e sentiu-se aniquilado pelo seu pesar, que se elevou como uma lua olhada de um terraço (...). Fui mais

infeliz que nunca, pensou”; “Oh! Estas festas, pensou; as festas de Clarissa. Porque dá essas festas? Não que as desaprovasse (Woolf, 2015).

Virginia pretendia que esta obra fosse uma representação de dois mundos: o dos sãos e o dos loucos, com a ação a decorrer com duas histórias e personagens em paralelo, ambas dotadas de grande intensidade e sensibilidade e movidas pela luta pelo seu destino. A personagem principal, Clarissa Dalloway, dá título ao romance e representa o exato retrato da sociedade patriarcal e conservadora da época, com uma necessidade imperiosa e primordial de corresponder às expectativas por ela impostas: “Como necessitava ela, Clarissa, que os outros manifestassem agrado quando chegava (...) era uma tolice ter segundas intenções para fazer as coisas”; no decorrer da sua tão ansiada festa, Clarissa pensa: “(...) ela sentira a embriaguez do momento, essa dilatação dos nervos do próprio coração, que parecia palpitar, crescer, elevar-se (...) embora gostasse daquilo e o sentisse espicaçá-la e estimulá-la, o facto é que aquelas aparências, aqueles triunfos (...) tudo eram coisas completamente ocas; coisas de fora, não do coração”; também a temática da bissexualidade reprimida de Virginia, que se relacionou com várias mulheres apesar de ser oficialmente casada com um homem é evidente na paixão que Clarissa sente por Sally:

“(...) Chegou subitamente um instante em que (...) se sentira falhar (...) não podia resistir ao encanto de uma mulher, não de uma menina, de uma mulher (...) ela então sentia subitamente o que os homens sentem”; “(...) isto de enamorar-se de mulheres (...) Sally Seton, por exemplo; as suas relações de antigamente com Sally Seton (...) Não fora amor, afinal de contas?”; “Veio então o mais singular momento de toda a sua vida ao passarem por uma urna de pedra com flores. Sally parou; colheu uma flor; e beijou Clarissa nos lábios. O mundo inteiro podia ter desabado!”.

É precisamente esta sociedade anquilosada que Virginia reiteradamente critica de maneira cáustica:

“(...) os pais de Sally Seton estavam separados (como a chocara aquilo, que os pais de alguém pudessem separar-se!)”, “era essa a sua absoluta despreocupação do que pensariam os outros que a aborrecia, que a aborrecera sempre”, “sempre houvera qualquer coisa de frio em Clarissa (...), sempre tivera, mesmo quando nova, uma espécie de timidez, que, na idade adulta, se convertera em convencionalismo.

Questões básicas humanas como a reavaliação de escolhas do passado estão permanentemente a assombrar Clarissa, que abdicou do amor por uma vida social e economicamente segura, casando-se com um político tradicional: “O mais óbvio que se poderia dizer dela era que era mundana; preocupava-se demasiado com a posição, a sociedade, os êxitos de salão”, “(...) amava o êxito; abominava o desconforto; tinha necessidade de ser estimada”.

Já Septimus, o personagem retornado da primeira Grande Guerra Mundial – a experiência que todos tinham ainda fresca na memória: “Aquele última experiência do mundo abrira em todos, homens e mulheres, uma fonte de lágrimas. Lágrimas e pesares; coragem e resistência” -, apresenta vivências psicóticas muito semelhantes às que a própria Virginia experienciava. Ela acreditava na importância vital que eventos externos tinham na gênese das suas crises, desta forma, Septimus lida permanentemente com a morte sob a forma do seu amigo Evans, que morreu na Guerra: “...onde estava sentado, falando a sós, ou com o morto, com esse Evans...”, “- Evans! – gritou. Não veio resposta. Algum rato guinchava, ou agitava-se uma cortina. Eram aquelas as vozes dos mortos”.

Nas descrições dos pensamentos de Septimus estão patentes a pressão do discurso, o discurso de débito aumentado, difícil de compreender e acompanhar, a verborreia, a fuga de

ideias, a vivência subjetiva de taquipsiquia (alterações do curso do pensamento), o aumento da atividade dirigida, a distractibilidade, a agitação psicomotora e as ideias deliróides (delírios de grandeza, ideias de autovalorização e grande autoestima) que quebram a fronteira com o teste da realidade:

“(...) Alguma coisa que fizesse um transeunte suspeitar de que seguia ali o portador da maior mensagem do mundo, e que era, de resto, o homem mais feliz do mundo e o mais digno de compaixão?”

“Tornava-se cada vez mais estranho. Dizia que havia gente a falar por detrás das paredes do quarto (...) ele também via coisas... vira a cabeça de uma velha no meio da folhagem. Contudo, podia ser feliz, quando o queria”. “...nas paredes via as caras que riam dele, que lhe chamavam coisas horríveis, e dedos que o apontavam (...) começou a falar em voz alta, respondendo a alguém, discutindo, rindo, chorando, cada vez mais excitado, e fazia-a escrever coisas”.

“Estava decretado que ele, Septimus, o senhor dos homens, seria livre; sozinho (...) chamado muito antes do resto dos homens para ouvir a verdade, para aprender o segredo que afinal, depois de todo o trabalho da civilização (...) ia ser totalmente revelado (...) ao primeiro-ministro, responderam as vozes que cochichavam sobre a sua cabeça”.

“Olha, ordenara-lhe o invisível, a voz que se comunicava agora com ele, que era o maior entre os humanos, Septimus, recém-chegado da vida para a morte, o Senhor que viera para renovar a sociedade, e que jazia como um manto, como um tapete de neve apenas tocado pelo sol, para sempre sacrificado, sofrendo para sempre, o bode expiatório, o eterno sofredor”.

“Os homens não devem cortar as árvores. Há um Deus. (...). Mudar o Mundo. Ninguém mata por ódio. Publicar (escreveu por baixo). Esperava. Escutava. Um pardal (...), piou Septimus, Septimus, quatro ou cinco vezes, e, cascadeando as suas notas, continuou a cantar, alto, com frescor, em palavras gregas, que o crime não existe e, tendo chegado outro pardal, cantavam ambos, com voz prolongada e penetrante, em grego, entre as árvores do prado da vida, à margem de um rio onde passeavam os mortos, que a morte não existe”.

Os pássaros que Septimus vê encontram-se também a falar em grego, à semelhança das alucinações auditivas de Virginia. Esta personagem demonstra todos os sintomas de um quadro maníaco psicótico: pensamentos de grandiosidade, sintomas delirantes persecutórios e de autorreferência, podia ver o pensamento das pessoas e as mentiras sobre ele, sentia o escárnio do outro, apresentava alucinações visuais em que via a face de uma mulher entre as flores e cães transformando-se em homens e na depressão as ideias deliróides têm habitualmente carga negativa: culpa, ruína, niilismo, autorreferência, perseguição.

Neste romance é visível a crítica feroz ao regime de tratamento adotado perante a doença mental, reduzindo-se este a repouso, solidão e a uma total desvalorização da consciência de identidade. Virginia ridiculariza este tratamento, também a si proposto, através das experiências de Septimus. Ao fazê-lo demonstra também o seu desprezo pela figura dos psiquiatras que, para Virginia, mais não eram que vaidosos charlatões com pouco a oferecer perante o sofrimento mental:

Rezia, a mulher de Septimus, que sofria em silêncio e não podia contar a ninguém da doença mental do esposo, refere: “Disse o Dr. Holmes que aquilo não tinha importância... Antes vê-lo morto!”, pensa: “O Dr. Holmes dizia que não era nada”. “Quando ele se sentia assim, ia ao music-hall, disse o Dr. Holmes. Ou tirava um dia de férias com a mulher e iam jogar golfe”.

Dr. Holmes dizia:

“... a saúde depende, em grande parte, da nossa própria vontade. Trate de interessar-se por alguma coisa; procure alguma distração”; “Tinha falado seriamente em matar-se à sua mulher (...), uma estrangeira, não era? Pois não seria dar-lhe uma ideia muito esquisita dos maridos ingleses? Por acaso não temos deveres para com a esposa? Não seria melhor fazer alguma coisa do que ficar ali deitado, na cama?”; “... quando um homem nos entra no consultório e diz que é Cristo (uma ilusão comum) e tem uma mensagem, como a maioria deles, e ameaça, como geralmente fazem, com o suicídio, tem-se de invocar a moderação; prescrever repouso na cama; repouso na solidão; silêncio e repouso; repouso sem amigos, sem livros, sem mensagens; seis meses de repouso; até que um homem que nos chegue com cinquenta quilos saia pesando oitenta”.

Outro dos clínicos, Dr. Bradshaw, adianta também “As pessoas de quem mais gostamos não nos servem quando estamos doentes”. Bradshaw dissera que ele devia aprender a descansar”. A temática da morte é relevante em toda a narrativa: a ideia de que a morte constitui um alívio para os que nos rodeiam (Amir, 2019) – “Todos lhe bradavam: mata-te, mata-te, para salvação nossa”; “(...) importava de facto que tivesse de desaparecer um dia, inevitavelmente? Tudo aquilo continuava sem ela. Sentia-o? Ou seria um consolo pensar que a morte acabava com tudo, absolutamente tudo?” – a constante reflexão e reavaliação de escolhas do passado a que obriga, à semelhança do que Clarissa faz, e a patente sensação de aprisionamento que advém de um objeto interno, um objeto de morte, que é simultaneamente a sua prisão e a sua libertação. A forma de materializar a morte é consubstanciada no suicídio de Septimus que, à semelhança de Virginia, estrutura um plano pensando nas várias opções: “(...) fitou a reluzente faca de cortar pão de Mrs Filmer (...) Ah, mas iria sujá-la. E o gás? Mas era demasiado tarde (...) Poderia utilizar as navalhas, mas Rezia, que sempre fazia das suas, tinha-as guardado. Restava a janela (...); o aborrecido, importuno e melodramático gesto de abrir a janela e arremessar-se à rua”. Optou por cometer suicídio da mesma forma que Virginia havia já experimentado, mas sempre com ideias contraditórias a acompanhá-lo: “Não desejava morrer. A vida era boa. O sol aquecia. Se não fossem os seres humanos... Um velho descia a escada da casa fronteira estacou e ficou a olhar para ele. Holmes já estava à porta. “Isto é para si!”, gritou-lhe Septimus, e arrojou-se com força, violentamente, sobre a cerca de Mrs Filmer”. Até mesmo após situações extremas de confronto com a incompetência dos cuidados de saúde mental se mantém a crueldade para com os que dela padecem: “- O covarde! – gritou o Dr Holmes, precipitando-se”. “Quem poderia ter previsto aquilo? Um súbito impulso, a ninguém cabia a mínima culpa (...) Por que diabo fora ele fazer aquilo, era coisa que o Dr Holmes não podia conceber”. Septimus Smith reflete profundamente as inquietações de Woolf; os seus delírios desembocam no suicídio em contraponto com a vida de Clarissa Dalloway. Apesar de toda a dramática situação o seu médico assiste com uma auto-complacência cega ao drama iminente.

Conclusão

A apreciação que fazemos da mente humana é, indubitavelmente, alterada com a absorção do conteúdo desta obra. Nela deparamo-nos com a complexidade e unicidade do ser

humano, potenciada pelas interpretações próprias daqueles que conosco se cruzam, ensinando-nos que por nunca se deve subestimar o poder que encerra a mente humana nem a multiplicidade do seu potencial interpretativo. Numa magistral demonstração de leituras sãs e insanas da realidade até estes próprios conceitos são contestados e objeto de reflexão. No dizer de Spalding, biógrafa de Woolf, No momento em que se lê [Woolf], a nossa mente expande-se, altera-se, alcança ideias e pensamentos que não tivemos antes. Se duvidam, voltem a ler as primeiras 12 páginas de Mrs Dalloway e verão. Agora percebo porquê.

Bibliografia

1. AMIR, Dana - A collage of dead mothers: On stephen daldry's the hours. *Psychoanalytic Review*. ISSN 19433301. 106:1 (2019) 85–95. doi: 10.1521/prev.2019.106.1.85.
2. ÁVILA BERNI, Gabriela DE *et al.* - Potential use of text classification tools as signatures of suicidal behavior: A proof-of-concept study using Virginia Woolf's personal writings. *PLOS ONE*. ISSN 1932-6203. 13:10 (2018) e0204820. doi: 10.1371/journal.pone.0204820.
3. 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.
4. CEREJEIRA, J., SARAIVA, C. - *Psiquiatria Fundamental*. 1. Ed. Lisboa, 2014.
5. CORDÁS, Tákí Athanássios; MARCHETTI, Renato Luiz - Quem tem medo de Virginia Woolf?: Psicopatologia, tempo e criatividade em Mrs. Dalloway. *Revista de Psiquiatria Clínica*. ISSN 01016083. 38:6 (2011) 261–264. doi: 10.1590/S0101-60832011000600009.
6. HOGAN, Patrick Colm - *Literary Aesthetics. Beauty, the Brain, and Mrs. Dalloway*. [Em linha]. 1. ed. [S.l.]: Elsevier B.V., 2013 Disponível em WWW:<URL:http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63273-9.00016-2>. ISBN 9780444632739.
7. KOUTSANTONI, Katerina - Manic depression in literature: The case of Virginia Woolf. *Medical Humanities*. ISSN 1468215X. 38:1 (2012) 7–14. doi: 10.1136/medhum-2011-010075.
8. WOOLF, Virginia - *Mrs Dalloway*. 1. ed. Porto: Livros do Brasil, 2015.



Marilyn Monroe

(In: <https://lulacerda.ig.com.br/marilyn-monroe-atriz-e-tema-de-curso-de-criticos-cariocas/>)

MARYLIN MONROE - THEORIES ABOUT HER DEATH

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****}

Hospital Distrital de Santarém

*Médico Interno Formação Específica de Psiquiatria; **Enfermeira Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental; ***Psicóloga; ****Médica Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: 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

No dia 5 de agosto de 1962, a atriz de cinema Marilyn Monroe foi encontrada morta em casa. Ela foi descoberta deitada nua na sua cama, de bruços, com um telefone em uma das mãos. Frascos vazios de comprimidos, prescritos para tratar a sua depressão, estavam espalhados pela sala. Após uma breve investigação, a polícia de Los Angeles concluiu que sua morte foi causada por uma overdose auto-administrada de drogas sedativas e que o modo de morte foi provavelmente suicídio.

Celebrada por sua volúpia e charme de olhos grandes, ela ganhou fama internacional pelos seus papéis de *sex-symbol*.

Em 1961, Monroe, sofrendo de depressão, estava sob os cuidados constantes de um psiquiatra. Cada vez mais errática nos últimos meses de sua vida, ela viveu como uma reclusa virtual em sua casa.

Nas últimas décadas, surgiram várias teorias da conspiração sobre sua morte.

Décadas após sua morte, Marilyn Monroe continua sendo um grande ícone cultural.

Palavras chave: Marilyn Monroe; mulheres e loucura; loucura na história do cinema; suicídio; teorias de conspiração

Abstract

On August 5, 1962, movie actress Marilyn Monroe is found dead in her home. She was discovered lying nude on her bed, face down, with a telephone in one hand. Empty bottles of pills, prescribed to treat her depression, were littered around the room. After a brief investigation, Los Angeles police concluded that her death was caused by a self-administered overdose of sedative drugs and that the mode of death is probable suicide.

Celebrated for her voluptuousness and wide-eyed charm, she won international fame for her sex-symbol roles.

By 1961, Monroe, beset by depression, was under the constant care of a psychiatrist. Increasingly erratic in the last months of her life, she lived as a virtual recluse in her home.

In recent decades, there have been a number of conspiracy theories about her death.

Decades after her death, Marilyn Monroe remains a major cultural icon.

Introdução

Apesar de ser conhecida como um dos maiores *sex-symbol* da história da cultura pop, a vida pessoal de Marilyn Monroe foi atormentada por dramas desde cedo.

Após a morte de Marilyn Monroe muito foi escrito, surgindo várias teorias de conspiração sobre sua morte. A maioria destas conspirações gira à volta de John e/ou Robert Kennedy, com quem ela supostamente teve um relacionamento amoroso. Essas teorias afirmam que os Kennedys a mataram (ou fizeram com que ela fosse morta) por receio que Marilyn tornasse público essa(s) relação e outros segredos do governo.

Com este artigo pretendemos explorar as teorias que existem acerca da morte de Marilyn Monroe.

Até que a morte nos mantenha vivos – teorias à volta da morte de Marilyn Monroe

Marilyn Monroe foi uma atriz, modelo e cantora americana. Ficou famosa por interpretar personagens "loiras bombásticas", tendo-se tornado um dos símbolos sexuais mais populares dos anos 50 e início dos anos 60.

Nascida Norma Jeane Mortenson a 1 de junho de 1926, em Los Angeles, Marilyn Monroe passou por orfanatos e lares adotivos durante a sua infância. Ela tinha apenas 16 anos quando se casou com James Dougherty, tendo o casamento durado de 1942 a 1946. Em 1954 casou com a lenda do beisebol Joe DiMaggio e esteve casada com Miller de 1956 a 1961.^{1,2}

Marilyn Monroe começou a chamar a atenção como atriz em 1950, depois de aparecer em pequenos papéis em *The Asphalt Jungle* e *All About Eve*. Embora ela estivesse na tela apenas brevemente interpretando uma amante em ambos os filmes, o público percebeu a bomba loira, e ela ganhou um novo contrato dos Estúdios Fox. A sua carreira de atriz avançou no início dos anos 1950 com atuações em *Love Nest* (1951), *Monkey Business* (1952) e *Niagara* (1953). Celebrada pela sua volúpia e charme de olhos grandes, ela ganhou fama internacional pelos seus papéis de *sex symbol* em *Gentlemen Prefer Blondes* (1953), *How to Marry a Millionaire* (1953) e *There's No Business Like Show Business* (1954). O filme *The Seven Year Itch* (1955) mostrou seu talento cómico e inclui a famosa cena em que Marilyn Monroe fica em cima de uma grade do metro e a sua saia branca é ondulada pelo vento do metro que passa.² Em 1955 estudou com Lee Strasberg no *Actors Studio* em Nova Iorque e, posteriormente, atuou como uma artista infeliz em *Bus Stop* (1956). Em 1957 participou no *The Prince and the Showgirl*, tendo este sido um fracasso comercial e com má crítica. Em 1959 teve uma atuação aclamada na comédia de sucesso *Some Like It Hot*.²

Durante a sua vida, Marilyn Monroe sofreu vários abortos espontâneos, alguns dos quais provavelmente associados ao uso de drogas e álcool.¹

Marilyn enfrentou um escândalo quando foi revelado que tinha posado nua para fotos antes de se tornar uma estrela, no entanto a história não prejudicou a sua carreira, tendo até resultado num aumento do interesse pelos seus filmes.

Em março de 1962, Marilyn Monroe supostamente conheceu John F. Kennedy numa festa em Palm Springs na casa de Bing Crosby, antes de sua famosa aparição pública em uma angariação de fundos democrata em 19 de maio de 1962, onde Marilyn Monroe cantou sua interpretação sensual de “*Happy Birthday, Mr. President?*” com a sua voz ofegante usando um vestido feito pelo estilista Jean Louis que dava a ilusão de que ela estava nua.¹

Embora os especialistas discutam sobre o impacto que o divórcio de Miller e o suposto caso de John F. Kennedy possa ter tido no estado de espírito de Marilyn Monroe, os seus altos e baixos com os amantes (que também incluíram romances com Marlon Brando, Frank Sinatra e o diretor Elia Kazan) constituíram também episódios turbulentos ao longo na sua vida.¹

Também em relação à sua vida profissional as coisas não eram fáceis. Depois de uma série de deceções de bilheteira com *Let's Make Love*, de 1960, e *The Misfits*, de 1961, Marilyn Monroe começou a sentir os efeitos do seu estrelato em declínio. Para adicionar a isso, a maneira como ela se comportou durante as filmagens de *Something's Got to Give* de 1962 fez

com que fosse despedida a 8 de junho de 1962, pela 20th Century-Fox Studios. O estúdio de cinema disse que os seus constantes atrasos custaram à produção 2 milhões de dólares e processou Marilyn Monroe em 500 mil dólares. Apesar do impacto que o processo teve na sua reputação, conseguiu capas de revistas de prestígio como *Life* e *Paris Match*, o que fez com que conseguisse negociar com os estúdios para ser contratada de volta em *Something's Got to Give*. No entanto, apesar do seu regresso, esta situação poderá ter tido um impacto profundo em termos psicológicos.¹

A vida problemática misturada com as pressões da fama assombraram-na toda a sua vida. Algumas das suas citações mais famosas aludem aos demónios que giravam na sua mente: “Ser um símbolo sexual é um fardo pesado para carregar, especialmente quando se está cansado, ferido e confuso”, “Hollywood é um lugar onde eles te pagam mil dólares por um beijo e 50 centavos pela alma”.¹

Antes de sua morte, Marilyn estava sob observação cuidadosa pelo seu psiquiatra Ralph Greenson, devido a uma depressão grave e um histórico de abuso de substâncias. Sabe-se ainda que Greenson tinha medicado Marilyn com barbitúricos.¹

Por volta das 17 horas e 15 minutos no sábado antes da sua morte, ela falou ao telefone com o psiquiatra Dr. Ralph Greenson durante cerca de uma hora e quando disse que não conseguia dormir foi orientada a dar uma volta. Greenson ficou com a ideia que Marilyn iria dar uma volta à praia para apanhar um pouco de ar fresco. A sua empregada, Eunice Murray, viu Marilyn Monroe ir para o seu quarto por volta das 20 horas. Por volta das 3 horas e 25 minutos, Eunice percebeu que a luz de Marilyn ainda estava acesa e foi ver como ela estava. Como não teve nenhuma resposta, ligou para Greenson, que veio e partiu a janela encontrando o cadáver de Marilyn Monroe. Marilyn Monroe estava deitada nua na sua cama, de bruços, com um telefone numa das mãos. Existiam vários frascos vazios de comprimidos espalhados pela sala, prescritos para tratar sua depressão. O frasco de comprimidos vazio ao lado dela era de uma receita que acabara de ser dada a ela alguns dias antes, mas foram também encontrados na mesa de cabeceira outros 12 a 15 frascos de comprimidos.^{1,2}

A investigação concluiu que Marilyn morreu entre as 20 horas e 30 minutos e as 22 horas 30 minutos de 4 de agosto. O relatório de toxicologia mostrou que a causa da morte foi intoxicação aguda por barbitúricos, apresentando 8 mg% (miligramas por 100 mililitros de solução) de hidrato de cloral e 4,5 mg% de pentobarbital no sangue e 13 mg% de pentobarbital no fígado. A possibilidade de ter sido uma overdose acidentalmente foi excluída porque as dosagens encontradas eram muito superiores ao limite letal. Os médicos de Marilyn afirmaram que ela era “propensa a medos severos e depressões frequentes” com “mudanças imprevisíveis de humor”, com várias overdoses no passado, possivelmente de forma intencional. Assim, a sua morte foi classificada como um provável suicídio. Apesar do médico legista ter concluído provável suicídio muitas pessoas não acreditaram e continuam a não acreditar que a sua morte foi suicídio existindo várias teorias à volta da sua morte. Nas décadas seguintes, várias teorias da conspiração, incluindo assassinato e overdose acidental, foram aparecendo tentando contradizer o suicídio como causa de morte.^{3,4}

As teorias mais prevalentes referem que ela foi assassinada. A especulação de que Marilyn Monroe havia sido assassinada ganhou a atenção do público pela primeira vez com a publicação de *Marilyn: A Biography* de Norman Mailer em 1973. Os rumores eram tão convincentes que o promotor distrital de Los Angeles reabriu o caso em 1982. No entanto, o caso foi rapidamente encerrado novamente com as mesmas conclusões feitas em 1962.³

Teoria da Conspiração 1: Os Kennedys

A teoria mais prevalente envolve os Kennedys. A maioria das pessoas sabe do rumor de que Marilyn Monroe teve um caso com John e/ou Robert Kennedy. Alguns acreditam que Marilyn dormiu com pelo menos um dos irmãos Kennedy devido a rumores de que ela admitiu abertamente a amigos próximos e até mesmo ao seu psiquiatra. Alguns acreditam

que é inteiramente possível que um ou ambos os Kennedys a tenham assassinado e encoberto para proteger as suas imagens públicas. Outros afirmam que Marilyn não estava apenas divulgando o seu caso em particular, mas também recolhendo segredos do governo em um “diário vermelho” dos seus encontros amorosos. Se fosse verdade, seria mais uma razão para os Kennedys, ou funcionários públicos, quererem que ela calasse a boca para sempre. Lionel Grandison, um médico legista que trabalhava na morgue para onde o corpo de Marilyn Monroe foi levado, afirmou ter visto esse diário vermelho. Ele também referiu que o corpo de Marilyn Monroe estava coberto de hematomas, facto que não constou do relatório da autópsia. No entanto, a reabertura do caso em 1982 descartou todas as declarações de Lionel devido ao fato de ele ter sido demitido do gabinete onde trabalhava por roubar cadáveres. Em 2007, o cineasta australiano Philippe Mora alegou ter descoberto um documento do FBI parcialmente redigido que sugere que Robert Kennedy pode ter sido cúmplice de uma conspiração para “induzir” o suicídio de Marilyn Monroe.^{3,4}

Teoria da Conspiração 2: A máfia

Existe também a teoria que envolve Jimmy Hoffa, um líder sindical com ligações à máfia. Esta teoria é baseada principalmente em dois livros e um relatório de uma testemunha ocular do gabinete forense. Os que acreditam nesta teoria alegam que Marilyn Monroe tinha um caso com Robert Kennedy, e que Jimmy Hoffa mandou matar Marilyn para se vingar de Robert Kennedy uma vez que este estava a trabalhar inflexivelmente para que Hoffa fosse preso.³

Há também quem acredite no envolvimento de Sam Giancana, um chefe da máfia de Chicago. De acordo com o biógrafo Darwin Porter, autor de *Marilyn At Rainbow's End: Sex, Lies, Murder And The Great Cover-Up*, Marilyn Monroe teria um caso com um dos homens de Sam Giancana e ela estaria a ameaçar revelar dados das operações da máfia, pelo que Sam Giancana a queria morta. Segundo Darwin Porter muita gente teria muito a perder se Marilyn Monroe falasse. Darwin Porter acredita que cinco homens da máfia foram responsáveis pelo assassinato de Marilyn Monroe por ordem de Sam Giancana, usando uma toalha embebida em clorofórmio, e aplicando-lhe um enema com barbitúrico.⁴

Teoria da Conspiração 3: CIA e/ou FBI

Outros acreditam ainda que Marilyn Monroe era simpatizante do comunismo ou simpatizante de simpatizantes. Por causa dessa crença e das alegações do perigoso diário vermelho de Marilyn, alguns acreditam que a CIA e/ou o FBI mataram Marilyn Monroe. Combinada com a ideia de que Marilyn estava envolvida com pelo menos um dos Kennedy, esta narrativa é bastante convincente para muitos que defendem que um simpatizante comunista recolhendo segredos do governo de altos funcionários dos EUA teria sido um pesadelo absoluto para o governo em 1962.³

Teoria da Conspiração 4: OVNI

Cada conjunto de conspirações parece ter uma teoria de OVNI, e a morte de Marilyn Monroe não é diferente. A teoria dos OVNI relativa a Marilyn Monroe é descrita de forma mais convincente pelo Dr. Steven Greer. Steven Greer é um ufologista americano que fundou o Centro para o Estudo de Inteligência Extraterrestre e o Projeto de Divulgação, que busca a divulgação de informações secretas de OVNI supostamente classificadas. Esta teoria, como a maioria, baseia-se firmemente na suposição de que Marilyn Monroe tinha um caso com John F. Kennedy. Steven Greer pensa que John F. Kennedy contou a Marilyn Monroe tudo sobre o suposto acidente com o OVNI em Roswell, Novo México. Steven Greer afirma ter encontrado um documento da CIA de dois dias antes da morte de Marilyn Monroe, relatando que John F. Kennedy contou a Marilyn Monroe sobre o que viu dos destroços do disco. Steven Greer também descreve escutas secretas incriminatórias nas quais

Marilyn Monroe planeava uma declaração à imprensa para contar ao mundo tudo o que John F. Kennedy tinha revelado sobre os ETs e sua nave. Assim, o governo dos Estados Unidos teria mandado assassinar Marilyn para manter os segredos de Roswell e dos extraterrestres.^{3,4}

Teoria da Conspiração 5: Marilyn Monroe está viva

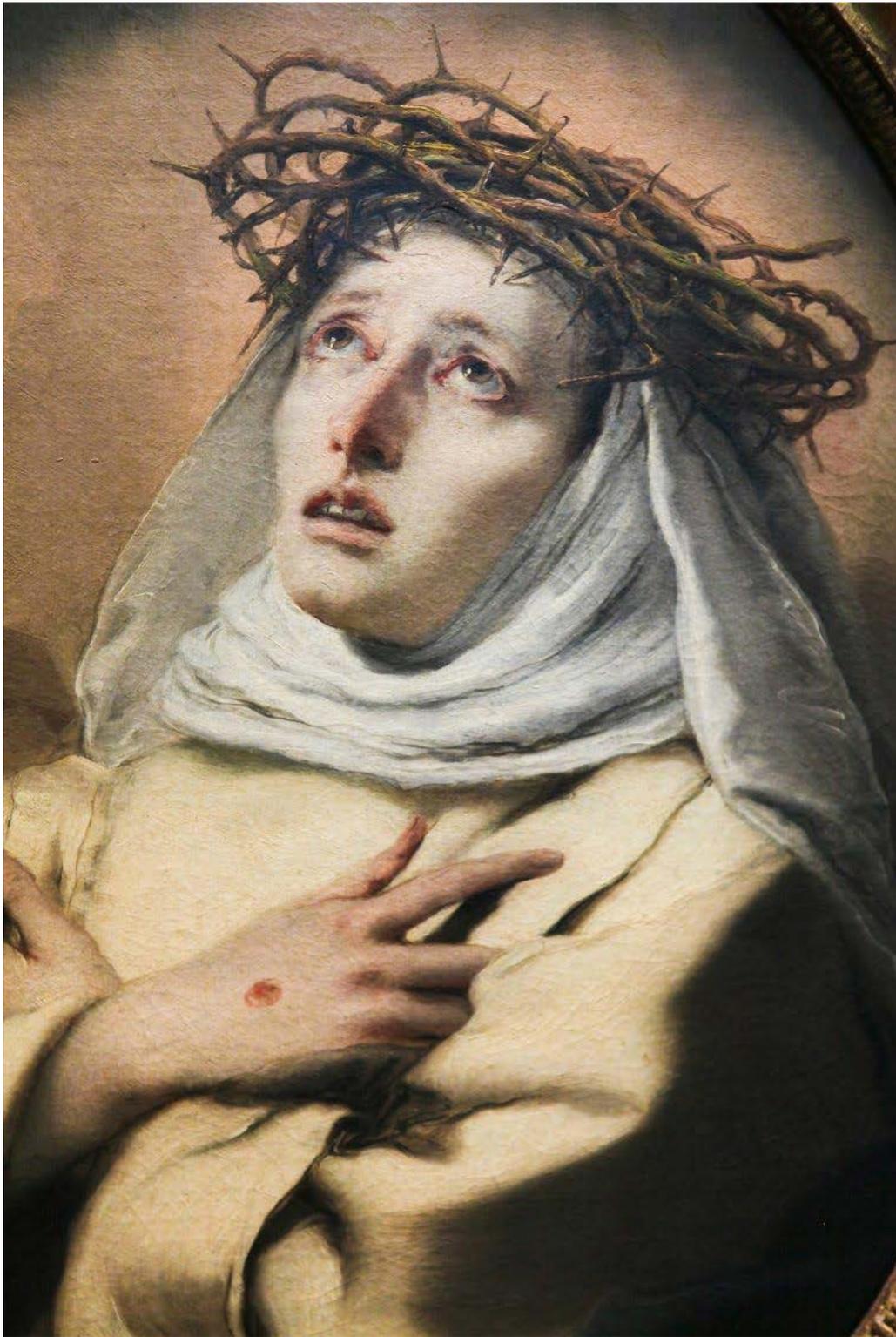
Existem várias teorias sobre falsas mortes de famosos, sendo que quanto mais icônico for o famoso, mais as teorias persistem. No caso de Marilyn Monroe há quem afirme que a sua morte foi encenada e que o seu psiquiatra, Dr. Ralph Greenson, internou-a em uma instituição mental em New Brunswick, Canadá, devido a um “colapso” na sequência das ameaças contra sua vida. John Alexander Baker, autor de *Marilyn Monroe: Alive in 1984?* acredita que Marylin Monroe ficou 20 anos na instituição sem ser reconhecida, antes de ter sido alta. De acordo com o esboço do livro, Baker afirma que deu boleia a uma mulher em Nova Escócia, em 1984, e que essa mulher afirmou ser Marilyn Monroe, sendo agora uma sem abrigo com esquizofrenia paranóide. Baker diz que ela falou sobre os seus dias como ex-estrela de cinema. Baker referiu que ficou impressionado com a sua semelhança com Marilyn Monroe, bem como com a semelhança das vozes. Baker admite que o estado mental da mulher tornaria sua história difícil de acreditar para a maioria das pessoas, mas diz: “Eu acredito 99 por cento que ela realmente era quem dizia ser.”⁴

Conclusão

Factos e ficção confundem-se e tal como outras figuras importantes dos nossos dias que morreram precocemente, também a morte Marilyn Monroe levou ao aparecimento de várias teorias. Sem dúvida que Marilyn Monroe foi, é, e provavelmente será sempre um dos maiores *sex-symbol*. Quanto mais tempo passar da morte de Marilyn Monroe mais difícil será ter a certeza do que realmente aconteceu. Apesar das teorias lógicas e das teorias de conspiração, a verdade sobre a morte de Marilyn Monroe será para sempre um mistério.

Fontes e bibliografia final

1. CHANG, RACHEL - Marilyn Monroe: Inside Her Final Days and Fragile State of Mind [Em linha], atual. 2020. [Consult. 1 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.biography.com/news/marilyn-monroe-final-days>.
2. HISTORY.COM, EDITORS - Marilyn Monroe is found dead [Em linha], atual. 2009. [Consult. 1 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.history.com/this-day-in-history/marilyn-monroe-is-found-dead>.
3. LOUISE, BRYNLEY - Death in Hollywood: Was Marilyn Monroe murdered? – Film Daily [Em linha], atual. 2020. [Consult. 23 abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://filmdaily.co/news/marilyn-monroe-conspiracy/>.
4. MITCHELL, JIM - 4 conspiracy theories about the death of Marilyn Monroe [Em linha], atual. 2017. [Consult. 1 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.sbs.com.au/guide/article/2017/07/24/4-conspiracy-theories-about-death-marilyn-monroe>.



Catarina de Siena

(Pintura de Giambattisto Tiepolo (1746), In: <https://www.infoescola.com/biografias/santa-catarina-de-siena/>)

CATERINA DE SIENA – O JEJUM MILAGROSO À LUZ DO CONHECIMENTO ATUAL

Anaís Vieira¹; Patrícia Nunes²

Centro Hospitalar Universitário de São João

¹Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria;

²Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails:¹anaisvi.vieira@gmail.com; ²patricialopesnunes@gmail.com

Resumo

A descrição de práticas de restrição alimentar remonta à Era Medieval. São vários os relatos de mulheres que, através do jejum e sacrifício, mostravam a sua devoção, ambicionando atingir a santidade. Caterina de Siena é um exemplo proeminente deste comportamento, descrito como Anorexia *mirabilis*. Relatos históricos revelam uma alimentação baseada em água, ervas e na hóstia sagrada, aliada a uma série de práticas penitenciais.

Vários autores vieram a definir estes comportamentos como análogos da Anorexia nervosa, justificando os diferentes motivos à luz do contexto histórico-cultural. Efetivamente, em ambas as entidades, o indivíduo restringe a sua ingestão alimentar na procura da perfeição, por vezes com um desfecho fatal. No entanto, esta abordagem enfatiza a recusa alimentar da Anorexia *mirabilis*, ignorando o ascetismo, fulcral na compreensão da identidade cristã destas mulheres.

Este trabalho pretende, assim, partindo da história de Caterina, explorar a Anorexia *mirabilis* e a sua relação com a Anorexia nervosa.

Palavras-chave: Anorexia *mirabilis*; Anorexia nervosa; Caterina de Siena

Abstract

The description of fasting practices dates back to the medieval era. There are several reports of women who, through fasting and sacrifice, demonstrated their devotion, willing to achieve holiness. Catherine of Siena is a significant example of this behavior, described as Anorexia *mirabilis*. Historical reports reveal a diet based only on water, herbs and the holy host, combined with various penitential practices.

Multiple authors have defined these behaviors as analogous of Anorexia nervosa, justifying the different motives in light of the historical-cultural context. Indeed, in both entities, the subject restricts his food intake in the pursuit of perfection, sometimes with a fatal outcome. However, this approach emphasizes the fasting behavior of Anorexia *mirabilis*, ignoring asceticism, which is central to the understanding of the Christian identity of these women. Starting from Catherine's biography, this article intends to explore Anorexia *mirabilis* and its relationship with Anorexia nervosa.

Introdução

A história da anorexia não tem um início claro. Apesar da primeira descrição formal da anorexia enquanto perturbação do comportamento alimentar surgir em 1868, encontram-se na história relatos da prática do jejum desde a Grécia Antiga. Foi durante a Idade Média que a restrição alimentar, de conotação essencialmente religiosa, atingiu o seu auge, associando-se a uma série de rotinas penitenciais que vieram a definir o ascetismo.

Santa Caterina de Siena é um exemplo proeminente da história do jejum milagroso, designado por Anorexia *mirabilis*. Este trabalho tem por objetivo revisitar a vida de Caterina, explorando os sinais e sintomas sugestivos de um comportamento alimentar patológico.

Pretende-se ainda analisar a relação entre a Anorexia *mirabilis* e a Anorexia nervosa, tendo por base os ensaios de vários autores – quer historiadores, quer médicos psiquiatras – que têm vindo a teorizar sobre a similitude destas duas entidades.

Os primórdios da anorexia

A primeira descrição da anorexia enquanto perturbação do comportamento alimentar surgiu em 1868 através de William Gull, que identificou sintomas como emagrecimento, amenorreia, hiperatividade e recusa consciente em comer, em mulheres durante a adolescência ou início da idade adulta. Em 1873, Lasègue publicou um trabalho intitulado "*De l'Anorexie Hystérique*", com uma descrição da doença muito similar ao que Gull tinha anteriormente descrito, mas dedicando especial enfoque aos aspetos psicológicos da doença, à interação familiar e à atitude dos pais perante a recusa alimentar da filha doente. Ainda no mesmo ano, alguns meses após a publicação de Lasègue, Gull propôs o termo *Anorexia nervosa* após verificar que a doença não era exclusiva do sexo feminino.

No entanto, recuando na história, torna-se evidente a existência de descrições de práticas de restrição alimentar desde o período helenístico (323 a.C - 146 a.C). A recusa alimentar, de conotação principalmente religiosa, tornou-se sobretudo popular entre as mulheres da Idade Média, que renunciavam à comida como parte de um conjunto de práticas ascéticas em nome do sacrifício e da pureza espiritual. Entre 1200 e 1500, um número considerável de mulheres praticavam o jejum religioso, com a aprovação da Igreja Católica que concedeu o estatuto de santidade a várias destas mulheres.

Contudo, com o virar do século XIV, a recusa alimentar passou de ato religioso legítimo a sinal de doença e a Igreja passou a desencorajar estas práticas. Durante os séculos XVII e XVIII surgiram os termos *inedia prodigiosa* e *anorexia mirabilis*, que passaram a definir o jejum religioso como uma “perda milagrosa do apetite”, contrapondo-se à ideia de uma recusa voluntária e auto-infligida.

Breve descrição da vida de Caterina

Caterina de Siena, nascida Caterina di Giacomo di Benincasa a 25 de março de 1347, é uma reconhecida figura da história da religião cristã.

Caterina foi a 23ª de uma fratria de 25. Teve uma irmã gémea, Giovanna. Incapaz de alimentar as duas crianças, a mãe de Caterina optou por amamentar Caterina e deixar Giovanna ser alimentada por uma ama-de-leite. Giovanna acabaria por falecer ainda na infância.

Na biografia escrita por Raimundo de Cápua¹ lê-se que a mãe de Caterina confessava várias vezes que Caterina era a filha predileta, tendo sido a única amamentada por si. Ao longo do texto tornam-se evidentes sinais de uma relação de sobre-envolvimento entre mãe e filha:

“the mother...began to be anxious for the daughter to be careful about her appearance... so that if anyone came to see her with an eye to marriage, they would find her looking her best.”

Com apenas 6 anos, Caterina teve uma visão de Cristo descender sobre a igreja Dominicana local. Cerca de 1 ano depois, fez um voto de castidade a Deus.

Caterina estava familiarizada com a prática da recusa alimentar desde muito jovem, através da sua irmã mais velha, Bonaventura, que usava o jejum para manipular o comportamento do seu marido. Pouco após a morte de Bonaventura (que faleceu durante o parto), Caterina,

¹ Raimundo de Cápua (1330-1399) foi confessor de Caterina, tendo residido com ela já durante a idade adulta. Sucedeu a Tomas della Fonte, tendo herdado dele as suas anotações. Tomas cresceu na mesma casa de Caterina e, por isso, conhecia-a intimamente, assim como a sua família.

na altura com 15 anos, usou o jejum para protestar contra a vontade dos seus pais de casar com o viúvo da sua irmã. Decidida a enveredar pelo caminho da Igreja, Caterina envolveu-se em conflitos com os seus pais, especialmente a sua mãe, que não aprovou as suas práticas ascéticas e a sua renúncia ao casamento. No auge desse conflito, Caterina cortou o cabelo, renunciando à beleza física que lhe traria pretendentes, e iniciou um período de privação de sono e privação alimentar que forçou a família a aceitar a sua vontade. Juntou-se posteriormente à Ordem Dominicana, após uma visão de São Domingos, mas contrariamente às freiras que viviam em clausura nos conventos, Caterina dedicou-se à vida comunitária e continuou a viver com a sua família, dedicando-se a prestar auxílio aos pobres e aos doentes. Aos 21 anos declarou o seu casamento com Cristo, alegando uma visão em que recebia dele uma aliança apenas visível aos seus olhos e aos 28 anos, Caterina alegou ter recebido os estigmas de Cristo (*stigmata*), também apenas visíveis aos seus olhos, como recompensa pela sua devoção e sacrifício.

A sua vida de ascetismo, jejum e devoção aos necessitados deu-lhe visibilidade, que lhe permitiu ter um importante papel como ativista na política do seu tempo, tendo realizado múltiplas viagens por Itália e envolvendo-se na defesa da reforma da Igreja. Em 1376, viajou até Avignon, França (local onde na altura residia o papado) a fim de ter uma audiência com o Papa Gregório XI, pedindo-lhe que retornasse a Roma e procurando uma resolução para os conflitos entre as cidades italianas. Apesar do papado ter de facto regressado a Roma em 1377, não é consensual o peso real da influência de Caterina.

Em 1380, Caterina iniciou um longo período de jejum absoluto de forma a oferecer o seu sofrimento como expiação para a resolução da crise da Igreja em Itália. Viria a falecer a 29 de abril desse mesmo ano, aos 33 anos.

Apesar de apenas ter aprendido a escrever 3 anos antes da sua morte, Caterina deixou um legado de textos, a maioria cartas que ditava aos seus discípulos. Cerca de 380 cartas sobreviveram até à atualidade, que foram compiladas numa obra que é hoje considerada um clássico da literatura italiana. Além deste trabalho, deixou o “Libro della divina dottrina” (*The Dialogue of Divine Providence*, na tradução inglesa) escrito pouco antes da sua morte. Várias figuras contemporâneas de Caterina afirmaram que ela estaria em êxtase enquanto ditava o texto, conhecido como a sua obra mais proeminente.

O papel do jejum e a enfermidade de Caterina

Na Era Medieval o jejum tinha um papel central na identidade cristã como parte de uma série de práticas penitenciais. A comida tinha, na altura, um simbolismo particular - a necessidade de comer representava um sinal de vulnerabilidade, uma lembrança da mundanidade do ser. Renunciar à comida era admitir o seu próprio pecado, renunciando a qualquer prazer. Jejuar era, desta forma, desafiar os limites do corpo e negar as suas necessidades, permitindo ainda a purificação do corpo e da mente e a preparação da alma para o momento da Eucaristia.

Mas a relação de Caterina com a comida não se limitava ao jejum ocasional, que seria prática habitual entre os cristãos. Definia-se, sim, por uma alegada incapacidade de se alimentar que lhe teria sido imposta por Cristo como castigo pelos seus pecados. Segundo os registos, desde os seus 16 anos que Caterina se alimentava apenas à base de pão, água e vegetais crus. Por volta dos 23 anos, deixou de comer pão para subsistir apenas de água, algumas ervas (que mastigava e rejeitava) e da hóstia sagrada. Várias testemunhas, incluindo Raimundo de Cápua, reportaram ver Caterina engolir pequenos galhos para provocar o vômito, alegando que a comida no seu estômago lhe provocava grande mal-estar e dores insuportáveis. Apesar disso, ao longo da sua biografia, são descritos alguns episódios em que Caterina comia compulsivamente durante banquetes, após quebrar jejum de vários dias. Caterina justificava estes comportamentos como forma de provar de que não estava possuída por um demónio que lhe dizia para não comer.

Não obstante insistir que a sua incapacidade em comer era uma enfermidade e não uma recusa voluntária, os registos mostram-nos que Caterina era capaz de decidir o que ingerir em função das circunstâncias. Em janeiro de 1380, recusou beber água durante um mês, motivada pela necessidade da resolução da crise da Igreja em Itália.

Caterina considerava que o seu sofrimento era comparável ao sofrimento de Cristo e poderia, de forma similar, redimir os pecadores através do seu sacrifício. A vida de Caterina lembra-nos a vida de Cristo: Caterina sofreu, cuidou dos pobres e dos doentes, e morreu.

O jejum milagroso e a Anorexia nervosa

Atentando nos textos deixados pelos seus discípulos, existem semelhanças entre os hábitos alimentares de Caterina e a Anorexia nervosa, como descrita por Lasègue e Gull. Para além da marcada restrição alimentar, está descrito um aumento de energia com hiperatividade e insónia, que aumentavam à medida que Caterina reduzia a sua ingestão. A indução do vómito remete-nos para os comportamentos purgativos descritos na Anorexia nervosa, como forma de compensar pelos alimentos ingeridos e pela culpa associada à “perda de controlo”. A incapacidade em comer e o mal-estar associado à ingestão alimentar podem ser explicados pelos períodos prolongados de jejum. A falta de apetite está presente na Anorexia nervosa, numa fase mais tardia, como consequência da desregulação dos mecanismos de controlo da fome-saciedade.

Relatos dos seus pais mostram-nos também que Caterina se envolvia arduamente nas tarefas domésticas, inclusivamente durante a noite, manifestando uma particular preocupação em alimentar os outros, cozinhando e distribuindo comida aos pobres. Também na Anorexia nervosa, apesar da marcada relutância em comer, é comum a existência de uma obsessão com a confeção da comida. De referir também que as práticas ascéticas de Caterina adotaram proporções mais significativas no início da sua adolescência, na mesma altura em que os seus pais iniciaram esforços para lhe arranjar casamento.

A hipótese de que a Anorexia *mirabilis* e a Anorexia nervosa são a mesma entidade é controversa. Partindo do conjunto de sinais e sintomas observados em cada uma destas entidades, observam-se múltiplas semelhanças: recusa em comer, perda de apetite, amenorreia, hiperatividade e insónia. Seria por isso possível assumir que, em ambas as entidades, a pessoa abstém-se de comida com um objetivo que é culturalmente dependente: austeridade e pureza nos valores da sociedade medieval e beleza ou magreza nos valores da sociedade atual. Na biografia de Caterina, a procura pela perfeição é, de facto, um tema recorrente:

“Make a supreme effort to root out that self-love from your heart and to plant in its place this holy selfhatred.

This is the royal road by which we turn our back on mediocrity, and which leads us without fail to the summit of perfection.”

Coloca-se no entanto a questão de as motivações religiosas das mulheres medievais serem análogas às motivações estéticas das anoréticas modernas, inseridas apenas num contexto histórico-cultural diferente.

Para Rudolph Bell, historiador especializado em história da religião da Europa medieval, a Anorexia *mirabilis* e Anorexia nervosa são entidades psicologicamente análogas, argumentando que fazem ambas parte de uma busca pela libertação feminina da sociedade patriarcal. De facto, traços psicológicos como perfeccionismo, rigor e inflexibilidade são encontrados tanto nas mulheres medievais com Anorexia *mirabilis* como nas anoréticas modernas. Se agora a perfeição é atingida pela magreza, na Idade Média o paradigma do perfeccionismo correspondia à santificação.

Por outro lado, Caroline Walker Bynum, também historiadora e professora de história medieval ocidental, defende que o jejum das mulheres medievais é apenas uma parte de um conjunto mais abrangente de práticas relacionadas com a comida, centrais na religiosidade feminina e na identidade cristã. De facto, observou-se um aumento de relatos de jejum milagroso no final da Idade Média, coincidente com o aumento da participação feminina na Igreja e com a valorização da devoção feminina. Este aumento do jejum milagroso surge também associado ao aparecimento dos milagres dos estigmas de Cristo e de outros milagres associados ao corpo. Esta distribuição mostra-nos que o ambiente cultural, além das causas biológicas, tem uma contribuição importante para o comportamento alimentar destas mulheres, e que o jejum poderá ser apenas um aspeto de um espectro de comportamentos que surgem no fim da Idade Média devido à mudança dos valores culturais.

Recorrendo ao exemplo de Caterina, não seria então rigoroso reduzir a sua experiência ao jejum que praticava e negligenciar um conjunto de práticas austeras como autoflagelação, dormir em camas de espinhos e queimar-se com água quente. Para Bynum, foram os historiadores modernos que, dentro da complexa experiência do ascetismo, atribuíram um papel central ao jejum das mulheres medievais.

O simbolismo da comida

Apesar de o jejum ser amplamente descrito como parte da espiritualidade da Era Medieval, as práticas de restrição alimentar aparecem sobretudo associadas às mulheres. Isto não significa que o jejum não fosse praticado por homens, mas as práticas de autoflagelação e isolamento da sociedade parecem prevalecer nas hagiografias existentes. Por oposição, nas biografias de mulheres beatificadas, existe um grande ênfase no jejum milagroso que estas praticavam. Esta diferença de ênfase pode estar relacionada com a relação das mulheres com a comida. Historicamente, são as mulheres que têm um contacto mais significativo com a comida por estarem mais envolvidas em tarefas como preparar e servir a comida, alimentar a família e distribuir comida pelos pobres.

Os textos deixados pelas mulheres medievais que praticavam o jejum milagroso sugerem que estas tinham consciência da relação entre a comida e os símbolos religiosos. Nestes textos estão descritos milagres de multiplicação de comida para alimentar os pobres, histórias de mulheres que bebiam pus das feridas dos doentes de quem cuidavam e alusões ao corpo da mulher como fonte de alimento após a sua morte. Nota-se ainda a utilização repetida de palavras como pão, sangue, fome e alimento, como símbolos dominantes da união com Deus e com a comunidade. Como Bynum nos mostra no seu livro *“Holy Feast and Holy Fast: Food motifs in the Piety of Medieval Women”*, os hábitos alimentares das mulheres medievais eram uma forma de expressar os ideais religiosos de sofrimento e serviço para com os outros. A cultura medieval promovia, desta forma, o controlo do apetite como símbolo dos valores coletivos da altura. A capacidade de sobrevivência sem comer da mulher medieval significava que ela tinha encontrado outras formas de alimento: a oração e a Eucaristia, na forma da hóstia sagrada e do vinho.

A definição do patológico

Definir os comportamentos alimentares das mulheres medievais como Anorexia nervosa depende da definição de anorexia que se escolhe utilizar. Se a anorexia for definida pelo medo mórbido de engordar, então só poderá ser diagnosticada em sociedades onde a magreza é valorizada, valor esse que surge apenas no século XX. De facto, quando Gull e Lasègue, no século XIX, descreveram a anorexia, não incluíram na sua definição o medo mórbido de engordar ou a distorção da imagem corporal, critérios hoje presentes na DSM-5. Mas existem outras definições mais flexíveis que podem incluir as mulheres medievais.

Hilde Bruch, psiquiatra alemã, descreveu a anorexia como “fome auto-infligida, na ausência de doença orgânica conhecida e na presença de comida abundante”, e observou que as

anoréticas, antes de adoecerem, eram descritas pelos pais como “a filha mais brilhante, doce, obediente e colaborante de sempre”. A psiquiatra italiana Mara Selvini Palazzoli definiu a anorexia como uma resistência deliberada à sensação de fome, sensação que é negada e ocultada. Palazzoli acrescenta que o ato de comer cria nas anoréticas “medo e ansiedade”, pois é considerado por elas como “depreciativo e derrotista”. Defende ainda que as anoréticas demonstram dificuldade em se afirmarem perante os pais, enquanto figura de autoridade; não comer é, assim, uma experiência de controlo - controlo do próprio como substituto do controlo das circunstâncias.

Esta vontade de controlo também aparece nas mulheres medievais. As funções corporais, a fertilidade e a sexualidade, a família e as suas interações, e os superiores religiosos poderiam ser manipulados através da recusa alimentar e da distribuição de comida. Mas apesar de estas definições aproximarem a Anorexia nervosa da Anorexia *mirabilis*, é importante lembrar que esta última tinha associado a si um conjunto de práticas ascéticas já descritas, que incluíam também a crença de que a gula é um pecado mortal.

Portanto, mais do que Anorexia nervosa não diagnosticada, a Anorexia *mirabilis* poderá ser vista como uma forma de expressão, o que não exclui que algumas destas mulheres pudessem de facto ter vulnerabilidade genética para a doença e ter desenvolvido Anorexia nervosa, refugiando-se nas motivações religiosas para validar o seu comportamento, sem que este fosse questionado. Relembrando a biografia de Caterina, verifica-se que ela foi exposta ao uso do comportamento alimentar como forma de controlo desde muito jovem, através do exemplo da sua irmã, o que poderá apontar para uma possível predisposição para este tipo de comportamento.

A Anorexia *mirabilis* desapareceu com o Renascimento, com o aparecimento do pensamento científico. Por essa altura, o jejum extremo começou a ser visto pela Igreja como herético, perigoso e até como sinal de possessão demoníaca. Também a curiosidade dos médicos levou a que os casos de alegada inanição fossem estudados e questionados dada a sua implausibilidade biológica.

Caterina chegou a ser acusada de procurar o suicídio através da inanição. Face às acusações, Caterina defendeu-se dizendo que comer era sim, para si, a maior fonte de sofrimento e que alimentar-se era provocar, de forma propositada, malefício ao seu corpo:

“Why. . . do you not forbid me to take food? You have seen for yourself time and time again that this is what is putting me to death, and if fasting were having that effect, your own admission you would forbid it.”

Conclusão

Caterina usou a comida e o corpo como forma de se expressar, mas existem vários aspetos do seu comportamento que remetem para a possibilidade de que padecia de facto de Anorexia nervosa. No entanto, e apesar das semelhanças evidentes entre a Anorexia nervosa e a Anorexia *mirabilis*, fazer este diagnóstico de forma retrospectiva tem limitações metodológicas, como o risco de minimizar a experiência feminina ao longo do tempo e menosprezar a vivência do fervor religioso e do ascetismo, impondo as conceções atuais no pensamento e comportamento medievais. Assim sendo, assumir a existência de um contínuo entre a Anorexia *mirabilis* e a Anorexia nervosa permitirá uma melhor compreensão de como um comportamento como a restrição alimentar adquire significância em diferentes ambientes culturais.

Referências bibliográficas

BYNUM, Caroline Walker - *Holy Feast And Holy Fast: The Religious Significance Of Food To Medieval Women*. Estados Unidos da América: University of California Press, 1987.

BRUMBERG, Joan Jacobs - *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.

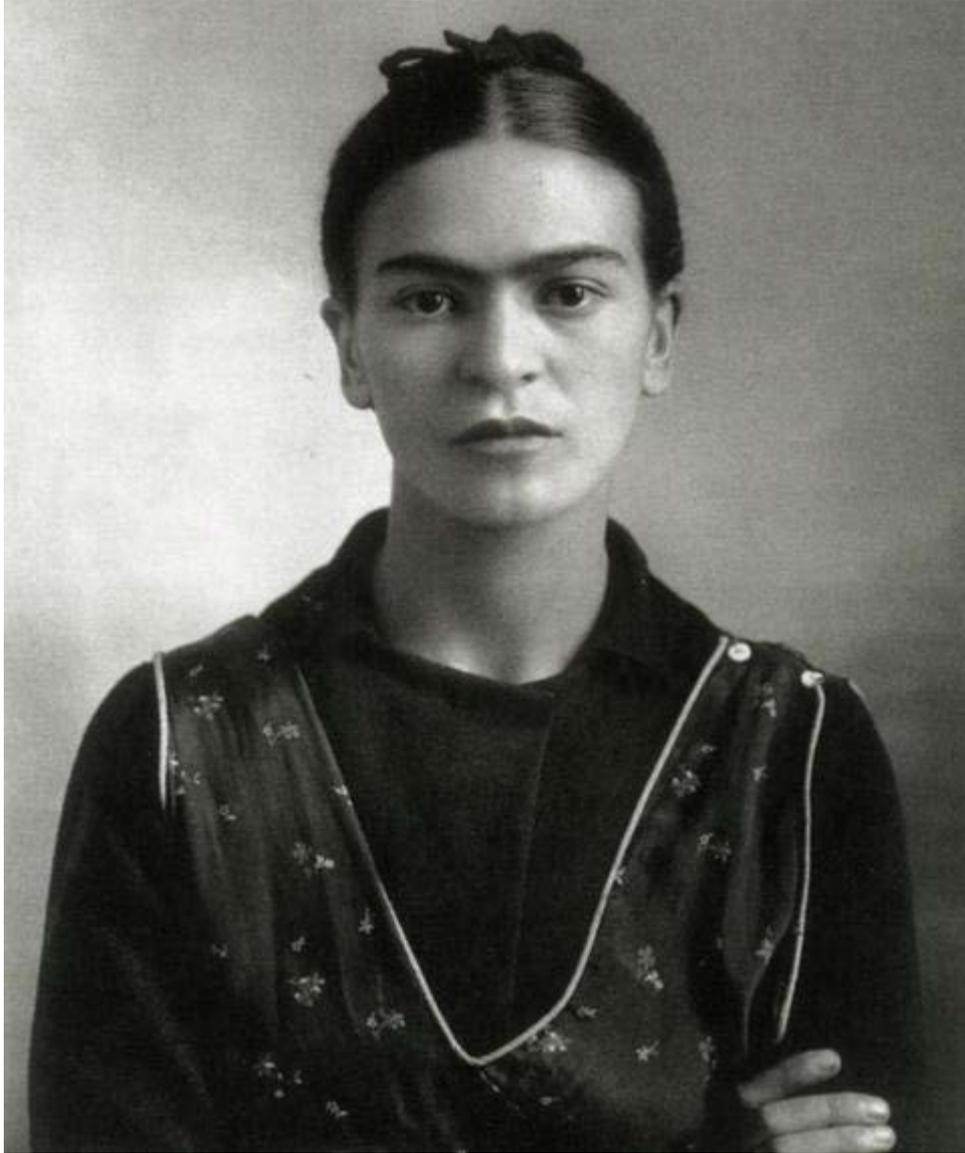
FORCEN, Fernando Espi - Anorexia Mirabilis: The Practice of Fasting by Saint Catherine of Siena in the Late Middle Ages. *Am J Psychiatry* [Em linha]. Vol 170, nº4 (2013), p. 370-371. [Acedido a 13 de março 2020]. Disponível na Internet:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12111457>

HARRIS, James - Anorexia Nervosa and Anorexia Mirabilis - Miss K. R and St Catherine of Siena. *JAMA Psychiatry* [Em linha]. Vol 71, nº11 (2014), p.1212-1213. [Acedido a 13 de março 2020]. Disponível na Internet:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1919399>

RAMPLING, David - Ascetic Ideals And Anorexia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. Reino Unido: Pergamon Press Ltd. ISSN: 0022-3956. Vol 19, nº2/3 (1985), p.89-94

FORCEN, Fernando Espi; FORCEN, Carlos Espi - The Practice of Holy Fasting in the Late Middle Ages - A Psychiatric Approach. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [Em linha]. Vol 203, nº8 (2015), p. 650–653. [Acedido a 10 de setembro 2020]. Disponível na Internet:
https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2015/08000/The_Practice_of_Holy_Fasting_in_the_Late_Middle.14.aspx

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington DC, 2013



Frida Kahlo
(In: ebiografia, https://www.ebiografia.com/frida_kahlo/)

FRIDA KAHLO E O SOFRIMENTO SUBLIMADO

Mauro Pinho¹; Daniela Oliveira Martins²; Margarida de Barros³, Ricardo Gil Faria⁴

Hospital de Magalhães Lemos

^{1,2,3}Médico/a Interno/a de Formação Específica em Psiquiatria;

⁴Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria

Emails: mauropinho@hmlemos.min-saude.pt;

danielaoliveiramartins@hmlemos.min-saude.pt; margaridabarros17@gmail.com;

ricardogilfaria@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Frida Kahlo (1907-1954) será uma das artistas mexicanas mais celebradas do séc. XX. Ora vítima, ora autora de uma narrativa turbulenta, num sucedâneo de traumas de natureza física e psicológica, transcende pela Arte uma vida de dor, doença mental e incapacidade. Estão descritos episódios depressivos major, abuso de álcool e dependência de opióides.

Nos seus reputados auto-retratos, sobressai ainda o que alguns interpretam como manifestação de uma perturbação dissociativa, com a própria duplamente representada – numa imagem, o sofrimento; na outra, uma espécie de belle indifférence.

Há também quem considere que tenha sido afligida por patologia da personalidade ou perturbação bipolar.

Por fim, uma vida que alguns especulam ter sido ceifada pelo suicídio, ainda que conste da certidão de óbito uma tromboembolia pulmonar. Algures no seu diário, lêem-se as palavras: «Espero que a saída seja alegre, e espero jamais regressar.»

Palavras-chave: Frida Kahlo; trauma; depressão; suicídio; arte

Abstract

Frida Kahlo (1905-1954) is one of the most infamous Mexican artists of 20th century. Sometimes victim, other times author of a turbulent narrative, in a series of physical and psychological traumatic events, she transcends through Art a life of pain, mental illness and disability. Major depressive episodes, as well as alcohol abuse and opioid addiction are described.

In her acclaimed self-portraits, it shows what many interpret as evidence of dissociative disorder, with Frida doubly represented – in one side, suffering; the other, showing la belle indifférence.

Some authors claim she could suffer from personality or bipolar disorders.

At last, a life some speculate to be taken by suicide, although official cause of death is pulmonary thromboembolism. Somewhere in her diary, one can read the words: “I hope the exit is joyful, and I hope never to return again».

Introdução

Frida Kahlo nasce em 1907, na célebre Casa Azul, algures nos subúrbios da Cidade do México. Ainda que a própria tenha vindo a reclamar, mais tarde, o ano de 1910 como o do seu nascimento, por este coincidir com a Revolução Mexicana. Traduz, desde já, a robustez da posição política de Frida, mas recuando, por agora, à infância: filha de pai alemão e mãe de ascendência indígena e hispânica. O pai é descrito como protector e afectuoso, a mãe como fria e distante. Se é certo que a relação com a mãe poderá ter surtido efeito patoplástico na sua personalidade, há um outro acontecimento marcante, na sua infância: em 1913, Frida, então com 6 anos, contrai poliomielite. Permanece 9 meses acamada e sofre sequelas, nomeadamente atrofia e fraqueza muscular do MID.

Discussão

Além da primeira tragédia, ocorre uma outra, ilustrada na obra «O Autocarro». Trata-se de um episódio autobiográfico: em 1925, Kahlo sofre um grave acidente de autocarro, numa colisão com um eléctrico. Fractura a coluna, clavícula, costelas, cotovelo, pelve, perna e pé. É ainda perfurada por um corrimão, da anca esquerda ao pavimento pélvico. E começa a pintar na cama, inclusive no próprio gesso. Um dos seus ex-líbris, «A coluna partida», retrata precisamente este lado traumático da sua narrativa.

Frida viria a ser submetida a mais de 30 cirurgias. Debateu-se toda a vida com dor crónica, a qual podemos justificar não só com o acidente de viação, como também com uma síndrome pós-poliomielite.

É interessante observar «A coluna partida»: exhibe pregos cravados em todo o corpo e chora, mas, ao mesmo tempo, mantém uma postura imponente, a denotar resiliência e um certo triunfo espiritual. Afirmou a própria: «A minha pintura carrega consigo a mensagem de dor.» Dor que não seria só física. Em 1929, casa-se com o aclamado Diego Rivera, artista comunista mexicano: «O elefante e a pomba», foi assim descrita a união, por questões anatómicas óbvias. Embora fosse evidente a admiração que ambos sentiam um pelo outro, tornou-se um casamento assombrado pelo fantasma da infidelidade e da infertilidade. O Rivera chegou mesmo a traí-la com a própria irmã, o que resultou num período de divórcio de um ano. De resto, a maternidade foi impossibilitada por abortamentos sucessivos. Nas palavras da própria: «Sofri dois graves acidentes, na minha vida: um foi o eléctrico, e o outro foi o Diego. O Diego foi, de longe, o pior.» Encontram-se ambos retratados na obra «Frieda e Diego Rivera». Quanto à ortografia de Frida com 'e': é o nome real da Frida, de origem alemã. A remoção do 'e' teve que ver com a posição política e antinazista da artista.

A representar o aborto, temos a obra «Hospital Henry Ford»: a flutuar em torno de Frida, um feto, e ainda um caracol, a simbolizar o quão demorado foi o processo.

Na pintura «Diego e eu», denuncia o outro fantasma, o da infidelidade. Esta obra nasce numa altura em que Frida descobre estar a ser traída com Maria Felix, actriz de cinema. Consta que procurava encarar as traições do Diego com sentido de humor, mas fracassando miseravelmente. Vemo-la chorar, na obra. A bem da verdade, as traições aconteciam de parte a parte. Também a Frida traiu o Rivera, inclusive com figuras de altíssimo relevo, como a Chavela Vargas e o Leon Trótski.

Bem, adivinham-se já reunidos fortes factores vivenciais a concorrer para psicopatologia. E quanto à saúde mental da Frida, especula-se genuinamente muito... Estão descritos instabilidade emocional, ideação suicida e episódios depressivos major. Acresce ainda abuso de álcool, barbitúricos e opióides de prescrição médica (em parte, obtidos ilegalmente). Há ainda quem levante a hipótese de abuso sexual na infância, por parte de uma professora ou até mesmo do pai.

Em «O veado ferido», vemo-la atingida por nove flechas, mas serena e impassível, na linha do que acontece n'«A coluna partida».

Um ingrediente comum a vários auto-retratos da Frida é a dualidade. A pintura, «As duas Fridas» surge após o divórcio do Rivera. À direita, surge vestida com um tehuana, traje típico mexicano, segurando um retrato do Rivera na mão. À esquerda, surge vestida de forma europeia, de coração partido e com uma pinça cirúrgica. Terão sido o Rivera e o seu nacionalismo a incitar a Frida a abraçar as raízes mexicanas. E talvez a Frida europeia fosse pior amada pelo Rivera.

Ainda assim, um ano depois, voltam a casar-se. Tratou-se, evidentemente, de uma relação bastante conturbada...

A historiadora Helga Prinitz-Poda, que se debruçou sobre a vida de Frida, descreve-a de acordo com os critérios do DSM de perturbação de personalidade borderline, referindo «instabilidade emocional, sentimentos crónicos de vazio e medo do abandono».

Na obra «Árvore da esperança, mantém-te firme», surge, de novo, duplamente representada. E regressamos já à temática das limitações físicas. Atrás, surge uma Frida em período pós-operatório, debilitada. À frente, uma Frida que vela por ela, serena, composta e autoconfiante.

Cito a artista, quando se justifica acerca dos seus muitos auto-retratos: «Pinto-me a mim mesma, porque me encontro frequentemente sozinha e porque sou o tema que conheço melhor.»

Conclusão

De facto, a saúde de Frida era muito frágil. Em 1934, foi submetida à remoção de cinco falanges do pé direito, em contexto de insuficiência venosa associada à síndrome pós-poliomielite.

Em 1953, teve mesmo de sofrer amputação da perna direita, por gangrena. Mas até aqui sublimou o seu sofrimento em arte, tendo resultado uma prótese por si magistralmente ornamentada.

À amputação, seguiu-se uma Frida acamada e com dores muito intensas. Está descrito que se impregnou em conhaque e abusou de opióides de prescrição médica. Terá havido, inclusive, tentativas de suicídio. Acabou por morrer ao fim de um ano. No certificado de óbito, consta um tromboembolismo pulmonar, mas alguns especulam que tenha sido antes suicídio por overdose. É certo que escreveu algures no seu diário: «Espero que a saída seja alegre, e espero jamais regressar.»

Fontes

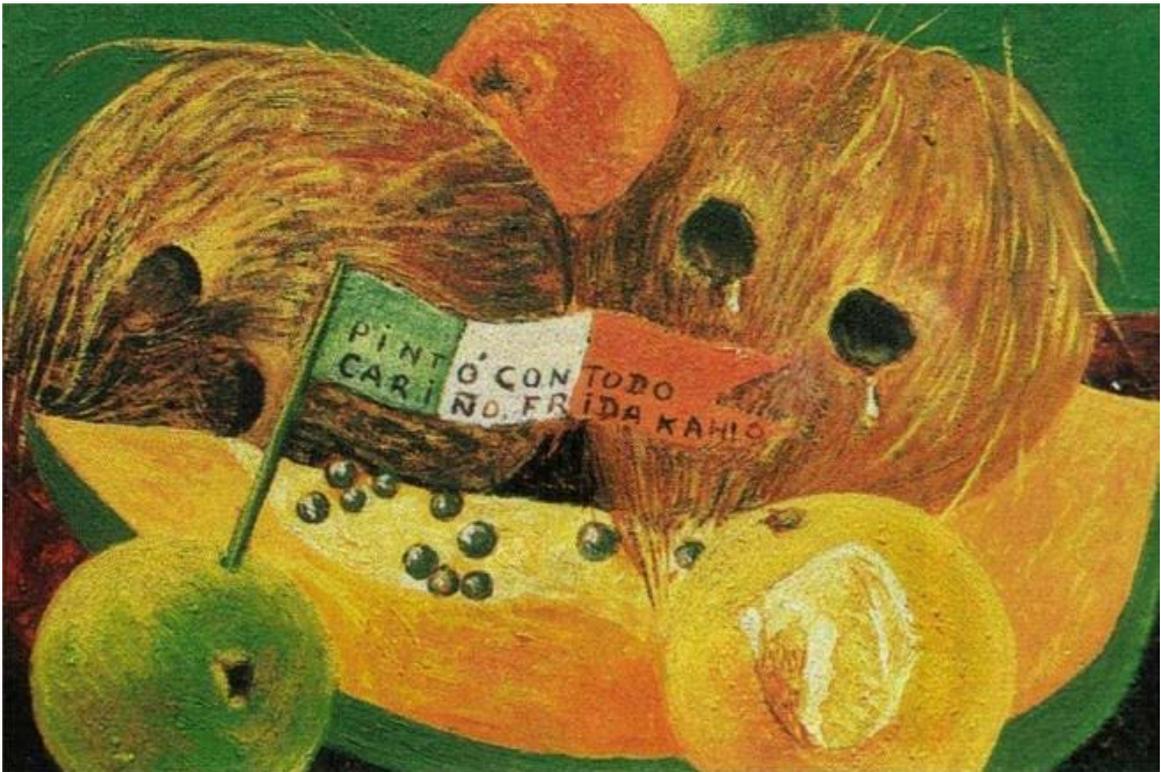
COURTNEY, Carol A; O'HEARN, Michael A; FRANCK, Carla C. - Frida Kahlo: Portrait of Chronic Pain. In *Physical Therapy*. Volume 97, Issue 1, January 2017, págs. 90–96.

Filme Frida (2002), realizado por Julie Taymor

<https://www.frida-kahlo-foundation.org/>

<https://www.fridakahlo.org/>

Personality of Frida Kahlo. In <https://www.mottocosmos.com/personalities/personality-of-frida-kahlo/s>.



Pintura de Frida Kahlo
(In: https://www.ebiografia.com/vida_trajectoria_frida_kahlo_obras/)

FRIDA KAHLO: ARTE E SOFRIMENTO

Ana Margarita Fraga, Daniel Esteves-Sousa, João Facucho-Oliveira, Margarida Albuquerque, Miguel Costa, Pedro Espada-Santos, Adriana Moutinho

Departamento de Saúde Mental do Hospital de Cascais

Email: ana.martins.fraga@hospitaldecascais.pt

Resumo

Frida Kahlo, uma irreverente artista comunista mexicana, é considerada uma das figuras mais importantes do século XX, que se destacou pela sua singularidade.

As obras de Frida carregadas de um estilo próprio, narram a vida da artista, marcada por múltiplos acontecimentos trágicos. Amamentada por uma ama, foi privada dos cuidados maternos iniciais. Contraiu Poliomielite aos 6, ficando com sequelas irreversíveis que a tornaram vítima de estigma. Aos 18, sofreu um acidente que a deixou com dores para o resto da vida e a impossibilitou de ser mãe, tendo tido um casamento que embora intenso e apaixonado, foi marcado por múltiplas traições. Apesar disto, tudo em Frida era vibrante. A artista encontrou o seu estilo próprio, obtendo na pintura a possibilidade de transpor para o exterior o seu sofrimento, encontrando na arte uma forma de cura.

Palavras-chave: Frida Kahlo, Mecanismos de Defesa do Ego, Sublimação, Arte, Sofrimento

Abstract

Frida Kahlo, an irreverent Mexican communist artist, is considered one of the most important figures of the 20th century, who stood out for her uniqueness.

Frida's work, characterized by her own style, narrates her life, affected by multiple tragic events. Breastfed by a nanny, she was deprived of any initial maternal care. By the age of 6 she contracted Poliomyelitis, with irreversible aftereffects, making her victim of stigma. At 18, she suffered an accident that left her in pain for the rest of her life and made it impossible for her to be a mother, having had a marriage that although intense and passionate, was marked by multiple betrayals. Despite all of this, everything in Frida was vibrant. The artist found her own style, obtaining in painting the possibility to take her pain away, finding in art a form of healing.

Introdução

Frida Kahlo (1907-1954), uma das artistas iberoamericanas mais conceituadas do século XX, destacou-se pela sua habilidade artística ímpar, produzindo obras únicas, na sua maioria autorretratos, representações do seu sofrimento. O conceito de fazer da arte uma forma de libertação do sofrimento, possibilitando a sua expressão no sentido da superação, não surgiu com Frida. A associação do sofrimento humano com a genialidade criativa e sua transformação em expressão artística, tem sido defendida por muitos artistas e filósofos que têm olhado para o sofrimento como algo proveitoso, capaz de remeter à possibilidade do sucesso no sentido da superação.

“O sofrimento é a fonte da criatividade”

Arthur Schopenhauer

Discussão

A artista plástica mexicana Frida Kahlo, teve uma vida intensa e vibrante, repleta desde cedo, por sentimentos de tristeza, dor e solidão, mas também amores intensos, com uma participação ativa na política e uma forte vontade de viver. Retratou nas suas obras o que lhe

ia na alma - as suas angústias, sofrimentos e o que de mais íntimo tinha, não poupando o observador do seu sofrimento mais profundo.

As obras de Frida são capazes de narrar a sua vida, quase como de uma autobiografia se tratassem.

Do nascimento de Frida ao nascimento da obra

Nascida a 06 de julho de 1907, na famosa Casa Azul, cidade de Coyoacán no México, Magdalena Carmem Frida Kahlo, foi a terceira de 4 filhas de Matilde Calderón y González e Guillermo Kahlo.

Pouco tempo depois do seu nascimento, a mãe de Frida voltou a engravidar, o que a impossibilitaram de a amamentar, tendo cabido essa tarefa a uma ama de leite indígena. Este facto parece ter sido marcante para Frida, que fez questão de os representar nos quadros “O meu nascimento” em 1932 e “Minha ama e eu” em 1937, reflexo da sua inadequação e distanciamento dos primeiros cuidados maternos, fundamentais no processo de amadurecimento e identidade pessoal.

Frida, foi uma criança alegre e feliz até que, aos 6 anos contraiu Poliomielite, uma doença que a deixou com sequelas irreversíveis para toda a vida, uma perna direita fina, um pé atrofiada. Seguiram-se vários meses de convalescença, na companhia do seu pai, tornando-se a favorita deste. Guillermo era alemão e trabalhava como joalheiro e comerciante de artigos fotográficos, passava a maioria dos dias com Frida, estimulando-a para o desenvolvimento do seu espírito intelectual e aventureiro.

Nesta altura, e por indicação médica, começa a praticar diferentes modalidades desportivas, nas quais coloca todo o seu empenho, chegando a tornar-se campeã nacional de natação.

Quando voltou à escola e pelas sequelas da infeção, sentiu o peso do estigma, sendo apelidada pelos colegas como “Frida da Perna de Pau”. Por esta razão, encontrou uma forma de lutar contra o seu sofrimento – uma amiga imaginária, que pintou anos mais tarde no célebre quadro “As duas Fridas”, em 1939, e com quem trocava confidencias e fantasias.

Frida foi uma jovem irreverente, vestia roupas masculinas e saias compridas, sempre vistosas e coloridas e usava botas por forma a esconder a sua perna fina e o seu pé atrofiado.

Aos 15 anos, foi uma das poucas mulheres a ingressar na Escola Nacional Preparatória de San Ildefonso, impulsionada pelo pai, com o objetivo de se tornar médica. Excelente aluna e dedicada, começa a dar os primeiros passos na política, participando ativamente no movimento estudantil *Os Cachuchas*, que lutavam por questões sociais, intelectuais e políticas no país, tendo mais tarde, alistado-se no Partido Comunista Mexicano.

Aos 18 anos, a vida de Frida foi avassalada por uma mudança radical, o autocarro em que seguia com o seu namorado, colidiu com um elétrico, tendo sido trespassada por uma barra de ferro que resultou em múltiplas fraturas na coluna, clavícula e pelve e várias lacerações graves no útero e abdómen. Frida esteve internada no hospitalar durante meses, imobilizada e submetida a dezenas de cirurgias, tendo ficado com limitações motoras e físicas, como a impossibilidade de ser mãe e dores, que a acompanharam para o resto da sua vida. A estes meses, seguiram-se outros tantos de convalescença, “presa” a uma cama, isolada de todos os seus amigos.

Por esta altura, ocupava grande parte dos seus dias a ler e a escrever, até que a mãe teve a ideia de colocar um espelho na parte superior da sua cama, oferecendo-lhe um cavalete, telas e tintas para que começasse a pintar. Canalizando a sua energia e sofrimento para a tela, Frida iniciou a sua criação artística, com o seu primeiro autorretrato, reflexo das suas ambiguidades, ambivalências, lutos e limitações. Frida redescobriu-se através da pintura, iniciando uma jornada que nos deixaram um grande legado. Enquanto pintava, Frida dissociava-se da sua dor e limitação “*Não estou morta e mais do que isso, tenho uma razão para viver. Essa razão é a pintura*” e redescobrimo uma nova vocação “*como era jovem, a desgraça não adquiriu um carácter trágico. Creio*

que tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa no lugar de estudar medicina. Sem prestar atenção, comecei a pintar”.



Figura 1. As duas Fridas, 1939

Fonte: <https://www.fridakahlo.org/the-two-fridas.jsp> [Acedido a 9 de setembro de 2020]

Os amores de Frida: Diego e o Partido Comunista

“Só quero três coisas da vida: viver com Diego, seguir pintando e pertencer ao Partido Comunista Mexicano”
Frida

Quando começou a recuperar, Frida decidiu não prosseguir com os estudos e ao invés disso, procurou o aval de Diego Rivera, um famoso artista mexicano de murais, que a impulsionou a prosseguir e com quem veio a casar em 1929, numa cerimónia simples na casa Azul. O casamento de Diego e Frida foi marcado por uma sucessão de traições, separações e reconciliações, momentos de grande ternura e de intensa dor, raiva, dependência, construção e desconstrução. Um dos golpes mais difíceis do casal foi o facto de nunca conseguirem ter sido pais. Frida teve vários abortos, não conseguindo cumprir o seu grande desejo de ser mãe.

Diego costumava enviar cartas carinhosas com flores, para compensar as suas ausências e desatenções mas, causava grande sofrimento em Frida, traindo-a múltiplas vezes durante o seu casamento, uma das quais com a irmã mais nova de Frida, Cristina, que culminou com o divórcio do casal. No entanto, anos mais tarde, em 1940, voltaram a casar-se pela segunda vez, em São Francisco, Califórnia, onde viveram durante alguns anos, tendo mantido, a partir daí uma relação aberta com amantes, homens e mulheres, de ambas as partes.

Para além da arte, também a política teve um papel muito importante na vida de Frida que, desde cedo simpatizava com o comunismo. Kahlo, foi professora na Escola Nacional de Pintura e Escultura *La Esmeralda*, dando ênfase ao conteúdo social da arte e demonstrando grande interesse no desenvolvimento político dos seus jovens protegidos. Recomendava a literatura marxista, envolvendo-os em discussões políticas entre ela e Rivera.

Abrigou em sua casa, Leon Trosky, um revolucionário e intelectual marxista, tornando-se sua amante, para afrontar Rivera.

Do apogeu à despedida

Durante os quase trinta anos vividos após o acidente, os dias de Frida não foram só negros aliás, ela teve uma vida coroada de êxitos e reconhecimento. Teve uma carreira brilhante, casou com o homem que escolheu, participou ativamente na política do seu país e foi professora de pintura, tendo em 1939, exposto o seu primeiro quadro no Museu Louvre, em Paris, firmando o seu nome como grande artista mexicana do século XX.

Em 1953, Frida sofreu mais um golpe cruel no seu espírito narcísico – teve que amputar a sua perna direita. Este facto, te-la-á deixado muito deprimida, aumentando a sua solidão, não querendo receber visitas, nem sequer de Diego, o grande amor da sua vida.

No mesmo ano, e apesar da sua fragilidade física, inaugurou, com grande sucesso, a sua primeira exposição individual no México e, embora impossibilitada de caminhar, apareceu na inauguração levada por uma ambulância. Na galeria, esperava-a uma cama estrategicamente colocada, para grande alegria dos seus seguidores que, durante todo o tempo da sua permanência, entoaram o hino e cânticos mexicanos.

Em 1954, onze dias antes de falecer, Frida participou, em cadeira de rodas, numa manifestação contra a queda do presidente do governo de Guatemala, apesar de ter sido desaconselhada pelo médico, pela sua debilidade física. E, oito dias antes de morrer, nomeou a sua última obra com a frase “Viva la Vida”. As cores vibrantes e o título da obra constituem um tributo surpreendente à vida e são testemunho da força e ferocidade de Kahlo. Em Frida, a representação da dor é também a representação da resistência, da força e vontade de viver. Faleceu aos 47 anos, a 13 de julho de 1954 e, embora a certidão de óbito refira como causa de morte um tromboembolismo pulmonar, muitos consideram que se terá tratado de um suicídio, com a última anotação do seu diário a dar força a esta tese “*Espero que a minha partida seja feliz, e espero nunca mais voltar*”.

A arte e a vida de Frida, um exemplo de sublimação

É através da arte que o artista parece relacionar-se com as expressões do inconsciente.

Frida Kahlo, considerada a mais importante artística plástica latinoamericana e uma das melhores do século XX, teve a sua obra reconhecida ainda em vida e, depois da sua morte, ganhou ainda mais destaque, tornando-a um ícone da arte moderna. O impacto e o reconhecimento de Frida são tão notáveis quanto a relação entre o sofrimento e a arte. Na sua exuberante obra pictórica e trágica história de vida vemos a compreensão da sublimação como um mecanismo de defesa.

“El arte más poderoso de la vida , e shaver del dolor un talisman que cura”

Frida

Em Frida, vemos a vida e a morte a dialogarem intensamente, na incessante produção de se pintar a si mesma, as vezes com mais vida, outras com a morte mais próxima. A artista, pintando-se a si mesma, expressa nas suas obras aquilo que é mais singular em cada um, o sofrimento.

“Pinto a mim mesma, porque sou sozinha e porque sou o assunto que conheço melhor.”

Frida

O abandono precoce do olhar e cuidados maternos, amamentada por uma ama-de-leite indígena e sem nunca desfrutar do carinho nem da dedicação da sua mãe, parecem ter sido marcantes na estruturação do psiquismo de Frida, pela sua importância no processo de amadurecimento e identidade pessoal. Sobre esta condição, sobrevieram a infecção por poliomielite que a deixaram com sequelas, o estigma, o acidente, as interrupções das tão desejadas gravidezes e o fracasso da sua relação matrimonial que lhe deram uma vida marcada por verdadeiras dores físicas e psíquicas, potencializando os sentimentos de solidão, abandono e desamparo.

Nas pinturas de Frida, conhecidas pelas suas cores vibrantes e fortes e de uma angústia própria ao feminino, não só nos são apresentadas características evidentes do seu sofrimento como nos transportam para uma tela com uma beleza pungente, tomada pela intensidade e pelo excesso da sua dor. Frida usa a cor como sinónimo de vida e as suas obras são o resultado de uma experiência pessoal, guiada pela fantasia, sublimando a dor, dando um contorno a esse vazio, demonstrando a sua capacidade de superação através da sublimação. Na crueza das obras de Frida o brilho, calor e a intensidade das cores, contrapõe ao cru do que é representado, captando a atenção e o interesse do observador. Parece representar um movimento dramático e repetido, visando contenção e integração psíquica em que a sua obra se converte na busca pela cura, através do que pode representar aquilo que era mais genuíno dentro de si, o sofrimento, que parece ter-se tornado mais suportável ao pintar a sua própria história.

Frida teve êxito em expressar o seu poder criativo, embora a Sublimação não a tenha livrado do sofrimento humano isto porque, o artista, para criar, tem de manter contacto com a fonte das suas pulsões perigosas e destrutivas. A maior ou menor distância dessas fontes pulsionais é que vai trazer ou não, o equilíbrio psíquico para o artista criador. A sublimação não garante a harmonia psíquica, tem êxito em partilhar com os outros a agonia e êxtase, contidas nas suas obras.

A sublimação, na obra freudiana, compreende a obra de arte como um substituto do que foi o brincar infantil, uma vez que aproxima o artista da criança – “a antítese de brincar não é o que é sério, mas o que é real”. Frida, da invasão do real, de um acidente que transformou a sua vida, inventa a sua arte, cria a parte do vazio que se tornou sua vida.

“Pensaram que era surrealista mas nunca fui... Nunca pintei sonhos, só a minha realidade”
Frida

A sublimação, um dos destinos específicos da pulsão, parece ser a substituição do objetivo sexual por outro mais valorizado socialmente, a capacidade do indivíduo investir em atividades artísticas, intelectuais, políticas e científicas ou seja, atividades superiores. A sublimação é uma forma de dominação da pulsão, talvez a melhor porque não o faz recalçando ou reprimindo mas é dominando para ser com esses fins culturais.

O próprio Diego Rivera, descreve a obra de Frida do ponto de vista do processo de sublimação:

“Sua obra é ácida e frágil. Dura como o aço e fina como asa de borboleta. Cativante como um sorriso e cruel como as agruras da vida. Creio que jamais (...) uma mulher depositou tanta agonia e poesia nas telas”.
Diego Rivera



Figura 2. Viva La Vida, 1954

Fonte: <https://www.fridakahlo.org/the-two-fridas.jsp> [Acedido a 9 de setembro de 2020]

Conclusão

Na arte de Frida vemos uma tentativa de reintegração do *self*. Embora considerada por muitos como uma artista surrealista, em Frida vemos o que de mais realista pode haver, uma artista que materializa a sua dor em arte, num esforço de personificação. Nas pinturas de Frida vemos um espaço de conciliação entre as suas emoções e o exterior, uma experiência transicional, retratando a sua dor, não poupando os seus admiradores da profunda angústia que vivia.

A criatividade de Frida não está na sua obra mas sim, nos recursos internos que utilizou para diminuir a sua dor.

Referências Bibliográficas

BASTOS, Marli Miranda; RIBEIRO, Maria Anita Carneiro - Frida Kahlo: uma vida. *Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise*. [Em linha]. Vol. 5, nº 2 (2007), p. 46-76. [Acedido a 3 de setembro de 2020]. Disponível na Internet: <http://seer.unirio.br/>.

MENDES, Eliana Rodrigues Pereira - Pulsão e Sublimação: a trajetória do conceito, possibilidades e limites. *Reverso*. [Em linha]. Vol. 33, nº 62 (2011), p. 55-68. [Acedido a 2 de setembro de 2020]. Disponível na Internet: <http://pepsic.bvsalud.org/>.

WOLFF, Mery Pomeranclum - A Obra de Frida Kahlo: A representação do corpo como o cenário de uma possível costura de cisões internas. [Em linha]. Cartagena: Federación Psicoanalítica de América Latina, 2016. [Acedido a 4 de setembro de 2020]. Disponível na Internet: <http://www.fepal.org/>

NOGUEIRA Eduardo Bernardes; NETO, Gustavo Adolfo Ramos - Frida Kahlo: considerações sobre o trauma e a reinvenção do corpo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. [Em linha]. Vol. 18. Nº2 (2016), p.34-45.[Acedido a 10 de setembro de 2020]. Disponível na Internet: <http://pepsic.bvsalud.org/>

DONA MARIA I A PIEDOSA – A LOUCA

António Alho¹; Núria Santos¹; Marisa Martins¹; Ricardo Gasparinho¹;
Nuno Fernandes¹; Liliana Ferreira¹; Isa Costa¹; Elisabete Sêco²

^{1,2} Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém

¹Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria ;

²Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails:antonio.alho84@gmail.com; nuria.ferreira.santos@gmail.com;

marisa.andrem@gmail.com;ricardogasparinho5@gmail.com;

n.agostinho.fernandes@gmail.com;lilianapf@gmail.com;

isacosta2014@outlook.pt; elisabete.seco@gmail.com

Resumo

Introdução: D. Maria I foi a primeira mulher a herdar o trono de Portugal. Os primeiros sintomas de doença mental manifestam-se em 1788, sendo considerada inapta para governar em 1792 e a regência assumida pelo seu filho D. Joao VI.

Objetivos: analisar a psicopatologia da “loucura” de D. Maria I; breve revisão bibliográfica

Métodos: pesquisa na base dados PubMed e consulta do romance de Isabel Stilwell (“Dona Maria I”)

Resultados: o humor depressivo e insegurança parecem constantes, com agravamento durante o reinado por diversos eventos de *stress*. Parecem ser sintomas da doença: comportamento disruptivo, inibição e agitação motora; mutismo; humor deprimido e disfórico; delírios de culpa, persecutórios, de envenenamento e niilista; alucinações visuais e auditivas; insónia; recusa alimentar e de terapêutica; comportamentos auto-lesivos e hetero-agressividade física.

Conclusão: pese a subjetividade do tema, o recurso a fontes da época permite reconstruir com aceitável fidedignidade a psicopatologia da doença de uma personagem desaparecida há quase dois séculos.

Palavras-chave: Maria I; depressão; delírio; alucinações

Abstract

Introduction: Queen Maria I was the first woman to inherit the Portuguese throne. Her first symptoms of mental illness first became obvious in 1788, which made her unfit to rule in 1792, being the regency assumed by her son João VI.

Aims: to analyse the psychopathology behind the “madness” of Maria I; brief bibliographic review

Methods: PubMed search and consult of the romance of Isabel Stilwell (“Dona Maria I”)

Results: depressive mood and insecurity seem to be persistent, with worsening during the reign by several stress factors. The symptoms of the disease include disruptive behaviour, motor agitation and inhibition; mutism; depressive/dysphoric mood; delusion of guilt, persecutory, poisoning and nihilist; visual and auditory hallucinations; insomnia; refusal of feeding and therapy; self-injurious behaviour and physical heteroaggressiveness.

Conclusion: despite of the subjectivity regarding the theme, the use of contemporary sources allows us to recreate with acceptable trustworthiness the psychopathology of an historical character long gone.

Introdução

D. Maria I de Bragança (1734 –1816), foi a primeira mulher a herdar o trono português¹. Era filha de D. José I e D. Mariana Vitória de Bourbon² e embora tenha sido cognominada de “a Piedosa” ficaria para a história como “a Louca” pela sua doença mental³. Apesar da descrição de um episódio de “delírio” em 1781², os sintomas inequívocos de doença mental manifestam-se em 1788, após a morte do príncipe herdeiro⁴. Notícias da cura da loucura do Rei George III de Inglaterra por Francis Willis levam à sua contratação para tratar a rainha. A regência do reino é assumida pelo filho D. João VI (1792)². Perante múltiplos obstáculos na instituição da terapêutica desejada, Willis abandona Lisboa (1793)⁴. Com este trabalho pretende-se analisar a psicopatologia da doença mental e rever a biografia de D. Maria I através da consulta do romance de Isabel Stilwell (“Dona Maria I”), de artigos científicos e *websites*.

Dados biográficos

Maria Francisca Isabel Josefa Antónia Gertrudes Joana de Bragança, futura D. Maria I, foi a primeira mulher herdeira do trono português. Nasceu em 1734 no Paço da Ribeira em Lisboa. Foi a primogénita de D. José de Bragança, na altura Príncipe do Brasil (futuro rei D. José I) e de sua esposa D. Mariana Vitória de Bourbon, infanta de Espanha. Com a ascensão ao trono de seu pai, em 1750, D. Maria tornou-se herdeira da coroa e recebeu os títulos tradicionais de Princesa do Brasil e Duquesa de Bragança. Inicia o seu reinado em 1777, como Rainha de Portugal e dos Algarves (1777-1815) e posteriormente como Rainha do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves (1815-1816)¹. Cognominada como a “a Piedosa” ficaria para a história como “a Louca” devido à sua doença mental³. Embora seja tradicionalmente conhecida como a primeira Rainha reinante em Portugal, tal é questionável, visto que à luz de uma recente perspetiva da história, Teresa de Leão (mãe de D. Afonso Henriques), já teria sido reconhecida como tal pelo papa, em 1112¹.

D. Maria casou em 1760 com o seu tio paterno D. Pedro III, tendo sido previamente proposta para casar com o tio materno, o Infante Luís de Espanha. O seu reinado é marcado pela reversão de múltiplas medidas tomadas pelo Marquês de Pombal, primeiro-ministro de D. José, num período que viria a ser designado por “Viradeira”. Ao longo desta fase ocorreu a demissão e exílio da corte do Marquês de Pombal, a reabilitação e restituição dos títulos da família dos Távoras, massacrados durante o reinado de seu pai¹ e a recuperação da influência da Igreja e da nobreza sobre o estado. Foram também libertados todos os presos políticos³. Defensora da paz, dedicada a obras sociais, concedeu asilo a numerosos aristocratas franceses fugidos do terror da Revolução em França. O seu reinado foi de grande atividade legislativa, comercial e diplomática, no qual se pode destacar o tratado de comércio com a Prússia (1789), envio de missões científicas a Angola, Brasil, Cabo Verde e Moçambique, e a fundação de várias instituições, entre elas a Academia Real das Ciências de Lisboa, a Real Biblioteca Pública da Corte e a Casa Pia de Lisboa¹.

Devido ao agravamento progressivo da sua doença mental, em 1792, o seu filho D. João VI assume a regência do reino³, sendo apenas confirmado nesse papel em 1799². Como forma de se tentar a cura, foi contratada a vinda do Dr. Francis Willis, psiquiatra e médico real de George III de Inglaterra, em 1792, que apesar das mais variadas tentativas não obteve qualquer sucesso nos tratamentos instituídos³.

A recusa governamental na adesão ao bloqueio naval às Ilhas Britânicas (Bloqueio Continental) decretado pelo cada vez mais poderoso Napoleão Bonaparte, viria a culminar na primeira invasão Francesa de Portugal, pela coligação franco-espanhola liderada por Junot em 1807. Receando a deposição, a família real Portuguesa foge para o Brasil a 29 de Novembro de 1807, num exílio que se virá a prolongar até 1820. D. Maria vive no Brasil até à data de sua morte (1816), no Rio de Janeiro, permanentemente incapacitada pela sua doença mental¹.

História da doença mental– possíveis fatores predisponentes e fatos históricos

O humor depressivo e um caráter pautado por excesso de insegurança com múltiplas hesitações na resolução de questões importantes parecem ter sido uma constante na sua vida, como se pode observar nas seguintes passagens do romance:

“Tenbo voltado a ter aqueles pensamentos que me arrastam para o fundo. Por vezes, penso que o meu pai não se enganava quando pressentia que o meu filho seria melhor rei que eu!”

“Teresa diz que é o Diabo, que é o Diabo que me põe estas imaginações tristes”⁵

Há também a destacar o fato de D. Maria ter sido educada num ambiente fortemente religioso² e segundo os registos apresentar um elevado fervor e um caráter impressionável³, os quais parecem ter contribuindo para uma aparente suscetibilidade pré-mórbida - *“...esta senhora sempre teve um temperamento triste e sujeito a afeções nervosas”⁵*

Verifica-se a influência de diversos acontecimentos ao longo da vida da monarca que parecem ter contribuindo para o desenvolvimento e manutenção de sofrimento psíquico, entre os quais importa destacar: a expulsão dos Jesuítas de Portugal e o massacre dos Távoras (ocorridos ainda durante o reinado de seu pai, D. José I), o processo de reabilitação dos Távoras e de restituição das suas propriedades, por si iniciado, e durante o qual foi sistematicamente sujeita a pressões por diferentes personagens representantes de interesses e fações divergentes e a perda de diversos familiares. Neste último aspeto foram preponderantemente significativas as mortes do seu marido e tio, o Rei D. Pedro III, do Príncipe-Herdeiro José e da Princesa Mariana (futura Rainha Consorte de Espanha), os últimos dois por varíola, para cuja doença na altura já havia disponível uma forma de vacinação que a rainha recusou por ser desaconselhado pela Igreja Católica. Já numa altura em que a doença mental se manifestava, a morte do confessor de uma grande e significativa parte de sua vida, Frei Inácio de São Caetano – Arcebispo de Tessalónica e sua substituição pelo Bispo do Algarve, José Maria de Melo, partidário do Távoras, contribuiu para múltiplos episódios de agudização sintomática. A conduta insistente e prepotente deste sacerdote sobre a rainha, no sentido de obter a rápida resolução de um processo que se arrastou por um longo período, fruto das múltiplas hesitações da monarca, parece ter sido um fator de desencadeamento e manutenção de sintomatologia. Também as notícias da revolução Francesa em 1789 contribuíram para o aumento da pressão sobre a já frágil saúde mental de D. Maria. No entanto, a notícia potencialmente mais devastadora da execução do Rei Luís XVI e da Rainha Maria Antonieta, foi conhecida já com o quadro psicopatológico da soberana portuguesa completamente desenvolvido, tendo levado, quando muito, a um agravamento sintomático.

Relatos chegados a Portugal de sérios problemas mentais do Rei George III de Inglaterra em 1788 e da subsequente franca melhoria com os tratamentos instituídos pelo médico Francis Willis ao rei inglês, assim como o progressivo agravamento do quadro clínico de D. Maria, levam com que Willis venha a ser contratado “para dar o seu parecer”. O clínico acaba por desembarcar em Lisboa em Março de 1792. Os relatos iniciais foram favoráveis, sendo patentes sinais de alguma melhoria, mas as sucessivas tentativas de Willis para impor o seu habitual regime de isolamento do doente e alimentação forçada, acabariam por se revelar infrutíferas. Numa última tentativa de separar D. Maria da sua numerosa e intrusiva Corte, terá sido proposta a transferência da rainha para a clínica em Lincoln, onde na altura eram internados outros membros da nobreza europeia. No entanto, tanto esta proposta como todos os outros métodos de tratamento seriam alvo de forte e bem sucedida oposição dos físicos portugueses ao serviço da coroa. Dado o franco insucesso na instituição do seu método Willis acaba por regressar a Inglaterra, no ano seguinte, deixando entregue o cuidado da rainha a um grupo de médicos de Coimbra que terão concordado em seguir a sua abordagem. Os registos de vários contemporâneos (William Beckford, Hugues Ranque e

Laura Junot) visando estado de saúde da rainha após 1793, acabam por ser menos pormenorizados, mas todos concordando no papel de José Maria de Melo no agravamento do estado de saúde mental da rainha – “pregava-lhe o castigo eterno com tamanha energia que a pobre penitente enlouqueceu” (atribuído a Beckford). A fuga para o Brasil em 1807 com uma longa viagem de barco isolada numa cabine levou a uma aparente melhoria do estado de saúde da rainha. Tal seria apenas temporário, com a manutenção de um estado de alternância entre aparente “lucidez e alívio e retorno mais forte que nunca” dos sintomas psiquiátricos até à sua morte, aos 82 anos, em 1816, no Rio de Janeiro².

Análise Psicopatológica baseada no Romance “D. Maria I” de Isabel Stilwell

Na análise que a seguir se apresenta procura estabelecer-se um paralelismo com um atual exame do estado mental, à semelhança do que se realiza numa história clínica psiquiátrica, através da descrição dos múltiplos sintomas. Esta, embora seja uma obra de ficção, foi apoiada em registos de diversas figuras contemporâneas de D. Maria. A seguinte análise trata-se de uma interpretação pessoal, que, embora apoiada num sistema de classificação científica, não pretende de alguma forma tomar conclusões definitivas.

Assim, tendo em conta a análise da psicopatologia apresentada na obra, parecem ter sido característica da doença de D. Maria I (as quais são demonstradas com excertos da mesma):

Comportamento disruptivo

“...Bracejando como se discutisse com alguém... cerrava os punhos e ameaçava personagens imaginários”

“...vi-a a observar-me e de seguida levantar os dois punhos cerrados na minha direção, perseguindo-me com um olhar não apenas louco como demoníaco.”

Inibição motora/ inquietação e agitação motora

“Desde os princípios de Outubro, se lhe principiou a descobrir uma grande melancolia... e abatimento de espírito...”

“...custava-lhe horrivelmente estar imóvel...”; “...não aceitava ficar sentada numa cadeira”

“... as mãos brincando uma com a outra numa agitação que nos últimos tempos não a largava, a perna direita tremia, como se não conseguisse manter quieta.”

Taquifemia, com momentos de impercetibilidade; solilóquios; mutismo seletivo

“Falava sem parar, por vezes quase num gemido”

“Fala sozinha. Já ontem, quando a visitei, não entendi nada do que dizia.”

“Ele fala comigo, mas eu falo pouco, tenho medo que descubra o meu segredo”

Humor deprimido e ansioso/ Humor disfórico

“O meu vestido é escuro... sei que o meu olhar será melancólico, o meu rosto inevitavelmente tenso. Por muito que me esforce por sorrir.”

“Sinto-me tão triste... Estou de novo na escuridão, como se o medo se tivesse alojado em mim e se recusasse a deixar-me”

“... de pouco adiantavam à melancolia profunda que sentia.”

“...este sentimento que me tira o ar... Pesa-me no peito, sufoca-me, e o coração dispara descompassado...”

“...tem degenerado em insânia e chega aos termos de um frenesi.”

Labilidade emocional

“... rindo, rindo, o riso transformado aos poucos num choro lancinante.”

Delírios de conteúdo de culpa, persecutório, de envenenamento e niilista ou de negação

“Sentenciei-o às penas do inferno”; “Sofro porque pequei...”

“E eles vêm aí, infiltrados, em barcos escondidos, de armas nas mãos, como aquele espião Pierre que me observou no dia da aclamação e me viu a alma.”

“Mas não como. Não posso comer. Envenenam-me, aqueles que trai, estou segura disso”

“Há dias pusera-se a gritar que estava morta e não possuía entranhas, puxando a camisa como se quisesse confirmar, chorando que não tinha remédio a sua salvação.”

Ideias passivas de morte

“...mas que alívio seria se tudo acabasse agora, se o coração parasse, ou a cabeça explodisse, e pudesse, finalmente, conhecer a paz, a paz de uma vida eterna, junto de Pedro...”

Alucinações visuais

“Deu um grito, um grito lancinante, agitando a roupa que via em chamas.”

“...vi o seu corpo consumido pelas chamas, a pele a estalar com o calor das labaredas, os ossos pretos, tão pretos...”

Alucinações auditivo-verbais

“Ainda ontem lhe ouvi a voz. E dizia-me para não assinar.”

“...é preciso que salve Maria Antonieta, a minha mãe ordena-me que lhe salve a afilhada...”

Insónia

“...na esperança de aliviar o estômago e as insónias...”; “... as olheiras fundas das noites mal dormidas.”

Recusa alimentar e de terapêutica

“Recusava-se a comer, recusava-se a dormir...”; “Não come nada, fingindo um impedimento na garganta.”

“...fecho a boca ou cuspo os medicamentos que me quer dar, cuspo-os na cara dele, pouco me importa...”

Comportamentos auto-lesivos

“Arranho a pele com as unhas, e a dor que provoço a mim mesma parece ser a única forma de atenuar o desespero.”

“Aproximou a mão da boca e mordeu-a, deixando as marcas dos dentes na pele branca.”

Hetero-agressividade física

“...uma violência e descontrolo que desconcertava quem nunca lhe conhecera fúrias ou mau génio.”

“A rainha gritou, mordeu e esbofeteou as damas que procuravam imergi-la nos banhos das Alcafiças...”

“esboteava as criadas, insultava e não aceitava ser contrariada”

Conclusão

D. Maria foi uma figura de relevo na história nacional, sendo sobejamente conhecida de todos os portugueses. Ainda assim, os dados da sua doença permanecem desconhecidos para a maioria.

De acordo a análise médica dos dados fornecidos por registos contemporâneos os sintomas parecem ser compatíveis com o diagnóstico mais provável de psicose afetiva. Estudos recentes reforçam este diagnóstico através da análise dos sintomas em programa informático (OPCRIT – *Operation Criteria in Studies of Psychotic Illness*) – Perturbação depressiva major com sintomas psicóticos – DSM IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*)²

A sintomatologia recriada no romance é compatível com este diagnóstico. Pese embora a elevada subjetividade do tema, o recurso a fontes da época permite reconstruir com aceitável fidedignidade a psicopatologia da doença de uma personagem desaparecida há quase dois séculos mas sempre marcante na história de Portugal.

Bibliografia

- 1.Wikipedia [homepage na internet]. D. Maria I de Portugal [acesso em 25 out 2020]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Maria_I_de_Portugal
- 2.PETERS, T.; WILLIS, C. - Mental health issues of Maria I of Portugal and her sisters: the contributions of the Willis family to the development of psychiatry. *History of Psychiatry*. 24:3 (2013) 292-207. DOI: 10.1177/0957154X13482832
- 3.Infoescola.com [homepage na internet]. D. Maria I de Portugal [acesso em 25 de out 2020]. Disponível em: <https://www.infoescola.com/biografias/maria-i-de-portugal/>
- 4.PETERS, T.; WILLIS, C. - Maria I of Portugal, another royal psychiatric patient of Francis Willis. *The British Journal of Psychiatry*. 203:3 (2013) 167. doi: 10.1192/bjp.bp.112.123950
- 5.STILWELL, I.;D. *Maria I*. Lisboa: Letras e Diálogos, 2018.

A PRIMEIRA RAINHA A GOVERNAR PORTUGAL: D. MARIA I A LOUCA

Carla Ferreira ^{1*}; Ana Mendes ^{1}; Nuno Agostinho Fernandes ^{1***}; Márcia Almendra ^{1****}; Ricardo São João ^{2*****}**

¹Hospital Distrital de Santarém;

² Escola de Gestão e Tecnologia, Instituto Politécnico de Santarém

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

^{***} Médico Interno Formação Específica de Psiquiatria; ^{****} Terapeuta Ocupacional;

^{*****} Professor Adjunto do Departamento de Informática e Métodos Quantitativos

Emails: carla.ferreira@hds.min-saude.pt; ana.castelo@hds.min-saude.pt;

nuno.fernandes@hds.min-saude.pt; marcia.almendra@hds.min-saude.pt;

ricardo.sjoao@esg.ipsantarem.pt

Resumo

D. Maria I, nasceu em Lisboa a 17 de dezembro de 1734, apelidada de "a Piedosa" e "a Louca", foi Rainha de Portugal e Algarves de 1777 até 1815. De 1792 até à sua morte, o seu filho João foi regente do reino em seu nome devido à sua doença mental.

Para tratá-la da "Loucura" veio de Londres um conceituado médico - Dr. Willis - psiquiatra e médico real de Jorge III, mas de nada adiantaram seus "remédios evacuantes". Segundo o médico a rainha possuía algum tipo de doença mental imune aos tratamentos.

Os tratamentos médicos realizados na época para atenuarem o estado de loucura de Maria I eram os banhos gelados, as sangrias os coletes de força, infusões, entre outros. Na época, até uma colher foi desenhada para a Rainha tomar a medicação.

Palavras chave: Doença Mental; D. Maria I; Loucura

Abstract

D. Maria I, born in Lisbon on December 17, 1734, nicknamed "the Pious" and "the Mad", was Queen of Portugal and the Algarves from 1777 until 1815. From 1792 until her death, her son John was regent of the kingdom on her behalf due to her mental illness.

To treat her for "Madness" a reputable doctor came from London - Dr. Willis - psychiatrist and royal physician to George III, but to no avail his "evacuating remedies". According to the doctor, the queen had some kind of mental illness that was immune to treatment.

The medical treatments used at the time to alleviate Mary I's state of madness were cold baths, bloodletting, straitjackets, and infusions, among others. At the time, even a spoon was designed for the Queen to take her medication.

Introdução

D. Maria I – Maria Francisca Isabel Josefa Antónia Gertrudes Rita Joana de Bragança, de cognome a Piedosa. Nasceu a 17 de dezembro de 1734 no Paço da Ribeira, em Lisboa.

Neta de D. João V, filha de D. José I e da princesa espanhola D. Mariana Vitória de Bourbon. Casada com D. Pedro III seu tio (irmão do pai), com o qual tinha uma relação amável.

Nasceu na opulenta corte do avô, João V. Quando tinha 16 anos, o pai subiu ao trono e a princesa assistiu durante quase três décadas a um conturbado reinado: A influência do ministro Marquês de Pombal; o Terramoto de 1755 e a execução dos Távoras – acusados de atentado à vida do rei. Assistiu à independência dos EUA e à Revolução Francesa.

Tomada de posse a 13 maio 1777

Sucedeu ao trono de Portugal em 1777, após a morte do seu pai - D. José I. Na época o Ministro Marquês Pombal e o Rei D. José I pretendiam que sucedesse ao trono José II (então com 13 anos) irmão de D. Maria, a mãe - D. Mariana Vitória- opôs-se.

A rainha foi aclamada numa cerimónia pública na Praça do Comércio a 13 de maio de 1777, com 42 anos de idade. Foi uma aclamação profusamente festejada pelo povo.

No dia anterior à tomada de posse, 12 de maio de 1777 a ansiedade da rainha era muita, enquanto o pintor executava a pintura com o manto escarlate forrado a arminho, símbolo majestade. A rainha ao fixar-se numa das figuras das peças de prata que estavam a ser areadas para o banquete de aclamação, a peça de um homem alto e esguio de calções apertados abaixo do joelho, subitamente o seu rosto tornou-se vivo, com olhos escancarados, boca aberta num grito lancinante e os braços a desligarem-se do corpo. Sentiu uma vertigem, o pensamento a fugir-lhe, a sua dama anã Rosa, ao sentir a sua aflição deu-lhe a mão e puxou-a para fora da sala.

D. Maria Rainha de Portugal

As Primeiras medidas decretadas pela soberana foi o afastamento do Marquês de Pombal da corte, uma vez que a governação severa e autoritária do marquês suscitou enorme descontentamento entre o povo e a alta nobreza - originou uma inversão do rumo tomado pelo Governo Português.

Procedeu à reabilitação da família dos Távora e libertou outros elementos da família que estavam em cativeiro.

Retomou a influência do Clero nos assuntos do estado, a Rainha era dotada de um enorme fervor religioso.

Houve uma redução de custos na corte, deixou de estar presente de forma assídua os músicos Os primeiros anos de governação decorreram de forma positiva com uma administração rigorosa

Palácio da Loucura

Em finais 1791, D. Maria I tinha 57 anos, começou a ser difícil camuflar a sua loucura, a rainha reinava há 15 anos. Relatos ministro dos Estrangeiros - Luís Pinto de Sousa – escrevia que a rainha padecia de “uma afecção melancólica” que tinha “degenerado em insânia”. O ministro referia que a rainha sempre teve um temperamento triste, sujeito a afecções nervosas, tímida, uma imaginação perspicaz e hábitos propensos a espiritualidades.

Beckford, diplomata inglês, encontrando-se certa noite no palácio de Queluz terá escutado gritos aguçados “Ai Jesus! Ai Jesus!”, enviando relato para Inglaterra.

A rainha padecia de terrores noturnos relacionados com os instrumentos de tortura utilizados pela inquisição, como o esmaga polegares e a cadeira de Interrogatório.

A 1 Fevereiro de 1791, a monarca alterou-se à saída do teatro de Salvaterra de Magos, segundo relato do ministro dos Estrangeiros “entrou num delírio furiosos que se prolongou”. Sua alteza encontrava-se exaltada, com discurso incoerente e desconexo, recusava-se a comer e a dormir, não aceitava ficar sentada numa cadeira, falava sem parar, bracejando como se discutisse com alguém, falava com raiva, cerrava os punhos e ameaçava personagens imaginários.

Sua alteza iniciou os tratamentos para o frenesim e fúria, com os banhos nas Alcaçarias, sangrias e com as camisas de força. Não havendo melhorias, a 10 fevereiro 1792, 18 médicos assinaram um atestado onde declaravam que a sua recuperação seria longa e morosa e que não se devia ocupar dos negócios públicos, Maria foi dada como incapaz, perdia o controlo,

falava de modo vulgar, gritava com os familiares e criados e atirava símbolos religiosos para o chão.

A 22 fevereiro 1791, o príncipe D. João assumiu o poder na sequência da incapacidade da soberana.

O Alienista Dr. Willis

Dr. Willis, homem do Clero, reputado por tratar loucos, conhecido por tratar o Rei Jorge III de Inglaterra, foi chamado para acudir à rainha D. Maria por uma avultada quantia de 10 000 libras de adiantamento e 1000 libras por cada mês.

As suas prescrições passavam por colocar o corpo régio num colete de forças e acorrentá-lo pelo peito a uma cama, amarrando também as pernas para controlar as fúrias e comportamento incoerentes.

Chegou a Lisboa a 15 março 1792 no paquete Hannover e foi luxuosamente instalado no Palácio das Necessidades, diagnosticou depressão e debilidade física - um esgotamento.

Prescreveu passeios terapêuticos à rainha, sair das Necessidades para Queluz onde teria “melhores ares” e para se afastar do ambiente que a circundava e contagiava, banhos gelados no mar, lançar de repente a triste senhora num tanque de água, aplicação de pomada nas pernas que lhe causavam bolhas, cortes na pele, sangrias, tratamentos com sanguessugas e desenhou uma colher cabo comprido para entrar profundamente na cavidade bucal, para forçar a toma da medicação e alimentação.

Verificaram-se algumas melhoras no início do tratamento, mas a corte estava descrente da recuperação da rainha.

Dr Willis tentou ainda prescrever uma viagem pelo mar até ao Porto à rainha, mas não foi consensual na corte quem deveria acompanhar a rainha. A cura pretendia afastar a soberana do ambiente que a circundava. Não vendo as suas prescrições caírem em graça da corte, abandonou o Palácio das Necessidades, regressando a Inglaterra em Agosto, 16 mil libras mais rico. Admitiu-se não haver esperança na recuperação da rainha

Ida para o Brasil | 1808

16 anos depois, quando as tropas napoleónicas avançaram, a rainha embarcou com toda a família real para o Brasil, segundo relatos “a pobre louca foi levada quase à força para bordo, e pelo caminho, gritava que a queriam roubar”, gemia “Ai, Jesus”. Desembarcou a 9 março de 1808, tinha 73 anos, parecia não entender bem o que sucedera. Falava como se estivesse em Lisboa, passava a maioria do tempo apática, por vezes tinha acessos de paranóia, afirmava “o diabo estava escondido por detrás do Pão de Açúcar, espiando-a”. Maria ou ficava em estado comatoso ou extremamente agressivo gritando com os criados.

Adoeceu fisicamente em fevereiro 1816, com febre e desintéria, faleceu 1 mês depois com mais de 80 anos. O seu corpo regressou a Portugal 5 anos mais tarde, sepultada na Basílica da Estrela a qual mandou construir em promessa da vinda de um filho varão

Análise Histórico-Psiquiátrica

Personalidade prévia: rígida, cumpridora, tímida, sensível, imaginação perspicaz e hábitos propensos à espiritualidade. Traços depressivos e melancólicos desde uma idade relativamente precoce

História Psiquiátrica Familiar: traços de “loucura” do pai D. José I, do avó Filipe V – Rei de Espanha e do tio Fernando VI

Acontecimentos marcantes: os dilemas políticos nacionais, as alterações políticas da América do Norte e na Europa. O desfiar de mortes

Desfiar de mortes: Quando Maria tinha 37 anos morreu a Infanta Maria Francisca Doroteia, sua irmã, de quem era próxima.

Aos 42 anos da rainha o seu Pai D. José, adoeceu de doença prolongada. Morrem-lhe três Filhos - João à nascença, Maria Clementina com 3 anos e Maria Isabel com 11 anos de idade. A sua mãe morre quando a rainha tinha 47 anos, era a sua grande conselheira.

Aos 52 anos da rainha morre o seu marido D. Pedro, esta última morte devastou-a muito, um vulto de estima.

Com 54 anos, em 1788, a rainha tem um ano trágico, perde: a filha Mariana Vitória após um parto; o seu neto varão José recém-nascido com uma semana de vida; D. José com 27 anos o seu filho estimado, futuro rei sem deixar sucessão; o seu genro D. Gabriel de Espanha; o seu Confessor frei Inácio de São Caetano, tanta falta lhe fez e Carlos III de Espanha, seu tio.

Análise Histórico-Psiquiátrica Sintomatologia

A soberana padecia de **Insónias** graves, agravadas pelo fato da soberana declinar a medicação, apresentava um **Início da depressão insidioso**, com progressiva irritabilidade e preocupações excessivas cujo tema era em regra saúde e dinheiro, **ansiedade, queixas gástricas** constantes, comportamento **paranóide**, **ideias deliróides**, afirmava que estava morta e que o seu corpo não tinha já qualquer entranha, Pelos relatos da época parece que Maria sofria de bizarras **ideias deliroides hipocondriacas**, dizia que era uma múmia cavernosa. Mais tarde, **ideias deliroides persecutórias**, conteúdo religioso, bem como de ruína, **alucinações visuais**: visões demoníacas e Comia só um tipo de prato.

Análise Histórico-Psiquiátrica - Hipóteses de Diagnóstico

Apresentamos como hipóteses de diagnóstico:

1. Depressão (Síndrome Depressivo) – Há relatos médicos da Casa Real: de apatia e tristeza, insónias e diminuição do apetite
2. Depressão Histérica - Não se devem descartar a hipótese de que para além da Depressão, a rainha pudesse ter Epilepsia – Crises epilépticas do tipo Grande Mal. No documento médico da Casa Real encontramos referência a convulsões, rigidez muscular, cansaço, espasmos na cabeça, no pescoço e nos músculos da cara.
3. Depressão Psicótica – Uma vez que temos a presença de sintomas depressivos e psicóticos
4. Esquizofrenia – Presença de ideias delirantes persecutórias e alucinações
5. Demência - Nada aponta que Maria sofresse de uma patologia demencial, à sua depressão adicionou-se o natural processo de envelhecimento

Conclusão

Os Portugueses amavam a sua bondosa rainha, amavam-na desde criança, símbolo da libertação da tirania de Marquês de Pombal. Aos olhos de muita gente fora a ambição da nobreza e as garras da priora da Estrela (Teresa de Melo) que levaram Maria a este estado. A rainha viveu mais de um quarto de século na “Loucura”.

Bibliografia

- DIAS, Amaral - Maníacos de qualidade, Portugueses Célebres na Consulta com uma Psicóloga. Lisboa: A esfera dos livros, 2010.
- SERRÃO, Joaquim Veríssimo - História de Portugal, Volume VI: O Despotismo Iluminado (1750-1807). Lisboa: Verbo, 1982.
- NECHO, Ana - A melancolia do poder: representações e imagens de D. Maria I, a Piedosa (1734-1799). Lisboa: Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa, 2012.

TÍTULO: LADY GAGA: O SUCESSO QUE ESCONDE UMA PROFUNDA DOR

Filipa Martins Alves^{1*}; Mariana Duarte Mangas^{2*}; Eloísa Ribeiro³

¹Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE; ²Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; ³Unidade de Saúde Familiar Condestável. ACES Pinhal Litoral

*Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria

* Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria. Email:

** Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar.

Emails: filipamartinsalves@gmail.com; mariana_mangas@hotmail.com; anaeloisaribeiro13@gmail.com

Resumo

Stefani Joanne Angelina Germanotta, mais conhecida como Lady Gaga, cantora pop de reconhecido sucesso, contou recentemente numa entrevista televisiva que foi vítima de violação repetida aos 19 anos por um conhecido, tendo posteriormente desenvolvido comportamentos autolesivos, quadro depressivo e perturbação de stress pós-traumático. Mergulhada na sua carreira, não procurou ajuda especializada mas o seu sofrimento silencioso traduziu-se em queixas algícas generalizadas e inespecíficas que motivaram o cancelamento de concertos em 2017. Cansada da dor que a atormentava, procurou ajuda e obteve o diagnóstico de fibromialgia. Lady Gaga corajosamente e lutando contra uma sociedade estigmatizante, assume a doença mental e física. Trata-se e promove a prevenção da doença mental nas escolas.

Palavras-chave: Lady Gaga, doença mental, dor, fibromialgia, trauma.

Abstract

Stefani Joanne Angelina Germanotta, better known as Lady Gaga, a well-known pop singer, recently spoke in a television interview of having been the victim of repeated rape at the age of 19 by an acquaintance, having subsequently developed self-injurious behaviors, depression, and post-stress disorder. Immersed in her career, she did not seek specialized help, but her silent suffering resulted in generalized and unspecified pain complaints that led to the cancellation of concerts in 2017. Tired of the pain that tormented her, she sought help and was diagnosed with fibromyalgia. Lady Gaga courageously and fighting a stigmatizing society takes on mental and physical illness. It deals with and promotes the prevention of mental illness in schools.

Introdução

Stefani Joanne Angelina Germanotta, 34 anos, é uma cantora e compositora norte-americana de reconhecido sucesso. Diagnosticada com fibromialgia aos 26 anos, viu-se obrigada, em 2017, a cancelar a participação no Rock in Rio Brasil e o resto da *tour* europeia, que terminaria a 28 de outubro com um concerto na Alemanha. Vítima de violação por um produtor musical aos 19 anos, desenvolveu comportamentos autolesivos, quadro depressivo e perturbação de stress pós-traumático.

Neste trabalho pretendemos fazer uma revisão sobre a fibromialgia e a sua possível relação com acontecimentos traumáticos prévios.

Discussão

Em 2017 Lady Gaga usou as redes sociais para partilhar que havia sido diagnosticada com fibromialgia, o que lhe causou dor crónica e provocou o adiamento de várias datas de sua digressão europeia no outono desse ano. Em várias entrevistas, a *pop star* partilhou questões relacionadas com a sua saúde e sobre os equívocos que se associam ao diagnóstico de fibromialgia.

Lady Gaga referiu acreditar que a sua fibromialgia foi desencadeada por ter sofrido abuso sexuais. Relata abusos sexuais aos 19 anos, referindo ainda, que a sua condição médica foi agravada pelas pressões físicas e emocionais provocadas pela fama e associadas às digressões. O documentário da Netflix “Lady Gaga: *Five foot two*”, realizado por Chris Moukarbel, acompanha Lady Gaga durante o lançamento do álbum “*Joanne*” e na preparação para o espetáculo da *Super Bowl*, enquanto enfrenta dificuldades físicas e emocionais. A cantora fala-nos de uma fratura na anca em 2012, de como o sucesso parece ditar o fim das suas relações afetivas e dos consequentes sentimentos de solidão, além do diagnóstico e tratamento de fibromialgia. O desespero causado pelas dores é visível quando aparece deitada numa cama, apenas coberta por uma toalha branca, com as mãos na face. Lady Gaga fala ainda dos seus apontamentos extravagantes, que tanto a caracterizam, como forma de mostrar que ainda está no controlo, num mundo artístico comandado por produtores.

História da Fibromialgia

A fibromialgia existe há séculos, e provavelmente as nossas bisavós que apresentaram sintomas de fibromialgia foram diagnosticadas com reumatismo. Em 1904, Sir William Gowers deu uma palestra sobre Lumbago: suas lições e análogos, para médicos do Hospital Nacional para Paralisados e Epilépticos em Londres, Inglaterra. Foi durante essa palestra que o Dr. Gowers descreveu “fibrosite” pela primeira vez e o termo começou a ser usado como uma palavra descritiva para os sintomas de reumatismo de partes moles. A palavra fibrosite indicava que a inflamação estava presente, o que contribuía para a experiência de dor do doente. À medida que a ciência avançava e mais se aprendia sobre a doença, tornou-se evidente que o tipo de inflamação encontrado nas doenças artríticas não está presente na fibromialgia. Em 1976, o “itis” fosse abandonado e adotou-se a síndrome da fibromialgia como a nova designação para esta doença milenar. A síndrome foi adicionada à fibromialgia porque o termo permite associar os diferentes sintomas da fibromialgia em uma perturbação, discernível pelos profissionais de saúde. No final da década de 1990, a síndrome da fibromialgia mudou para apenas fibromialgia porque as pesquisas começaram a descobrir mais evidências científicas de que a fibromialgia era uma entidade distinta. Embora a fibromialgia tenha se tornado num termo médico familiar, continua a confundir a população geral, incluindo as pessoas que afeta.

Clínica da Fibromialgia ^[1,2]

A fibromialgia é uma das condições de dor crónica mais comuns. É definida como uma síndrome reumática não-articular, de origem desconhecida, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crónica, presente em múltiplas regiões dolorosas, denominadas *tender points*, especialmente no esqueleto axial. Afeta cerca de 5% da população mundial, sendo nove vezes mais frequente nas mulheres., embora também ocorra em homens e crianças de todos os grupos étnicos. Esta doença é frequentemente presente em famílias, entre irmãos ou mães e filhas. O diagnóstico geralmente é feito entre as idades de 20 a 50 anos, mas a incidência aumenta com a idade de modo que, aos 80 anos, aproximadamente 8% dos adultos atendem à classificação de fibromialgia do *American College of Rheumatology*. Além da dor generalizada, mal definida, imprecisa, difusa, muitas vezes migratória e de intensidade variável descrita como “queimadura”, “ardor” ou “picada”, e que agrava com o frio e em períodos de maior stress, preocupações ou angústia, esta síndrome pode cursar

com fadiga (pior de manhã e ao fim do dia), parestesias e edema nas mãos e pés, (principalmente de manhã), rigidez muscular e articular (principalmente de manhã), fenómeno de *Raynaud*, perturbação do sono (insónia inicial, despertares noturnos e sono não reparador), “*fibrofog*” (dificuldades cognitivas ao nível da atenção, concentração e memória), cefaleias recorrentes ou enxaqueca clássica, dor pélvica e dor abdominal sem causa identificada (síndrome do intestino irritável).

Mecanismos da Dor ^[3,4,5,6,7]

A dor é modulada pelas vias nervosas da medula vertebral nociceptiva ascendente e inibitória descendente. Além das alterações ao nível do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, estudos mostram que na fibromialgia ocorrem alterações no processamento da dor, encontrando-se o tónus nociceptivo descendente diminuído (por alterações ao nível da substância P, serotonina e fator de crescimento do nervo) e o sistema nociceptivo permanentemente ativado. Assim, estes pacientes apresentam hipersensibilidade generalizada à pressão e a mudanças de temperatura e hiperalgesia e alodinia.

Os fatores psicológicos podem exacerbar ou inibir a experiência de dor através de vias e circuitos modulatórios descendentes. A avaliação cognitiva e crenças acerca da dor, do stress e da ansiedade, da depressão, da hipervigilância e, principalmente, da tendência para a catastrofização, exacerbam a dor.

Outros mecanismos apontados como responsáveis pela fibromialgia são alterações genéticas a nível do gene COMT (catecol-O-metiltransferase) e infeções por vírus, doenças autoimunes, distúrbios do sono, sedentarismo, traumas, ansiedade e depressão.

“Personalidade Propensa à Dor” ^[8,9]

Historicamente, Engel e Blumer falam-nos do conceito de “Personalidade Propensa à Dor”, cujas principais características são uma tendência para serem trabalhadores áduos, perfeccionistas, com grandes objetivos de realização profissional, com atividade excessiva, incapacidade em relaxar e aproveitar a vida, altruísmo ligado à falta de assertividade, negação de conflitos emocionais e interpessoais, incapacidade em lidar com a raiva e hostilidade e necessidades “infantis” de ser cuidado e dependência. Estas características podem ser encontradas em muitas perturbações psicossomáticas e o elemento central desses traços de personalidade parece ser uma autoestima instável que depende excessivamente da aceitação e reconhecimento pelos outros através do elevado desempenho profissional. Estudos apontam para que o esforço excessivo para a realização, juntamente com um sistema de defesa agressivo deficiente, possa ser responsável por níveis elevados e persistentes de stress que podem levar à fibromialgia.

Apesar da ampla variação nos perfis psicológicos dos doentes com fibromialgia, o efeito da personalidade nos sintomas clínicos da fibromialgia parece estar relacionado com os mecanismos de *coping*. Observam-se nestes pacientes elevadas pontuações em escalas para neuroticismo ou perturbação psicossomática, bem como falsos positivos para hipocondria e histeria. O neuroticismo reflete uma reatividade emocional e uma tendência ao sofrimento psicológico e está relacionado com técnicas de enfrentamento ineficazes, tais como evitamento e negação. Um maior neuroticismo foi associado a um maior impacto geral da fibromialgia, com maior gravidade dos sintomas, mais ansiedade, depressão e stress e pior qualidade de vida, suporte social deficitário, autoeficácia e capacidade de atenção plena diminuída. Estudos concluíram ainda que o efeito do neuroticismo no impacto da fibromialgia é mediado por ansiedade e depressão.

Dor e Trauma ^[8,10,11]

O modelo biopsicossocial formulado por George Engel em 1977, ao ter em conta a interação da dimensão biológica com as dimensões psicológica e social, descreve a dor como um processo multidimensional.

A herança genética, o funcionamento do sistema autonómico simpático, o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, o trauma isolado ou repetido e o sofrimento psicológico podem interagir e desempenhar um papel importante na determinação de quem irá desenvolver uma resposta patológica somática ao trauma e, em casos extremos, gerar dor crónica e incapacitante.

Considera-se que variáveis psicossociais, como experiências adversas na infância, pobreza, falta de afetos e abuso físico ou sexual, podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de síndromes de dor crónica, bem como sintomas de depressão.

No que respeita à génese da fibromialgia, eventos negativos da vida e experiências traumáticas parecem desempenhar um papel para a sua predisposição. Vários estudos revelaram uma associação significativa entre eventos fisicamente traumáticos prévios e o aparecimento de doenças crónicas com dor generalizada ou fibromialgia.

Greenfield et al. relataram que 23% das pacientes com fibromialgia identificaram um evento traumático, emocional ou físico prévio. Pacientes com fibromialgia parecem relatar com maior frequência uma ou mais experiências traumáticas antes do início dos seus sintomas e são mais propensas a ter sintomas de perturbação de stress pós-traumático.

Revisões sistemáticas mostraram taxas mais elevadas de abuso físico em pacientes com fibromialgia em comparação com os grupos controlo.

Boisset-Pioro et al., verificaram que as pacientes com fibromialgia apresentavam taxas mais elevadas de abuso na infância e na idade adulta, contudo, estes achados não foram replicados noutros estudos, que não mostraram evidência de aumento de abuso na infância nas pacientes com fibromialgia.

Com exceção da violação, nenhum evento sexual ou físico auto-relatado foi associado a fibromialgia. Pacientes com fibromialgia relataram abuso sexual (com penetração) mais frequentemente do que aquelas com artrite reumatóide (33% vs. 13%, respetivamente). Estas pacientes apresentam também dor mais intensa, maior grau de deficiência funcional e recurso mais frequente aos cuidados de saúde.

Contrariamente a pesquisas anteriores, em que mulheres que relataram abuso sexual e físico se mostraram significativamente mais propensas a ter perturbação depressiva major, no estudo levado a cabo por Ciccone et al., mulheres com fibromialgia que tinham sofrido de abuso sexual apresentavam níveis semelhantes de depressão quando comparadas com o grupo controlo. No entanto, estas pacientes relataram sentir-se mais “ameaçadas” pela sua experiência de abuso.

Vários estudos mostraram que a associação da fibromialgia com experiências traumáticas é mediada pela perturbação de stress pós-traumático. A prevalência de perturbação de stress pós-traumático em pacientes com fibromialgia varia entre 15% e 56%. Esta elevada prevalência sugere que o stress crónico sob a forma de sintomas de stress pós-traumático pode ser responsável pela elevada prevalência de fibromialgia em mulheres vítimas de violação. A possibilidade de que o sofrimento psicológico seja etiológicamente relacionado com a dor crónica é apoiada por estudos que nos mostram que mulheres com fibromialgia que não relataram abusos sexuais ou físicos, não têm mais probabilidade de terem perturbação de stress pós-traumático do que os controlos que não relataram abusos. Não devemos, no entanto, esquecer que lesões sofridas durante uma agressão sexual podem dar origem a dor crónica e sintomas de stress pós-traumático.

Pacientes com fibromialgia que apresentam perturbação de stress pós-traumático encontram-se mais frequentemente desempregados ou de baixa médica, relatam mais pontos de dor, mais sofrimento somático e psicológico e maior incapacidade.

Talvez ao contrário do que seria expectável, a perturbação depressiva não parece influenciar a associação entre fibromialgia e a perturbação de stress pós-traumático. Apesar das taxas de perturbação depressiva serem maiores nos pacientes com fibromialgia com perturbação de stress pós-traumático comparativamente aos doentes com fibromialgia mas sem perturbação de stress pós-traumático, estes últimos também apresentam taxas importantes de perturbação depressiva.

Tratamento da Fibromialgia ^[9]

O tratamento da fibromialgia deve ser orientado e focado na pessoa e não na doença. Orientado para a reabilitação, isto é, com o foco na funcionalidade ao invés da cura, o tratamento incide inicialmente na psicoeducação acerca da natureza e antecedentes biopsicossociais que poderão ter funcionado como fatores predisponentes, desencadeantes e perpetuadores. O conhecimento das circunstâncias que influenciam a dor e o processo psicoterapêutico que incida na eliminação de pensamentos disfuncionais e na compreensão acerca do papel do stress pode dar ao doente uma melhor compreensão e aceitação da sua doença. Para o alívio do impacto global da fibromialgia, face ao atrás descrito, também é importante o tratamento da ansiedade e da depressão em pacientes com altos níveis de neuroticismo.

O tratamento da fibromialgia deve assentar num programa estruturado, com estabelecimento de objetivos realistas, passando pela aprendizagem de técnicas de relaxamento, aumento gradual e balanceado das atividades e gestão do sono, assim como na gestão de problemas interpessoais e das recaídas.

Nos últimos anos têm sido realizados vários estudos sobre diferentes psicoterapias no tratamento da fibromialgia. As terapias cognitivo comportamentais, apesar do efeito positivo na autoeficácia em lidar com a dor e de permitirem uma redução nos níveis de depressão, não se mostram eficazes na diminuição da dor, fadiga ou alterações do sono. Apesar do entusiasmo generalizado com o *mindfulness*, este apenas leva a uma melhoria ligeira na qualidade de vida, enquanto que a hipnose tem efeitos superiores ao relaxamento na fibromialgia.

No que respeita à medicação, deve-se evitar a introdução de anti-inflamatórios de forma sistemática, com exceção de situações esporádicas e agudas. São assim preferíveis fármacos que atuem ao nível da sensibilização central e/ou nas vias inibitórias descendentes, como os anticolvulsivantes, antidepressivos (ex: amitriptilina, duloxetina, fluoxetina), analgésicos e relaxantes musculares.

Conclusões

Lady Gaga, numa tentativa de sensibilização e luta contra o estigma, contou ter sido diagnosticada com fibromialgia aos 26 anos. Revelou uma história de antecedentes de abuso sexual aos 19 anos, e descreve, na sequência destes traumas físicos e psicológicos, o desenvolvimento de comportamentos autolesivos, episódios depressivos e perturbação de stress pós-traumático.

A fibromialgia e a perturbação de stress pós-traumático são perturbações comórbidas que compartilham mecanismos etiológicos. Existe uma associação significativa entre trauma físico ou psicológico prévio e subsequente desenvolvimento de quadros de dor crónica generalizada, contudo, o trauma é "nem necessário nem suficiente" para o desenvolvimento de fibromialgia.

Embora seja difícil ver alguém a sofrer (mesmo que esta pessoa seja uma celebridade), *Gaga: Five Foot Two* vai retratar a sua jornada com a dor crónica e mostra-nos que não estamos sozinhos com a esta doença.

Terminamos com a mensagem de Lady Gaga “Não preciso mais sentir dor. Pode ser apenas uma parte de mim e eu posso seguir em frente”, que esperamos possa servir de suporte e motivação para muitos pacientes com fibromialgia.

Fontes e Bibliografia

- 1.COSTA, Carlos. - *Fibromialgia*. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Disponível na Internet: <https://spreumatologia.pt/fibromialgia/>.
- 2.MYOS - *Fibromialgia*. Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica. Disponível na Internet: <https://myos.pt/fibromialgia/o-que-e-FM>.
- 3.STAHL, Stephen M - Fibromyalgia -- pathways and neurotransmitters. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*. Vol. 24, n.º 1, p. 11-17.
- 4.ELLINGSON, Laura D - Catastrophizing Interferes with Cognitive Modulation of Pain in Women with Fibromyalgia. *Pain Medicine*. Vol. 19, n.º 12, (2013) 2408-2422.
- 5.MARTÍNEZ-JAUAND, M - Pain sensitivity in fibromyalgia is associated with catechol-O-methyltransferase (COMT) gene. *European Journal of Pain*. Vol. 17, n.º 1 (2018) 16-27.
- 6.YAVNE, Yarden - A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. ISSN: 0049-0172, Vol. 48, n.º 1 (2018) 121-133.
- 7.FURNESS, Penny J - What causes fibromyalgia? An online survey of patient perspectives. *Health Psychology Open*. Vol. 5, n.º 2 (2018) 1–11.
- 8.KEEL, P - Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia syndrome (FMS). *Zeitschrift für Rheumatologie*. Vol. 57, n.º 2 (1998) 97-100.
- 9.SETO, Andrew - The Role of Personality in Patients with Fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*. Vol. 38, n.º 1 (2019) 149–157.
- 10.CICCONE, Donald S - Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: A test of the trauma hypothesis. *Clinical Journal of Pain*. Vol. 21, n.º 5 (2005) 378-386.
- 11.HÄUSER, Winfried - Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*. ISSN 0304-3959, Vol. 154, n.º 8 (2013) 1216-1223.

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*; Mario A° Muñoz Muñoz**; Celia García Díaz***.

Área de Historia de la Ciencia, Universidad de Málaga

*Estudiante de Medicina; **Data scientist;

*** Profesora Asociada Historia de la Ciencia; Facultad de Medicina. Psiquiatra

Email: pablоторressalomon3@gmail.com

Resumen

La asistencia a la locura comenzaba a despuntar como necesaria a finales del siglo XIX, en un intento de legitimación de la especialidad por parte de médicos interesados en la medicina mental. En 1885 se publicó el Real Decreto del 19 de mayo, regularizando esta asistencia y obligando a las diputaciones provinciales a organizar lugares de observación para los pacientes y regular la reclusión definitiva en otros centros privados con concierto con la Beneficencia. Así se creó en Málaga, el Departamento de Observación de Dementes en el Lazareto de Nuestra Señora de los Ángeles, previa construcción del Manicomio Provincial en 1898. El objetivo de nuestro trabajo es analizar cómo fue el proceso de construcción del Manicomio Provincial y la importancia de la distribución espacial del manicomio en las distintas salas, así como la relación entre esta estructura y una asistencia diferente entre hombres y mujeres ingresadas en la institución a lo largo de la primera mitad del siglo XX.

Palabras clave: Locura, Manicomio Provincial de Málaga, Franquismo, Historia de la Psiquiatría, Género.

Abstract

The assistance to madness began to emerge as necessary at the end of the 19th century, in an attempt to legitimize the specialty by doctors interested in mental medicine. In 1885, the Royal Decree of May 19 was published, regularizing this assistance and forcing the provincial councils to organize observation places for patients and regulate the permanent confinement in other private centers in concert with the Charity. This is how the Insane Observation Department was created in Malaga in the "Lazaretto de Nuestra Señora de los Ángeles", prior to the construction of the Provincial Asylum in 1898. The objective of our work is to analyze how the construction process of the Provincial Asylum was and the importance of the spatial distribution of the asylum in the different rooms, as well as the relationship between this structure and a difference in the caring between men and women admitted to the institution throughout the first half of the 20th century.

Introducción

La habilitación de espacios asistenciales específicos para los enfermos psiquiátricos ha supuesto un importante debate desde finales del siglo XVIII. Desde las reformas promulgadas por Esquirol durante la Revolución Francesa hasta llegar a la actual estructura de atención y terapia de los pacientes psiquiátricos ha sucedido una interesante evolución, claramente influenciada por las vertientes ideológicas patentizada por aquellos que ocupaban los estamentos gubernamentales. El objetivo de este trabajo es analizar cómo estos cambios se desarrollan en el Manicomio Provincial de Málaga durante la primera mitad del siglo XX, etapa marcada por convulsos cambios de gobierno que culminan con el estallido de la Guerra Civil española y la instauración de la dictadura franquista.

Discusión

El espíritu reformador de la revolución francesa propiciaría el que es, probablemente, el primer gran precedente del intento de creación de espacios de reclusión específicos para los enfermos mentales. De la mano de Esquirol se promulgó la Ley de 1838 que reflejaba la responsabilidad del Estado para con los pacientes, no solo señalando la importancia de habilitar espacios, sino de líneas terapéuticas y cuidados específicos que marcarían el desarrollo de la ciencia psiquiátrica hasta nuestros días¹.

El Hospital Provincial de Málaga nació en 1489 de la mano del obispo Pedro Díaz de Toledo, siendo éste dirigido por diferentes órdenes religiosas como la hermandad de la Santa Caridad o la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios hasta el período de desamortizaciones de Mendizábal y Espartero. Desde este momento, pasó a ser responsable del centro en primer lugar la Junta Municipal de Beneficencia (1840) y posteriormente la Junta Provincial de Beneficencia, siendo éste último órgano suprimido y sus funciones asumidas por la Diputación provincial en 1869.

Fue en 1885 cuando el nuevo Hospital Provincial internó a los primeros enfermos mentales, en otro espacio no destinado para este fin, hasta la finalización de las obras del manicomio en 1898. Esta urgencia en el traslado se debió a un brote de cólera que afectó al Asilo Nuestra Señora de los Ángeles, que fue organizado como departamento de observación de dementes mientras se construía al manicomio. Málaga era una ciudad dividida en dos por la frontera no solo geográfica, sino económica y social que suponía el río Guadalmedina, dejando al oeste de la ciudad las zonas industrializadas y los barrios más humildes, y al este de la misma los distritos donde habitaban las familias más pudientes (como los Crooke o los Larios), cuyas donaciones fueron claves en dicha construcción y posteriores reformas.

Frente a la línea arquitectónica manicomial seguida en un primer momento en España, que consistía en pabellones pequeños y simétricos destinados al ingreso de pacientes sin distinción de enfermedad, la construcción del Hospital Provincial tomó las ideas más vanguardistas para su disposición².

Moreno Monroy, arquitecto principal del diseño del Hospital Provincial malagueño y uno de los propulsores del higienismo malagueño del S. XIX, inició en 1894 las obras de dicho hospital a imagen y semejanza del Hospital de la Princesa (Madrid). La construcción se dio de forma sucesiva, siendo la base una serie de pabellones que se unen entre sí con arcadas abrazando a un patio principal. La sala 20 (Santa Rita), que sería posteriormente la destinada a las pacientes psiquiátricas, fue integrada dentro del mismo hospital general y construida posteriormente, en 1909. Por su parte, la sala 21 (San Carlos) se construyó como un módulo aparte y sería la destinada al ingreso de todo paciente con enfermedad mental independientemente de su sexo, disponiendo las salas de forma especular. Probablemente debido al aumento de ingreso de varones, finalmente se decidió hacer una separación entre los pacientes por sexo, trasladando a las mujeres a la sala 20.

El espacio manicomial es un interesante sujeto de análisis, entendiéndolo como una herramienta más de poder al servicio de la autoridad política e institucional para el control y aislamiento del paciente psiquiátrico³. Tomando como ejemplo el uso que hace Foucault del panóptico de Bentham⁴ para estratificar las estructuras de poder, podemos compararlo con

¹ ÁLVAREZ, Juan Pablo - JEAN-ÉTIENNE DOMINIQUE ESQUIROL, ALIÉNISTE. *Rev. Med. Clin. Condes*. Vol 23, nº5 (2012), p. 644-645.

² FERNÁNDEZ-MÉRIDA, M^a Dolores - Aproximación a la arquitectura hospitalaria a través de los fondos de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando. *Boletín de Arte*. Universidad de Málaga: UMA. N° 24 (2003), p. 179-207.

³ GARCÍA DÍAZ, Celia. JIMÉNEZ LUCENA, Isabel - Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950). *Frenia*. N°10 (2010), p. 123-44.

⁴ FOUCAULT, Michel - *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal, 2005. p. 51.

esta nueva estructura manicomial: grandes pabellones en los cuales todos(as) los(as) pacientes eran visibles desde todos los puntos, dejando atrás la privacidad y el entorno personal y mostrándonos una vez más como el intento de sociedad de control se daba en todos los estamentos. Se redefine la única vigilancia central y anónima pasando a una jerarquización de la asistencia desde las religiosas y auxiliares hasta los psiquiatras y directivos del centro. La llegada del régimen franquista trae consigo una serie de reformas que tienen como objetivo imponer el ideal nacional-católico en todas las ramas de las instituciones, no siendo los hospitales psiquiátricos una excepción. El Hospital Provincial de Málaga pasaría a ser dentro de la organización sanitaria franquista un frenocomio u hospital psiquiátrico provincial destinado a enfermos crónicos y agudos¹.

Conclusión

El uso de historias clínicas como fuente historiográfica, junto al análisis de imágenes y escritos del Hospital Provincial propios del primer franquismo nos sirven como ilustración para advertir de forma más completa el cambio en la estructura manicomial franquista, que choca frontalmente con las ideas promulgadas durante los años 30 de reforma y progreso. Pese al poco interés de la dictadura por los pacientes psiquiátricos, las instituciones gubernamentales vieron la oportunidad de usar los hospitales manicomiales como centros de reclusión y aislamiento para aquellos (y especialmente aquellas) pacientes que no siguieran los parámetros propios de la sociedad nacional-católica de mitades del siglo XX, siguiendo el discurso promovido por Antonio Vallejo Nágera, López Ibor y demás psiquiatras favorables al régimen.

¹ CONSEGLIERI GÁMEZ, Ana María - *EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN LA POSGUERRA ESPAÑOLA (1939-1952) : ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y CLÍNICO ASISTENCIALES*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2014. Tesis doctoral.



Manicomio Provincial de Málaga

(In: El Manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser.
Asclepio. 2018. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/795>)

ESCAPAR DEL MANICOMIO: COMPARATIVA DE LAS FUGAS DE HOMBRES Y MUJERES EN EL MANICOMIO PRONVINCIAL DE MÁLAGA (1945-1950)

María Victoria Torres Díaz*; **Pablo Torres Salomón****;
Guillermo Ramos Noguera***; **Mario Ant^o Muñoz Muñoz******;
Celia García Díaz*****

Área de Historia de la Ciencia, Universidad de Málaga

*Alumna interna de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina; **Alumno interno de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina; ***Alumno interno de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina; ****Alumno interno de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina;

*****Profesora Asociada Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Psiquiatra

Email:mariviitd@gmail.com

Resumen

Michel Foucault planteó en sus conferencias “El poder psiquiátrico” cómo la institución manicomial ejercía un papel de control social sobre la población ingresada. Sin embargo, retomando el concepto de “resistencia” de Gramsci, se ha trabajado desde la perspectiva de los movimientos de oposición a ese panóptico foucaultiano de control por parte de las personas internadas. Entre estas actitudes de resistencia, encontramos la cuestión de las fugas de las instituciones como formas de escapar a ese control. El objetivo de este trabajo es la comparación del número de pacientes fugados en la sala de hombres y mujeres del Manicomio Provincial de Málaga, señalar si eran más frecuentes las fugas en una sala que en otra y analizar qué elementos podían favorecer estas fugas, como el uso de tratamientos más agresivos en hombres y mujeres. Para tratar de dar respuesta a estas cuestiones, analizaremos 202 historias clínicas de hombres y mujeres ingresados en la institución malagueña entre 1945 y 1950.

Palabras clave: Manicomio Provincial de Málaga, locura, fuga, género, sesgo.

Abstract

Michel Foucault raised in his conferences “El poder psiquiátrico” how a manicomial institution, like a totalitarian institution, made a control social rol-paper above the admitted patients. However, getting back the Gramsci’s concept of “resistence”, it has worked since the perspective of the opossited movements to this faucaultian panopticon of control from the interned people. Between these attitudes of resistance, we find the question about the escapes of the institutions like ways for escape to this control. The goal of this work is the comparasion between the number of escaped pacients in the men and women’s rooms of the Provincial Mental Hospital of Malaga, point if they were more frequent in one room than the other and analyze what elements could stimulate these escapes, like the using of more aggressive treatments in men and women. For answer these questions, we will analyze 202 men and women’s medical records admitted in the Malaga’s institution between 1945 and 1950.

Introducción

El nacional catolicismo se coló en el Hospital Provincial de Málaga durante los años cincuenta y, con él, cualquier discriminación por género. Las distinciones entre hombres y mujeres seguían reproduciéndose en los espacios manicomiales, recortando, aún más, la libertad de las enfermas. Los resultados obtenidos en el análisis de historias clínicas tras la comparación de fugas entre ambos sexos, así como sus posibles casusas, evidencia una práctica machista que debe ser puesta en el foco de nuestra atención.

Discusión

El Hospital Provincial de Málaga, en los reglamentos de 1913 y 1914, deja constancia de la existencia de un portero obligado a salvaguardar la puerta de entrada al recinto. El Manicomio de Leganés también contempla la misma figura en dos reglamentos fechados en 1885 y 1941, sin embargo, la función recae en los mozos de enfermeros, que además de vigilar a los enfermos y evitar su fuga, deben cuidar de su tranquilidad y ocuparse de su aseo diario [6] [1].

A pesar de esta vigilancia casi carcelaria, las fugas aumentaron considerablemente en las instituciones manicomiales de nuestro país, sobre todo, desde el final de la Guerra Civil hasta los años cincuenta. En el Manicomio de Conxo, las salidas por este motivo alcanzaron la cifra de 106 pacientes entre 1939 y 1952. En el caso de Valencia, el director explicó que el aumento en el número de fugas era resultado de profundas negligencias del sistema de vigilancia [1].

En el Manicomio Provincial de Málaga, las fugas entre hombres y mujeres en la década de los 40 presentan peculiaridades que deben ser analizadas desde la perspectiva de género. El motivo principal de alta en hombres es la fuga, con un 34,3 %; sin embargo, en las mujeres, el motivo principal es la remisión (38,2%), mientras que las fugas solo alcanzan un 2% (ilustración 1 y 2).

Escogiendo a los fugados de ambos sexos, hemos elaborado una gráfica en la que correlacionamos la edad, el tiempo de estancia y el número de fugas; siendo los pacientes con círculos más grandes los que mayor número de fugas presentan (ilustración 3). A la izquierda, en el grupo de varones, observamos cómo existe un mayor número de fugas (mayor número de círculos), círculos de mayor tamaño y un menor tiempo de estancia (lo que significa que escapaban antes que las mujeres). A la derecha, en el grupo de mujeres, el número de fugas es significativamente menor (menor número de círculos), los círculos son más pequeños y, como ya indicábamos, tardan más tiempo en escapar. Por tanto, además de que los hombres se fugaban más que las mujeres, reincidían más que ellas en fugarse de la institución.

En cuanto al tratamiento, los datos también son llamativos. El primer electrochoque practicado en España viene de la mano de Alfredo Prieto Vidal, en 1940. En ese mismo año, Ugo Cerlatti y Lucio Bini, los creadores de esta nueva terapia, publicaron sus estudios, lo que demuestra la velocidad con la que este tratamiento se instauró en nuestro país. El Congreso Nacional de Neurología (Barcelona, 1942) concluyó que esta nueva terapia electroconvulsiva obtenía resultados similares al resto de terapias de choque, siendo además sencilla y económica, lo que explicó su uso abusivo en prácticamente todos los enfermos mentales [3]. En el Manicomio Provincial de Málaga, siguiendo las indicaciones de este congreso, el electrochoque se convirtió en la terapia estrella en el periodo estudiado. En los hombres, el 51,58% de los pacientes fueron tratados con electrochoque. En las mujeres, el porcentaje fue del 76,09%.

Sin distinción de sexo y correlacionando el tratamiento con la práctica o no de fugas, hemos obtenido los siguientes datos (ilustración 4). Los pacientes que eran tratados con bismuto o choque insulínico no se fugaban. De los que eran tratados con nucleinato y malarioterapia se fugaban un 2,86% y 5,71% respectivamente. El 48,57% de los pacientes tratados con electrochoque, se fugaban. Para seguir buscando por qué las mujeres se fugaban menos, hemos analizado los datos exclusivamente de las personas fugadas. Sobre el total de hombres fugados, el 48,48% había recibido electrochoque y el 36,36% no había recibido tratamiento; sobre el total de mujeres fugadas, la mitad había recibido electrochoque y la otra mitad no había recibido tratamiento. Por todo esto, planteamos una serie de hipótesis. En primer lugar, en contradicción a lo afirmado en el Congreso Nacional de Neurología (Barcelona, 1942) [3] los resultados entre las terapias de choque no eran similares. En segundo lugar, a pesar de que las mujeres recibían más electrochoques, seguían fugándose; por lo que el alto porcentaje

de mujeres que recibieron esta terapia no es explicativo del bajo número de fugas en ellas. En tercer lugar, como ya evidenciaba el doctor Miguel Prados Such (psiquiatra del manicomio estudiado durante la década de los 20 y de los 30) y tal y como apuntan los datos obtenidos en relación con los tratamientos, las relaciones entre los enfermeros y los dementes discurrían fuera del margen legal, estableciéndose prácticas de poder basadas en la represión y el abuso sobre los segundos [2].

Conclusiones

A pesar de que los datos del Manicomio Provincial de Málaga desde 1945 a 1950 sean similares al resto de instituciones, presentan un sesgo de género. El diagnóstico principal en hombres y en mujeres era la depresión, por lo que, aun teniendo la misma enfermedad, las mujeres sufrían más el daño de esta terapia, evidenciando una práctica discriminatoria. Partiendo de este punto, hemos analizado los datos de las mujeres fugadas, concluyendo que el perfil mayoritario era el de mujer tratada con electrochoque y mujer sin tratamiento. Por tanto, el uso abusivo de electrochoques no reducía el coraje de las internas, es más, parecía potenciar el escape de la institución.

Las diferencias entre los internamientos de hombres y mujeres reflejaban la discriminación entre sexos y la ideología patriarcal dentro de la institución. El espacio más reducido y controlado, sin zonas al aire libre, sin capacidad de trabajar en la huerta y con la posibilidad de dedicarse exclusivamente a trabajos de cocina, limpieza y cuidado de otras enfermas muestran cómo se seguían reproduciendo, dentro del espacio manicomial, los mismos roles diferenciales entre hombres y mujeres.

Por todo esto, concluimos que el Manicomio Provincial de Málaga suponía una barrera contra derechos y libertades y un reflejo del nacional catolicismo en la psiquiatría de la época.

Bibliografía final

- [1] CONSEGLIERI GÁMEZ, Ana María – *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales* [En línea]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2014. [Accedido el 1 de oct. de 2020]. Disponible en Internet: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/24531/1/T35082.pdf>
- [2] GARCÍA-DÍAZ, Celia – *El manicomio provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser* [En línea]. Málaga: Asclepio, 2018. [Accedido en 7 de oct. de 2020]. Disponible en Internet: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>
- [3] HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael – *En los inicios de la psiquiatría franquista. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)* [En línea]. _ : Dynamis, 2017. [Accedido en 7 de oct. de 2020]. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362017000100002&lng=es&nrm=iso
- [4] HOSPITAL PROVINCIAL DE MÁLAGA – *Reglamento de 1913.*
- [5] HOSPITAL PROVINCIAL DE MÁLAGA – *Reglamento de 1934.*
- [6] VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, Paloma – *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales* [En línea]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2013. [Accedido el 1 de oct. de 2020]. Disponible en Internet: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/21076/1/T34434.pdf>

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin ti, Celia. Muchas gracias por tu implicación, paciencia y amistad.

Agradecer también a mis compañeros Pablo, Guillermo y Mario. El trabajo con vosotros es menos trabajo y más diversión.

Tablas y gráficos

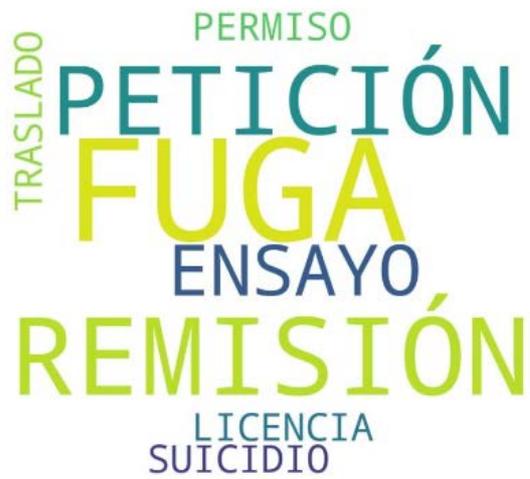


Ilustración 1. Principales motivos de alta en hombres



Ilustración 2. Principales motivos de alta en mujeres

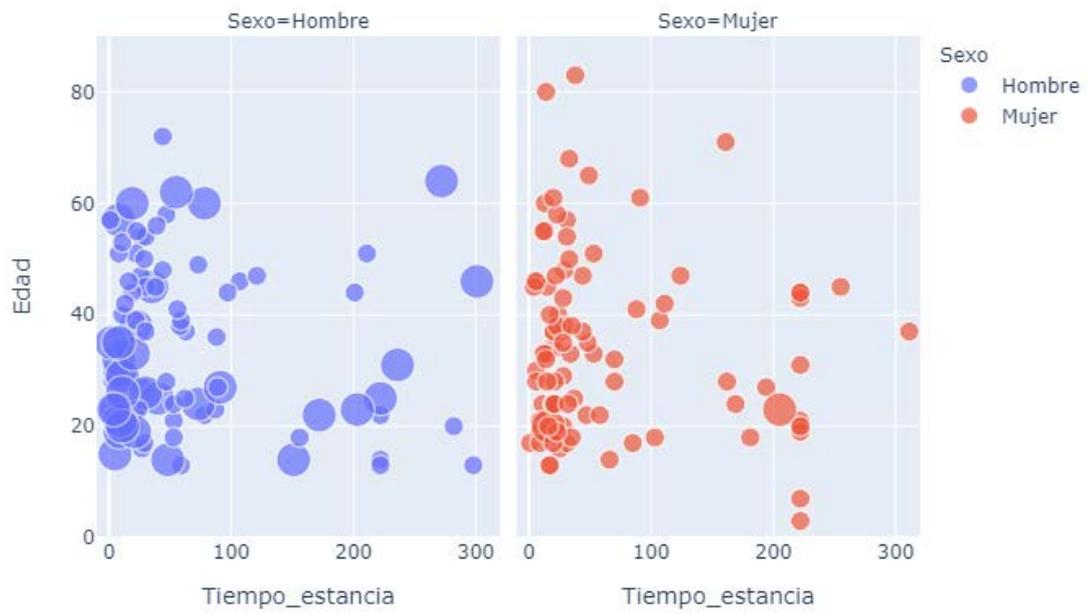


Ilustración 3. Gráfica comparativa de fugas entre hombres y mujeres

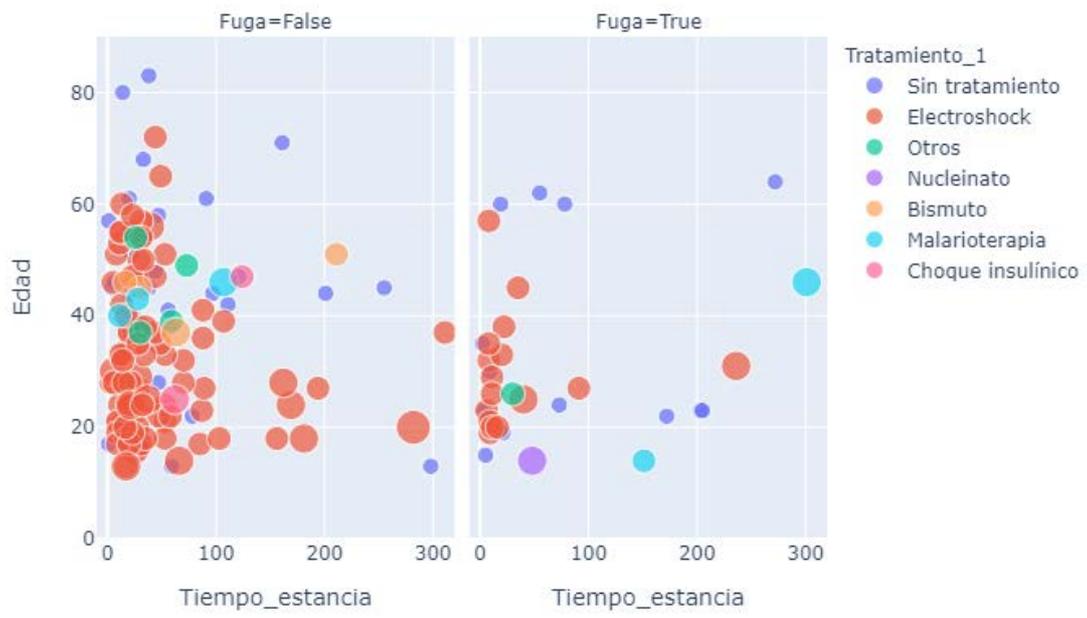


Ilustración 4. Gráfica comparativa entre tratamiento, práctica de fuga y tiempo de estancia

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 Salomon***; **María Victoria Torres Díaz ***;
Mario Antonio Muñoz Muñoz **; **Celia García Díaz*****

Área de Historia de la Ciencia, Universidad de Málaga

*Alumno interno Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina; ** Data Scientist;

***Profesora Asociada Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Psiquiatra.

Email: gramosnog@uma.es

Resumen

Durante la década de los años 40 en España, el franquismo adoptó diagnósticos y tratamientos que se estaban desarrollando en el resto de Europa, participando de unas prácticas basadas fundamentalmente en las terapias de choque, y manteniendo la nosología Kraepeliana como clasificación de las enfermedades diagnósticas de referencia. Sin embargo, la visión de la locura de hombres y mujeres en la psiquiatría franquista mantuvo elementos diferenciales significativos impregnados de la ideología nacionalcatólica, además de un intenso androcentrismo ejercido por los psiquiatras frente a las mujeres ingresadas doblemente subalternas, por ser "mujeres-locas". El objetivo de nuestro trabajo es mostrar cómo estos diagnósticos y tratamientos fueron aplicados en la sala de hombres y mujeres del Manicomio Provincial de Málaga, qué diferencias existieron, cómo una construcción generizada de los diagnósticos entraba en contradicción con la prevalencia en las salas según el sexo, así como posibles líneas explicativas de estas discordancias. Para ellos, analizaremos 202 historias clínicas de hombres y mujeres ingresados en la institución entre 1945 y 1950.

Palabras clave: Institución Psiquiátrica, Manicomio Provincial de Málaga, Franquismo, Historia de la Psiquiatría, Género, Diagnósticos, Tratamientos, Nosología.

Abstract

During the 1940s in Spain, the Franco's regime adopted diagnoses and treatments that were being developed in the rest of Europe, participating in practices based mainly on shock therapies, and maintaining the Kraepelin's nosology as a classification of diagnostic diseases of reference. However, the vision of the madness of men and women in Francoist psychiatry maintained significant differential elements impregnated with the National-Catholic ideology, in addition to an intense androcentrism exercised by psychiatrists in front of women admitted doubly subordinate, for being "crazy-women". The objective of our work is to show how these diagnoses and treatments were applied in the men's and women's ward of the Provincial Asylum of Malaga, what differences existed, how a gendered construction of the diagnoses contradicted the prevalence in the wards according to sex, as well as possible explanatory lines for these discrepancies. For them, we will analyze 202 medical records of men and women admitted to the institution between 1945 and 1950.

Introducción

La investigación sobre el Manicomio Provincial de Málaga es una línea de trabajo en desarrollo que ha dado lugar a diferentes abordajes, desde la historia institucional, hasta el análisis de los contenidos de las historias clínicas, y la subjetividad de las mujeres internadas en la sala 20.

El objetivo de nuestro trabajo es realizar una comparativa entre los diagnósticos y tratamientos administrados a los hombres y las mujeres ingresados en dicha institución durante el Primer Franquismo (1945-1950), observando posibles diferencias y sesgos de género en la pauta y sistemática del abordaje clínico por parte del equipo facultativo del hospital.

Nuestra fuente de estudio son 200 historias clínicas del Manicomio Provincial de Málaga localizadas en el Archivo Provincial de la Diputación de Málaga: 100 historias clínicas de hombres y 100 historias clínicas de mujeres ingresados(as) en la institución entre 1945 y 1950.

Discusión

Previo análisis de los datos recogidos en las historias clínicas, hemos de analizar cómo los estándares nosológicos de la psiquiatría de la época fueron determinantes para el diagnóstico y tratamiento de los(as) pacientes.

Desde el inicio del siglo XX, la Nosología Psicopatológica Alemana, expuesta por Kraepelin en la 8ª Edición de *Lerhbuch* (1909-1913), sería la base hegemónica diagnóstica de la psiquiatría durante casi toda la primera mitad del siglo XX. Esta, mantendría una división entre enfermedades organogénicas y psicogénicas, pero esta diferenciación no sería completamente real, puesto que siempre debía prevalecer el origen orgánico de la patología. Sería el psiquiatra quien debía tratar ambos tipos de patologías, borrando el límite entre lo puramente neurológico y lo psiquiátrico [5] [4].

En la España de los años 40 esta concepción sería mantenida y reflejada en las historias clínicas. No habrá una diferenciación entre las patologías puramente neurológicas o psiquiátricas: cualquier alteración orgánica que supusiera una alteración de la conducta del paciente sería derivada al servicio psiquiátrico de, en este caso, el Hospital Civil de Málaga.

En las historias analizadas, la depresión es la patología más frecuente tanto en hombres (20.2%) como en mujeres (23.5%), algo que es de destacar, puesto que la sistemática nosológica kraepeliana tendía al diagnóstico de la esquizofrenia (alrededor del 17.5 % en ambos sexos) o la epilepsia (en torno al 3 %) desde la primera toma de contacto con el paciente. Es posible que el afloramiento de la depresión, en este caso exógena, fuera el resultado de una situación de posguerra que afectaría tanto a hombres como a mujeres. Es preciso especificar que los diagnósticos no presentan una fecha como tal, puesto que estos podían ser anotados a lo largo de toda la estancia de los(as) pacientes.

Además, existe la presencia de diagnósticos típicamente femeninos o masculinos en los pacientes, aunque la proporción de estos es bastante baja en comparación con los diagnósticos comunes. Estas patologías son, en mujeres, la psicosis puerperal, la histeria y la psicosis de involución, frente a los diagnósticos de oligofrenia y la sífilis, las cuales se muestran masculinizadas [3].

Desde la terapéutica, tras la Guerra Civil Española, se deja la concepción más reformista que se trató de implantar durante la Segunda República, en la que la laborterapia y la piretoterapia eran los pilares fundamentales del abordaje del paciente psiquiátrico.

Las terapias de choque tomarían el testigo, siguiendo la norma general de la psiquiatría Española del Primer Franquismo. Terapias tales como el electrochoque, el coma insulínico y el choque cardiazólico serían los tratamientos de elección de la mayoría de las patologías, en especial la esquizofrenia [1] [6].

Desde el punto de vista descriptivo (fig. 1 y 2), hemos de analizar tanto el abordaje clínico por medio de una terapia única como la terapéutica combinada. Serían las terapias de choque, descritas con anterioridad, el pilar fundamental del abordaje de los pacientes del Manicomio Provincial de Málaga.

En términos generales, encontramos un elevado número de hombres en los que no se recoge ningún tratamiento (31,3%) a diferencia de las mujeres en las que sólo el 18,6% no estaban tratadas.

El electrochoque sería la terapia más destacada en ambos sexos, de manera independiente al diagnóstico del paciente. Además, hemos de atender a la mayor prevalencia de este tratamiento en mujeres, superando en un 25 % a la de los hombres.

Por otra parte, hemos de ver cómo en hombres, la depresión (39.22%) y la esquizofrenia (31.37%), al igual que en las mujeres (26.92% y 19.23%, respectivamente) serían las patologías en las que el electrochoque fue la opción terapéutica principal. En el caso de las mujeres, el porcentaje de tratamiento con electrochoque en estas patologías es menor, lo que se contradice con la práctica terapéutica general, lo que las dejaría a la deriva terapéutica dentro de la institución.

Es importante destacar cómo, en ambos sexos, será bastante elevada la prevalencia de pacientes sin diagnóstico, a los cuales se les aplicaba el electrochoque como terapia (6.41% en mujeres y 5.88 % en hombres) sin, aparentemente, tener fundamentos clínicos para ello



Figura 1: Relación entre los diagnósticos y terapias en los pacientes hombres

Mujeres

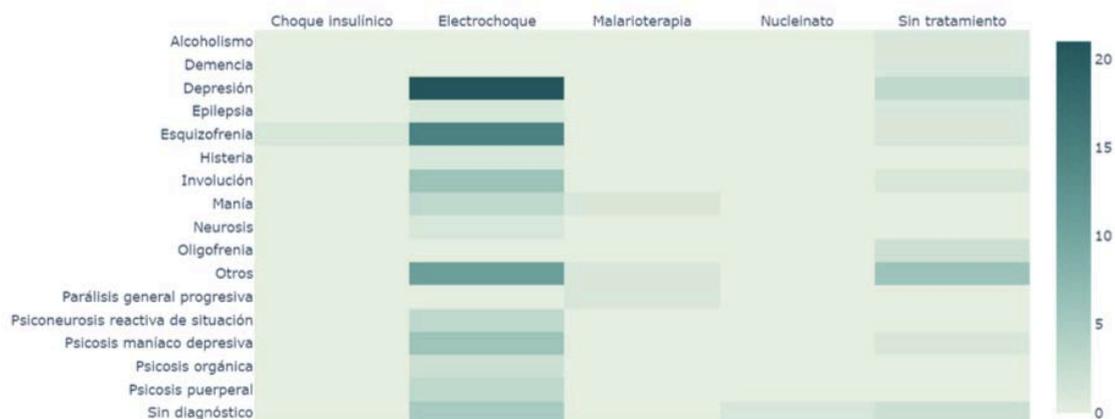


Figura 2: Relación entre los diagnósticos y terapias en los pacientes mujeres

Así, vemos cómo la terapia combinada sería relegada sólo a algunos pocos pacientes, teniendo como base el electrochoque y usando como terapias concomitantes (ejemplo en fig.3): el absceso de fijación (4%) en hombres; y el coma insulínico (5.9 %) y el tratamiento con nucleinato (5.9 %) en mujeres. Estas asociaciones se utilizarían en aquellos(as) pacientes en las que no se mostraba una buena respuesta al tratamiento con electrochoque, lo cual no sólo cuestionaba la efectividad del mismo, sino que incrementaba la intensidad del tratamiento y, por lo tanto, el perjuicio hacia, especialmente, las pacientes [2].

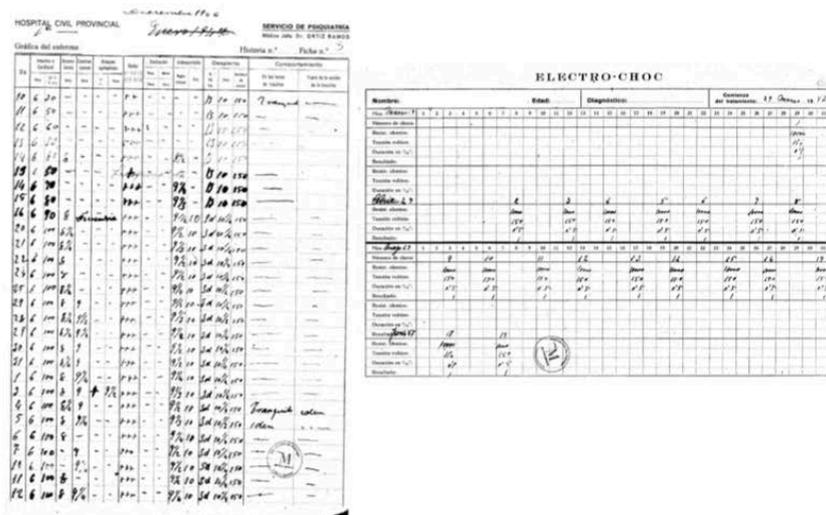


Figura 3: Ejemplo de terapias concomitantes (electrochoque-insulinoterapia) en el paciente DCF (1947)

In: GARCÍA DÍAZ, Celia - Mulheres, loucura e psiquiatria: sala 20 do Asilo Provincial de Málaga (1909-1950). Málaga: Universidad de Málaga, 2019.

El Manicomio Provincial de Málaga sería un buen ejemplo de centro asistencial para “locos y locas” en el primer Franquismo. La nosología kraepeliana haría huella en los diagnósticos reflejados en las historias clínicas, destacando principalmente la depresión y la esquizofrenia en ambos sexos y reflejando patologías aparentemente sexualizadas.

La terapéutica en el Manicomio Provincial de Málaga en este periodo radica prácticamente en la aplicación del electrochoque como terapia única, aunque en algunos (y escasos) pacientes se aplicaría junto a la combinación de otras terapias de choque. La aplicación sistemática del electrochoque hacia cualquier paciente, independientemente de su diagnóstico o evolución, hace que nos cuestionemos su eficacia como medida terapéutica, con aparente carencia de justificación psicopatológica; siendo este aplicado más como una forma de contención conductual y castigo.

Además, es importante atender a los datos obtenidos en la relación entre diagnósticos y terapéutica, puesto que la disparidad en los resultados nos permite formular dos hipótesis en relación a la concepción patriarcal que la España del Nacional Catolicismo tenía de la “mujer loca”: La visión de la mujer como un ente dócil y de fácil manejo ante los requerimientos masculinos, lo cual se observa en el bajo abordaje terapéutico de las mujeres diagnosticadas de esquizofrenia y depresión; o la idea de la mujer enferma como necesitada de reconducción social hacia la imagen femenina hegemónica de la época, cuya única vía de control sería el electrochoque, la cual puede reflejarse en el exceso terapéutico del resto de patologías femeninas.

Conclusión

Gracias al análisis de los datos clínicos reflejados en las historias clínicas de 202 mujeres y hombres ingresados durante el Primer Franquismo (específicamente entre los años 1945 y 1950) en el Manicomio Provincial de Málaga, hemos podido observar la disparidad existente entre los distintos diagnósticos y tratamientos que se aplicaban en función de un sesgo de género basado en la interpretación psicopatológica que realizarían los psiquiatras del nacional-catolicismo en relación a la nosología kraepeliana. La idea de la mujeres-locas y el estigma social que estas sufrían por parte de la asistencia psiquiátrica, la cual tenía un amplio componente patriarcal, quedarían reflejados en las historias clínicas de las pacientes, mostrándonos las notables diferencias a nivel nosológico y terapéutico entre los distintos sexos.

Referencias Bibliográficas

[1] CONSEGLIERI, Ana - La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel. *FRENIA* [Em linha]. Vol 8 (2008), p.131-160. Disponível na Internet: <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2013/03/medidas-terapeuticas-en-el-manicomio-de-santa-isabel-primeravocal.pdf>

[2] GARCÍA DÍAZ, Celia - *Mujeres, locura y psiquiatría: la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*; sob la orientação de Isabel Jiménez Lucena. Málaga: Universidad de Málaga, 2019. Dissertação de Doutoramento.

[3] GARCÍA DÍAZ, Celia; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel - Género, regulación social y subjetividades. asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (el Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950). *FRENIA* [Em linha]. Vol. 10 (2010), p. 123-44. Disponível na Internet: <https://core.ac.uk/download/pdf/228845427.pdf>

[4] CASAROTTI, Humberto - Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental. *Rev Psiquiatr Urug* [Em linha]. Vol 71, nº 1 (2012), p. 49-59. Disponível na Internet: http://www.spu.org.uy/revista/oct2012/05_CONF.pdf

[5] GONZÁLEZ DE RIVERA, José Luis - Evolución histórica de la psiquiatría. *PSIQUIS* [Em linha]. Vol 19, nº 5 (1998), p. 183-200. Disponível na Internet: http://www.psicoter.es/arts/98_A155_02.pdf

[6] GONZÁLEZ DE RIVERA, José Luis; VELA BUENO, Antonio - Manual de psiquiatría. Madrid: Editorial Karpos, 1980.

SISSI – A ANOREXIA NERVOSA OCULTA PELA ETIQUETA DA CORTE

Margarida De Barros¹, Mauro Pinho², Daniela Oliveira Martins³, Diana Amorim Pires⁴, Ricardo Gil Faria⁵

^{1,2,3,4,5}Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

^{1,2,3,4}Interno de Formação Específica de Psiquiatria, ⁵Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: margaridabarros17@gmail.com; MauroPinho@hmlemos.min-saude.pt;

DanielaOliveiraMartins@hmlemos.min-saude.pt;

DianaAmorimPires@hmlemos.min-saude.pt; RicardoGilFaria@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Elisabeth Amalie Eugenie, ou Sissi, foi uma Duquesa da Baviera, nascida em Munique no ano de 1837. Apesar da ascendência aristocrática, cresceu num ambiente informal e flexível. Aos 17 anos, casou com o Imperador Austríaco, seu primo, mudando drasticamente o seu estilo de vida. Consta que então Sissi iniciou um possível quadro de Anorexia Nervosa (AN), manifestando vários comportamentos mórbidos, como dietas rigorosas e exercício físico exaustivo. Numa época em que a magreza estava longe de ser o padrão de beleza, Sissi teria índices corporais muito abaixo do saudável.

A Imperatriz, sempre muito preocupada com a imagem, apresentava vários rituais de beleza, que incluíam cuidados extremos com o seu longo cabelo e rosto. Após os 30 anos, não autorizou mais fotografias ou retratos seus.

Assim, o objetivo deste trabalho é refletir sobre o conceito de AN com recurso a uma figura marcante da história, tentando aceder à sua psicopatologia.

Palavras-chave: Sissi; Imperatriz Austríaca; anorexia nervosa; psiquiatria

Abstract

Elisabeth Amalie Eugenie, or Sissi, was a Bavarian Duchess, born in Munich in 1837. Despite her aristocratic ancestry, she grew up in an informal and flexible environment.

At the age of 17, she married the Austrian Emperor, her cousin, dramatically changing her lifestyle. It's said that, then, Sissi started to show morbid signs and behaviours of Anorexia Nervosa (AN), such as strict diets and exhaustive physical exercise. At a time when thinness was not the beauty standard Sissi would have body mass indexes far below healthy.

The Empress, always very concerned with her image, performed several beauty rituals, which included extreme care for her long hair and face. After the age of 30, she no longer authorized photographs or portraits of herself.

Thus, the objective of this work is to reflect on the concept of AN, using a remarkable figure in history and trying to access to its psychopathology.

Introdução

Elisabeth Amalie Eugenie, mais bem conhecida por Sissi, foi uma Duquesa da Baviera que, apesar de ascendência aristocrática, cresceu num ambiente informal e flexível.

Aos 17 anos, casou com o Imperador Austríaco, seu primo, mudando drasticamente o seu estilo de vida. Tiveram quatro filhos e viveram um casamento conturbado, com vários desafios e sofrimento, em parte pelos rígidos protocolos e etiqueta da Corte. Sissi viu-se assim obrigada a um envolvimento excessivo na vida da Corte e na política e à suspensão dos seus passatempos, mantendo uma relação complexa com a sua sogra, a Arquiduchessa Sofia. Estas mudanças, adicionalmente às múltiplas perdas que foi sofrendo ao longo da vida,

formaram um solo fértil para o desenvolvimento de psicopatologia em Sissi, nomeadamente AN.

Desta forma, a partir de uma breve biografia de Sissi, pretende-se dar a conhecer e compreender o seu sofrimento mental e físico.

Breve Biografia de Elisabeth Amalie Eugenie

Infância

Elisabeth Amalie Eugenie, comumente conhecida como Sissi, nasceu a 24 de dezembro de 1837 em Munique, na Baviera. Os seus pais eram o Duque Maximilian Joseph da Baviera e a Princesa Ludovika da Bavieira, cujos irmãos incluíam o Rei Ludwig I da Baviera e a Princesa Sofia, Arquiduquesa da Áustria e mãe do Imperador Franz Joseph da Áustria. Sissi era a terceira filha de uma fratria de oito irmãos. Durante o Inverno, a família passava os seus dias no Herzog-Max-Palais em Munique, enquanto que os meses de Verão eram passados no Castelo Possenhofen. O Duque da Baviera, seu pai, era dotado de características peculiares, nomeadamente o seu franco envolvimento com a comunidade e o afastamento dos protocolos da Corte. Assim, Sissi e os seus irmãos cresceram num ambiente simples, passado no campo e em atividades de lazer, com regras laxas e desprovidos de protocolos, sendo que a sua educação estava longe de ser rígida. Foi neste ambiente familiar e descontraído que Sissi cultivou o seu fascínio pela natureza e pelos animais, em especial, pelos cavalos. Sissi nutria uma relação distante com a sua mãe, em oposição ao seu pai, com quem a jovem passava mais tempo, partilhando opiniões, confissões e gostos. Falavam sobre arte, caça e o amor pela equitação e pela poesia.

Noivado e Matrimónio

Em agosto de 1853, a Arquiduquesa Sofia da Áustria, mãe do jovem Imperador Franz Joseph, de 23 anos, enviou uma carta lisonjeadora para a sua irmã, a Princesa Ludovika, referindo que estava à procura de uma esposa para o filho e que teria ficado com muito boa impressão de Helene, a irmã mais velha de Sissi. Nessa carta, a Arquiduquesa referia que gostaria de promover o noivado, caso fosse do agrado de ambas as famílias.

Após esse contacto, a Princesa Ludovika e Helene foram convidadas a viajar até ao palácio da família real em Bad Ischl, na Alta Áustria, com o intuito de oficializar o noivado. Ambiciosamente, a Princesa Ludovika resolveu fazer-se acompanhar também de Elisabeth, nessa altura uma adolescente de 15 anos, para que esta reatasse a amizade e o amor inocente e infantil nutrido pelo seu primo Karl Ludwig, com a intenção de que ambos pudessem também contrair matrimónio.

Helene foi apresentada ao Imperador Franz Joseph no jantar de receção, mas, ao contrário do esperado, o jovem imperador ficou interessado e cativo da sua irmã mais nova. No seguimento desta aproximação, o imperador terá dito à Arquiduquesa Sofia que apenas iria oficializar o casamento caso este fosse com Sissi. Apesar da desaprovação da sua mãe, esta acabou por se resignar e o noivado foi oficializado e divulgado na Corte. A partir desse momento, a vida de Sissi drasticamente mudou de rumo e a jovem duquesa tornou-se o centro das atenções.

Sissi casou com Franz Joseph a 24 de abril de 1854, na Igreja de Santo Agostinho. A cerimónia foi bastante longa e recheada de protocolos e etiquetas, às quais Elisabeth não estava de todo habituada. A lua de mel foi passada na “Casa Azul” do Castelo de Laxenburg, no sul de Viena, mas o imperador esteve sempre muito envolto em assuntos de Estado e a Arquiduquesa Sofia, agora sogra de Sissi, aproveitou a ocasião para começar a ensinar à jovem imperatriz as normas e protocolos da Corte, deixando-a assoberbada e com saudades do seu lar.

Casamento, Filhos e Relações Familiares

Dada a infância simples e pouco rígida de Sissi, a Arquiduquesa Sofia assumiu o controlo da sua educação para a Corte. Além dos rigorosos ensinamentos e protocolos, a imperatriz deixou de ter disponibilidade para os seus passatempos preferidos e passava pouco tempo com o seu marido, o que a tornaram mais suscetível a períodos de fragilidade emocional, que despertaram sentimentos de rispidez e dureza por parte da Arquiduquesa Sofia.

Num momento de alegria, a 29 de junho 1854, Sissi descobriu que se encontrava grávida do seu primeiro filho. Contudo, após o seu nascimento, a pequena Sophie foi-lhe retirada para passar a ser cuidada e educada pela sua avó. Assim, Sissi caiu novamente em períodos de tristeza e negativismo, com prejuízo evidente da sua saúde física. Com a sua segunda gravidez, em 1856, mais um raptó de esperança cresceu no seio da imperatriz, mas este rapidamente se desvaneceu após o nascimento de Gisela, já que a Arquiduquesa, além de a privar também da educação da sua segunda filha, ainda a acusou de não providenciar um herdeiro ao Império Austríaco.

Numa viagem à Hungria, na qual Sissi levou as filhas contra a vontade da Arquiduquesa, a sua primogénita faleceu de doença súbita, a 29 de maio de 1857, devastando a imperatriz. Nesta altura, Sissi manifestou sentimentos marcadíssimos de culpa pela morte da filha por ter insistido na sua presença na viagem, apesar de todos à sua volta lhe dizerem que tal fatalidade poderia ter ocorrido noutra local e noutra altura. Contudo, Elisabeth já acumulava um número importante de eventos traumáticos e dolorosos na sua vida, que se começavam a mostrar no seu sofrimento psicopatológico, dando início aos sintomas depressivos da imperatriz. Sissi chorava a maior parte do tempo e isolava-se nos seus aposentos, convivendo apenas com Frank Joseph e saindo para andar a cavalo até praticamente à exaustão, com um desinvestimento importante na sua alimentação e apresentando uma perda de peso significativa.

Nesse mesmo ano da morte de Sophie, Sissi descobriu que estava novamente grávida e adotou rituais que lhe foram aconselhados para gerar um filho varão. Esta terceira gravidez decorreu com algumas dificuldades e intercorrências, mas a 21 de agosto de 1858 nasce Rudolfo, o herdeiro do Império. Esta notícia foi encarada por todos como uma grande alegria, tanto na Corte, como pelo povo austríaco e pela família real.

Apesar da boa novidade, os conflitos com a Arquiduquesa mantiveram-se, e quando o imperador teve de viajar até Itália por questões estatais, a vida na Corte manteve-se inalterada e austera, refletindo-se mais seriamente na saúde global de Sissi. A imperatriz demonstrou assim os mesmos comportamentos e sintomas que emergiram após a morte da sua filha Sophie. É nesta altura que Sissi decide viajar para a ilha da Madeira, em Portugal, para recuperar da doença que lhe afeta os pulmões e que lhe retira toda a força anímica, e, conseqüentemente, começou a desenvolver o seu fascínio por viagens, utilizando-as como um refúgio.

No dia 22 de abril de 1868, nasce a sua quarta filha, Maria Valéria, que ficou conhecida como “A Criança Húngara”, dado o seu nascimento ter acontecido 11 meses depois da coroação de Sissi e Franz como reis da Hungria. Nessa altura, Sissi passava grandes temporadas na região, o que foi definitivo para que finalmente conseguisse tomar as rédeas da educação desta filha, longe da Arquiduquesa Sofia.

Nesta altura, a influência da Arquiduquesa na Corte e na educação dos filhos de Sissi encontrava-se em declínio, terminando por completo com a sua morte a 28 de maio de 1872. Contudo, a vida da imperatriz estava longe de ficar sem sofrimento. De facto, uma das suas maiores tragédias, que Sissi nunca conseguiu superar, foi a morte do seu filho Rudolfo. Esta aconteceu em 1889 e ficou conhecido como o “Incidente de Mayerling”, devido ao local onde foi encontrado o corpo de Rudolfo e da sua amante, a Baronesa Mary Vetsera,

suspeitando-se de ter sido um caso de assassinato-suicídio. Sissi passou por inúmeras perdas em poucos anos, desde o seu pai, as suas irmãs Sofia e Helene, a mãe e o conde Andrásy, mas sem dúvida que a morte mais catastrófica para a imperatriz, que a levou ao recrudescimento dos sintomas depressivos e à utilização de indumentaria preta até ao fim dos seus dias, foi a do seu filho Rudolfo.

Responsabilidades da Corte

Ao longo do tempo, a Imperatriz Sissi foi assumindo um importante papel de apoio à governação. O imperador, ao se aperceber da influência positiva que a esposa tinha no povo austríaco, começou a fazer-se acompanhar de Sissi nas viagens políticas, que para a imperatriz eram uma alternativa excitante à rotina insuportável da Corte. Assim, a curiosidade pela Imperatriz Sissi, nomeadamente no que à sua beleza dizia respeito, espalhou-se por muitos países além da Áustria.

Por sua vez, Sissi começou a interessar-se cada vez mais pela Hungria, mesmo antes de ter conhecido o país presencialmente. No seguimento deste fascínio, em maio de 1857, a família real, incluindo Sissi e as suas duas filhas, fez uma viagem política até à Hungria. Ao contrário do que aconteceu em Itália numa viagem prévia, Sissi foi cordialmente acolhida, aumentando ainda mais o seu entusiasmo pelo país e pelo seu povo. A viagem correu maravilhosamente e foi pautada por vários eventos e festas que deixaram a imperatriz deliciada. Contudo, foi nessa mesma viagem que Sissi perdeu a sua primogénita, como mencionado acima.

Sissi permaneceu ativa nas questões políticas que envolviam a Hungria e a sua intervenção foi essencial para a existência do compromisso Austro-Húngaro, que criou a monarquia dual da Áustria-Hungria. Nesta altura, o conde Andrásy era o primeiro-ministro húngaro e providenciou que Franz e Sissi fossem oficialmente coroados Reis da Hungria, a 8 de junho de 1867.

Fim de Vida

A 10 de setembro de 1898, aos 60 anos, Sissi foi assassinada por um anarquista italiano, Luigi Lucheni, em Genebra. A imperatriz estaria apenas acompanhada pela sua dama de companhia, uma vez que insistia em não andar com toda a comitiva da Corte, quando aconteceu o fatal esfaqueamento.

Quando Franz recebeu a notícia da sua morte, este pensou que se teria tratado de suicídio, dado o sofrimento contínuo na vida da imperatriz e as verbalizações já professadas nesse sentido.

Lucheni tinha aparentemente planeado o homicídio de Filipe, duque de Orleães, mas este abandonou Genebra mais cedo que o esperado. Nesse contexto, Lucheni optou pelo assassinato de Sissi. O assassino acabaria por ser preso, cometendo o suicídio anos mais tarde na sua sela.

Neste período, não só Genebra estava de luto, como todo o império Austro-Húngaro. O imperador, após a morte da sua esposa, fundou a Ordem de Elisabeth, em sua memória. Ao longo dos tempos, foram várias as homenagens e tentativas de imortalização de Sissi, sendo uma das mais conhecidas a trilogia cinematográfica “*Sissi*”, do austríaco Ernst Marischka.

A Anorexia Nervosa

A AN suscita a questão clássica sobre a relação entre a doença e a cultura, ou seja, sobre aquilo que se associa a uma característica mórbida invariável - o patogenético - e o que é acessório e influência da cultura - o patoplástico.

A primeira descrição que se assemelha à AN é atribuída ao médico Richard Morton, em 1691, que publicou a obra *Tisiologia sobre a Doença da Consunção* (ou atrofia nervosa), que consistia num definhamento progressivo, caracterizado por três sintomas principais: perda do apetite, amenorreia e emagrecimento importante, com "perda de tecidos corporais".

Segundo Fairburn e Harrison, a definição de uma Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) implica a existência de uma perturbação clara e significativa ao nível das atitudes e hábitos alimentares e dos comportamentos para o controlo do peso, com conseqüente disfuncionamento psicológico e/ou da saúde física, clinicamente significativos. Atualmente, segundo o DSM-5, a AN consiste numa restrição importante da ingestão alimentar, que condiciona um baixo peso corporal, significativo para a idade, sexo, etapa do desenvolvimento e saúde física - definido como menor do que 17.5kg/m². Concomitantemente, existe um medo intenso de ganhar peso, que promove comportamentos persistentes que impedem o aumento do peso, mesmo que este seja significativamente baixo; existe uma perturbação da vivência do peso, do tamanho ou da forma corporal, atribuindo-se demasiada importância à autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do baixo peso. A AN é classificada em dois tipos: tipo restritivo, no qual a perda de peso é alcançada, primariamente, através de dietas, jejum e/ou exercício intenso, e o tipo *binge-eating*/purgativo, no qual se identificam episódios recorrentes de *binge-eating* (ingestão, num período curto de tempo, de quantidades exageradas de comida, associada a perda de controlo do comportamento) ou comportamentos purgativos (vômito autoinduzido ou abuso de laxantes, diuréticos ou enemas) para controlo do peso. No estabelecimento da gravidade da AN, tem-se em conta o Índice de Massa Corporal (IMC) do doente, sendo o IMC mais grave o inferior a 15kg/m², que muitas vezes motiva o internamento, dado o risco de morte.

A maioria dos doentes com AN é do género feminino (rácio de 10:1). Esta patologia tem vários **fatores predisponentes**: fatores socioculturais (valorização da imagem corporal, relacionada com o estereótipo da aparência física; globalização da magreza como sinónimo de beleza e de sucesso; magreza como característica de personalidades positivas e desejáveis - no fundo, a aparência física como dimensão autoavaliativa central); aspetos desenvolvimentais (necessidade de ser aceite pelos pares durante a adolescência); variáveis familiares (pais com patologia alimentar, dietas rígidas ou hipercríticos quanto à imagem corporal e alimentação dos filhos) e fatores individuais. Os **fatores precipitantes** costumam ser a insatisfação com a imagem corporal e a dieta como meio de valorização pessoal e o principal **fator de manutenção** consiste no ciclo vicioso de restrição alimentar/valorização. A dieta e o autocontrolo da mesma consistem num autorreforço para estes doentes, que, ao conseguirem manter o peso corporal diminuído, sentem-se valorizados, mantendo-se assim neste ciclo.

Frequentemente, coexistem as perturbações depressivas, com altos níveis de autocríticismo e de vergonha, com as perturbações de ansiedade, existindo também um risco acrescido de suicídio nestas perturbações, principalmente na bulimia nervosa.

A Anorexia Nervosa em Sissi

Existem vários relatos sobre os regimes alimentares rígidos e bizarros que a imperatriz adotou ao longo da sua vida, datando-se desde a época do seu casamento. Existiam períodos em que Elisabeth realizava jejum prolongado durante dias, outros em que apenas comia bifés crus triturados, ou então apenas se alimentava com leite e ovos ou só laranjas. Com o passar do tempo, Sissi passou a evitar comer em público e, quando o fazia, comia muito rapidamente e em poucas quantidades. Julga-se que Sissi possuía um IMC de 15,04kg/m², que, pelas classificações atuais, é compatível com uma AN grave. A imperatriz mantinha também um controlo rigoroso das suas pesagens (cerca de três vezes por dia).

Por muito autodomínio que exercesse sobre a sua figura, Sissi nunca se mostrava satisfeita com a sua imagem corporal:

“Praticamente não ingere quaisquer alimentos, martiriza o corpo com intermináveis sessões de ginástica, duches gelados, longos passeios, como que para se castigar por

se encontrar ainda com vida. (...) Exibe permanentemente o aspecto de um pássaro enlouquecido, perseguido por um caçador implacável”; “Receio que tu não sigas o conselho do médico e continues a minar a tua saúde, até quando for tarde demais e não houver mais remédio. Nada mais posso fazer que rogar-te sobretudo que te alimentes.” - Franz Joseph I em carta a Sissi.

Para além das dietas, Sissi também controlava o seu peso através de choques térmicos intercalados com vapores e exercício físico exaustivo. Em relação ao exercício físico, sabia-se que, também fruto da sua paixão pelos cavalos, a imperatriz realizava várias horas de equitação, fazia caminhadas prolongadas e ginástica, tendo mesmo montado ginásios em todas as suas residências. Após os 50 anos de idade, Sissi aparentemente aprendeu e praticava esgrima de forma disciplinada. Estes comportamentos demonstram a autopunição pela culpa que consumia Sissi.

Além do atrás mencionado, a imperatriz manifestava também uma preocupação exagerada com a sua imagem. Para manter a sua beleza, Sissi cumpria vários rituais diários de beleza, que incluíam cuidados extremos com o seu longo cabelo e rosto, que podiam durar até três horas. À noite, utilizava máscaras faciais e corporais de morangos prensados e cobria o rosto com bifés crus, dormindo sem almofada numa cama de ferro para manter a postura. Sabe-se também que, após os 30 anos, Sissi não autorizou mais fotografias ou retratos seus e deixou de comparecer a eventos oficiais para preservar a sua beleza imortal.

Descodificando a sua Psicopatologia

Após o percurso breve sobre a biografia de Sissi, torna-se evidente a existência de duas grandes perturbações: a AN e a perturbação depressiva reativa.

Sem dúvida que a vida da imperatriz foi pautada por várias situações potenciadoras de sofrimento psicológico, que numa personalidade mais suscetível potenciou o desenvolvimento de outras patologias comórbidas. Apesar da infância feliz, desde que Elisabeth entrou na vida e na etiqueta da Corte, ela sai do seu ambiente natural e familiar. A exigência como imperatriz é elevada, bem como os conflitos familiares, que vão fragilizando uma Sissi adolescente. A perda da supervisão e educação dos filhos e a morte inesperada de Sophie consistiram no primeiro impacto que levaram Sissi a desenvolver um episódio depressivo. Nesse momento, Sissi evidenciava sentimentos de culpa muito intensos em relação à morte de Sophie. As gravidezes futuras foram motivadoras de mudança e recuperação para Sissi, mas a interferência da Arquiduquesa Sofia contrabalançou negativamente na recuperação da imperatriz, que vivia na Corte isolada da sua família de origem e com pouco contacto com o marido e filhos. O seu sofrimento era evidenciado não só pelo seu isolamento e choro constante, mas também por sintomas somáticos, como vertigens, náuseas e fadiga permanente. Não se pode menosprezar que, simultaneamente, coexistia em Sissi uma PCA, que pelas suas características restritivas tornaram a sua saúde física ainda mais frágil.

Mais tarde, Sissi perde o seu filho varão, consistindo este acontecimento no evento “sem retorno”. Sissi veste o preto, isola-se cada vez mais, nomeadamente das suas funções na corte, e refugia-se nas viagens. Existem também relatos de ideias de morte ao longo destes episódios depressivos.

“Perambulo solitária sobre a Terra há tempo, alienada da vida e do prazer; não tenho e nunca tive alma que me entendesse.” - Sissi no seu diário.

Conclusões

Concluindo, a vida de Elisabeth da Baviera não foi pautada pela felicidade e romantismo expresso na trilogia cinematográfica “Sissi”, que a imortalizou, mas sim pelo sofrimento, pela

perda e pela dor mental, sendo que a culpa foi sempre um sentimento que a acompanhou ao longo da vida. Com uma personalidade rígida e perfeccionista, tendo como pilares os estatutos de beleza, Sissi iniciou rituais e crenças que a conduziram a sintomas compatíveis com o diagnóstico de anorexia nervosa, e, mais tarde, secundariamente a situações vivenciais, surgiu em comorbidade sintomatologia depressiva.

Fontes e Bibliografia Final

- 1.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Quinta edição). *Climepsi Editores*. 14 de outubro, 2014.
- 2.WEINBERG, Cybelle - Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* Vol.13 no.2 São Paulo. Junho, 2010.
- 3.FURTADO, Dulce - A imperatriz tinha um abismo dentro dela. *Público, Temas*. 30 de Novembro, 2008. [Acedido a 17 de fevereiro 2020]. Disponível na Internet: <https://www.publico.pt/2008/11/30/jornal/a-imperatriz-tinha-um-abismo-dentro-dela-286245>.
- 4.BIOGRAPHICS - Empress Sisi – The 19th Century Princess Diana. *Youtube*. 06 de junho, 2019. [Acedido a 17 de fevereiro 2020]. Disponível na Internet: www.youtube.com/watch?v=akPZjOZZVNk&ab_channel=Biographics.
- 5.DIRAMI, Victor - Sissi: uma imperatriz e seus demônios. *Recordes, Obvious*. 2013. [Acedido a 17 de fevereiro 2020]. Disponível na Internet: <http://obviousmag.org/archives/2013/09/sissi-uma-imperatriz-e-seus-demonios-1.html>.
- 6.BRASIL, Tudor - A Trágica Vida de Sissi Imperatriz da Áustria. *Tudor Brasil*. 29 de março, 2016. [Acedido a 17 de fevereiro 2020]. Disponível na Internet: <https://tudorbrasil.com/2016/03/29/indice-de-artigos-sobre-sissi-imperatriz-da-austria/>.

АННА КАРЕНИНА

РОМАНЪ

ГРАФА

Л. Н. ТОЛСТАГО

ВЪ ВОСЬМИ ЧАСТЯХЪ

ТОМЪ ПЕРВЫЙ



МОСКВА.
ТИПОГРАФИЯ Т. РИСЪ, У ЯЗУСКОЙ Ч., ДОМЪ МЕДЫНЦЕВОЙ.
1878.



Capa da primeira edição de Anna Karenina, de Lev Tolstoy

PATOPLASTIA E PSICOPATOLOGIA NA NARRATIVA DE ANNA KARENINA

Tiago Ferreira¹; Sara Dehanov¹

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE

¹Interno de Psiquiatria

Emails:tiagofilipeferreira17@hotmail.com, sara.dehanov@gmail.com

Resumo

Anna Karenina, de Lev Tolstoy (1828-1910), é considerado como um dos maiores trabalhos literários do século XIX (ou mesmo da história). A sua personagem principal, que dá nome à obra, é um dos elementos mais fascinantes da teia narrativa construída pelo autor, incorrendo numa espiral descendente, com um desfecho trágico. Ao longo desta história, Tolstoy permite-nos aceder ao pensamento de Anna e descreve diversos dos seus comportamentos, dando-nos a descobrir traços da sua personalidade. O objectivo do nosso trabalho é descrever e compreender Anna Karenina do ponto de vista psicopatológico e pensar em enquadramentos nosológicos desta figura.

Palavras-chave: Personalidade; Perturbação da Personalidade; Depressão; Psicopatologia; Anna Karenina

Abstract

Anna Karenina, by Lev Tolstoy (1828-1910), is considered to be one of the greatest literary works of the 19th century (or even in history). Its main character, which gives its name to the novel, is one of the most fascinating elements of the narrative built by the author, incurring a downward spiral, with a tragic outcome. Throughout this story, Tolstoy give us access Anna's thoughts and describes several of her behaviors, allowing us to discover her personality traits. The aim of our work is to describe and understand the psychopatolohy in Anna Karenina and to think about possible nosological classifications of this figure.

Introdução

A obra “Anna Karenina” é por muitos tida como o melhor romance do escritor russo Lev Tolstoi (1828-1910), senão da história da literatura. Este livro aporta-nos diferentes linhas narrativas paralelas, sendo que o foco deste trabalho passará por analisar uma das personagens nucleares, Anna Karenina. O objectivo proposto pelos autores é fazer uma reflexão à luz do que poderá ou não representar psicopatologia na descrição desta figura, nomeadamente uma personalidade patológica ou perturbações psiquiátricas do previamente chamado “eixo I”.

Discussão

Anna Karenina é uma mulher casada e mãe duma criança, integrada na alta aristocracia russa de São Petersburgo. De forma a descrever sucintamente o seu enredo na obra, Anna apaixonou-se por um jovem militar, Vronski, desafiando as normas da sociedade russa. Acaba por engravidar deste e admitir o adultério perante o marido, fugindo com o amante após o nascimento do bebé de ambos, sem conseguir o divórcio. Quando retorna à Rússia, percebe que é ostracizada pela sociedade, e entra então numa espiral de instabilidade. Anna torna-se progressivamente mais errática e impulsiva, com ciúme e insatisfação na relação com Vronski, terminando a sua vida ao precipitar-se perante um comboio.

Antes de entrarmos na reflexão proposta sobre a existência de uma personalidade patológica ou doença psiquiátrica, deixamos quatro resenhas:

- 1.É importante considerar o contexto de Anna na sociedade russa do séc. XIX, onde o papel da mulher era diferente do papel do homem, sendo que mesmo o adultério por uma mulher tinha um peso diferente – mais grave – do peso atribuído ao adultério pelo homem. O que é normal *vs.* patológico deve ser lido à luz da construção social e cultural contextual.
- 2.Estamos a restringir a complexidade cognitiva e emocional dum indivíduo ao que o livro nos conta, o que acaba por ser redutor.
- 3.Não possuímos informação sobre o desenvolvimento da personagem ou o seu padrão cognitivo e comportamental prévio, sendo que a maioria da informação é retirada de como ela reage e pensa perante a adversidade e diferentes situações.
- 4.Por fim, utilizaremos o DSM-5 como orientador no que concerne a características dos quadros descritos, não sendo nosso objectivo rotular a personagem com diagnósticos certos, mas sim de forma a permitir-nos seguir uma linha condutora.

Uma personalidade perturbada?

As poucas pistas que temos sobre o padrão comportamental e cognitivo de Anna antes de conhecer Vronski são a existência de alguma labilidade emocional e demonstração superficial das suas emoções, com mudanças rápidas e pouca ressonância destas, um sobre-investimento no seu aspecto físico, insatisfação nos relacionamentos que estabelece e uma visão negativa e instável da própria. A ligação com Vronski surge como uma mudança – do seu papel como mulher e da sua posição na teia social. A partir de então acentuam-se a instabilidade afectiva e impulsividade da personagem, com demonstrações emocionais mais pronunciadas, nomeadamente de sentimentos de raiva contextual, e com uma maior conturbação das suas relações interpessoais. Apresenta, em relação ao companheiro, um medo extremo de abandono, que tenta evitar a qualquer custo, surgindo uma ideação suicida *em crescendo* que é predominantemente descrita como uma fuga e uma forma de castigar Vronski.

Perturbação da personalidade Borderline	Perturbação da personalidade Histriónica
<p>Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afectos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5) 2. Um padrão de relacionamentos instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. 3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo. 	<p>Um padrão difuso de emocionalidade e busca de atenção em excesso que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desconforto em situações em que não é o centro das atenções. 2. A interacção com os outros é frequentemente caracterizada por comportamento sexualmente sedutor inadequado ou provocativo. 3. Exibe mudanças rápidas e expressão superficial das emoções. 4. Usa reiteradamente a aparência física para atrair a atenção para si. 5. Tem um estilo de discurso que é excessivamente impressionista e carente de detalhes.

<ol style="list-style-type: none"> 4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p.e. gastos, sexo, abuso de substância, condução irresponsável, compulsão alimentar). (Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5) 5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante. 6. Instabilidade afectiva devida a uma acentuada reactividade de humor (p.e. disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias). 7. Sentimentos crónicos de vazio. 8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p.e. mostras frequentes de irritação, raiva constante, conflitos físicos recorrentes). 9. Ideação paranóide transitória associada a stress ou sintomas dissociativos intensos. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mostra autodramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções. 7. É sugestionável (p.e. facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias). 8. Considera as relações pessoais mais íntimas do que realmente são.
---	--

Tabela 1. Critérios diagnósticos de perturbação da personalidade borderline e histriónica (adaptado de DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)

Baseando-nos nos critérios diagnósticos de perturbação da personalidade borderline (vide tabela 1), a instabilidade das relações interpessoais é especialmente clara na relação com Vronski. Várias vezes a personagem reflecte e verbaliza o horror que sente perante a ideia de ser abandonada por ele - *“Pensava que ele tinha deixado de amá-la, sentia-se perto do desespero e, em consequência disso, estava particularmente agitada”* (pg.546). Paulatinamente aumenta o receio de ficar sozinha e uma angústia enorme vivenciada perante a separação do objecto, com agressividade para com este quando presente.

Surge igualmente uma quase fantasia de fusão com o companheiro, uma devoção extrema que todavia nunca é suficiente; num ponto mais distal da história, a exigência é de tal forma que Vronski se sente esmagado, alienado - *“(...) ao mesmo tempo achava incómodas essas malhas de amor com que ela queria prendê-lo. Quanto mais o tempo passava, mais frequentemente ele se via preso nessas malhas”* (pg.650). Não apenas com Vronski, a personagem tem uma tendência à idealização quase primitiva, com elementos de desvalorização posteriores, e à clivagem das pessoas como boas ou más de forma flutuante.

Por sua vez, surgem ideias sobrevalorizadas de ciúme, sendo interessante descrever como Anna elabora as mesmas. Citando

“(...) e esse amor, que no sentir dela se devia concentrar-se todo só nela, tinha diminuído; por conseguinte, ela achava que ele devia ter transferido uma parte desse amor para outras ou para outra mulher – e tinha ciúme.” (pg.745) mas *“Pois não sei eu que ele não me enganaria, que não tem quaisquer intenções quanto à Sorókina, que*

não está apaixonado pela Kiti, que ele não me trai? Sei tudo isso, mas não me serve de nada.” (pg.767).

Estas ideias pronunciavam-se nos períodos de afastamento ou discussão, perante o sentimento de abandono ou renúncia por Vronski. Confrontada com estes sentimentos e ideias, Anna testa constantemente os limites da relação com o ex-marido e com Vronski. Por exemplo, neste diálogo em que é especialmente evidente como procura formas de provar que Vronski pretende a dissolução da relação e não o investimento em aprofundar a mesma: “[*Vronski*]- Mas tu sabes porquê : por ti e pelos filhos que vierem – disse ele. (...) [*Anna*]- Precisas disso pelos filhos, e em mim não pensas? – disse ela, esquecendo-se por completo e não escutando o que ele disse - por ti e pelos filhos” (pg.753)

A perturbação da identidade em Anna é entendida na forma flutuante como se vê. Emerge também na construção da relação com Vronski, em que existe uma perda dos limites e dificuldade em construir a sua própria subjectividade sem essa estruturação relacional. Quanto à impulsividade, esta é bastante pervasiva, especialmente patente na tomada de decisões, em que Anna se guia pelas emoções, prejudicando-se bastas vezes. Falando mais especificamente das áreas potencialmente auto-destrutivas que os critérios listam, Anna recorre ao consumo de morfina para atenuar o sofrimento percebido, tornando-se dependente desta substância.

Chegámos à ideação suicida, que surge com uma *nuance* curiosa. Esta emerge enxertada num desejo de castigar Vronski, com fantasias de como ele sofreria com a morte dela

“A morte surgiu-lhe como único meio de reestabelecer no coração dele o amor por ela, de castigá-lo (...) pensou com deleite em como ele havia de sofrer, arrepender-se e amar a sua memória quando fosse já demasiado tarde” (pg. 746) e “(...) tudo será salvo pela morte. Morrer – e ele há-de arrepender-se, há-de ter pena, há-de amar-me há-se sofrer por mim. Com um sorriso de compaixão por si mesma parado no rosto, sentou-se numa poltrona, tirando e voltando a pôr os anéis na mão esquerda, imaginando vivamente os sentimentos dele depois da sua morte.” (pg. 750).

Embora o suicídio seja um tema recorrente na narrativa, a motivação parece a que classicamente se atribui a doentes com perturbação da personalidade histriónica, de comportamentos e fantasias de suicídio que permitam ganhar a atenção e carinho de outrem. Contudo, surgem como forma de castigar Vronski pelo abandono, que parte duma génese mais associada a cognições típicas do doente com perturbação da personalidade borderline. A instabilidade afectiva, a reactividade do humor e as demonstrações de raiva são frequentes – facilmente encontramos evidência destas na obra, sendo estas últimas globalmente exacerbadas em períodos de separação, e com duração pouco prolongada. Por exemplo - “*Ela ora parecia apaixonada por ele, ora se tornava fria, irritável e impenetrável*” (pg. 538).

O sentimento crónico de vazio, obviamente não referido directamente, emerge indirectamente em queixas de insatisfação permanente e falta de propósito, e que em grande parte Anna tenta preencher na ligação com Vronski.

Em algumas crises agudas de ansiedade / angústia, os sintomas psicóticos frustrados transitórios e dissociativos são evidentes, com curta duração e relação com eventos stressores. Por exemplo, na seguinte passagem:

“Vou-me lavar. Sim sim, eu penteiei-me ou não? – perguntou a si mesma. E não conseguia lembrar-se. Tacteu a cabeça com a mão - Sim, penteiei-me, mas não me lembro quando. Mas não acreditou na sua mão e aproximou-se do espelho para ver se estava realmente penteada ou não. Estava penteada e não conseguia lembrar-se de

quando o fizera. Quem é esta? Pensou ao ver no espelho o rosto inflamado com um brilho estranho nos olhos que a fitavam assustados.” (pg.759)

Mais uma vez, poderíamos questionar a presença de sintomas dissociativos como indicadores duma constituição mais histeriforme, não excluindo a presença duma perturbação da personalidade borderline.

É defensável que a personagem seja mais bem enquadrada como o arquétipo duma mulher com perturbação da personalidade histriónica. Olhando para os critérios (vide Tabela 1), existe de facto registo de Anna utilizar a aparência física para obter atenção de terceiros, nomeadamente de homens, e de que a interacção é muitas vezes colorida por elementos sedutores ou provocatórios. O seu modo de agir e a sua apresentação física coloca-a frequentemente no centro das atenções, nomeadamente quando inserida num evento social e, embora muitas vezes exista uma timidez na forma de almejar essa atenção, acaba por sorver com regalo dela, ou mesmo induzi-la de forma indirecta. Isto é observável em diversos pontos do romance, antes e após conhecer Vronski. Na fase final da trama, a sensação de que a sua beleza física não é apreciada gera incómodo em Anna - *“Ela explicava o desejo dele de ter filhos como indiferença pela beleza dela”* (pg.753), sendo que procurava (inconscientemente) seduzir outros homens para reforço da sua auto-estima. Também as mudanças rápidas na expressão afectiva são denotadas na narrativa, tal como a demonstração superficial e teatralizada - *“Meu Deus! Meu Deus! Terá havido alguma vez uma mulher tão infeliz como eu?”* (pg.302) e *“O que é que tu pensas? O que pensas de mim? Não me desprezes. Eu não mereço desprezo. Sou apenas infeliz. Se há alguém infeliz sou eu – disse ela e, desviando-se, começou a chorar”* (pg.621). É questionável dizê-la como facilmente sugestionável, especialmente dadas as circunstâncias em que encontramos Anna. Por fim, o estabelecimento de relações, sem detrimento ao contexto cultural da época, é bastas vezes encetado de forma superficial e rápida, sendo que a própria relação com Vronski parece viver duma idealização de Anna, e não ser tão próxima como a própria julga, o que é evidenciado no momento da consumação carnal.

Poderíamos discorrer sobre outras hipóteses, mas consideramos que criteriosamente não seja tão sustentável como o enquadramento numa perturbação da personalidade do cluster B, com traços borderline e histriónicos. Não é surpreendente, dado estas duas entidades serem frequentemente co-mórbidas, com predisposição genética comum, e com diversos pontos sintomatológicos comuns (p.e. desregulação afectiva, impulsividade, coesão do *self*).

Uma mulher doente?

Conseguimos encontrar na obra evidência suficiente para considerar uma perturbação psiquiátrica do dantes chamado “eixo I”? A nossa suspeita, pela sintomatologia afectiva, seria primariamente de uma perturbação do humor. Porém, algo menos dúbio, é a existência duma perturbação de uso de substâncias, neste caso de opiáceos.

Consideramos poder excluir uma doença afectiva bipolar porque não se delineiam francos episódios mistos ou maniformes. Aliás, a curta duração dos sintomas afectivos poderiam levar-nos a pensar num diagnóstico de ciclotimia; contudo – e aqui entramos no campo de discussão do diagnóstico diferencial de perturbação da personalidade borderline e ciclotimia – existem muitas alterações comportamentais e cognitivas típicas da perturbação da personalidade borderline, e esta ciclagem afectiva tem um pesado cariz reactivo e contextual (e não espontâneo).

Podemos circunscrever na história um episódio de depressão pós-parto. Embora não nos seja fornecida toda a clínica, Stepan refere ao visitar a irmã após o nascimento do segundo filho que ela está *“entregue à melancolia”*, sendo referido o seu adoecer médico e psíquico, com isolamento, astenia e a dita *“melancolia”*. Existe remissão após a fuga para Itália com Vronski, onde encontramos uma Anna reestabelecida e aparentemente eufímica.

Pensamos que seja difícil afirmar com certeza que Anna estivesse deprimida na etapa final do livro. É sempre mais proeminente a instabilidade emocional e labilidade afectiva, com

forte cunho reactivo, mais do que humor depressivo franco, anedonia, défice de autocuidado, ou outros sintomas depressivos, além de existir uma manutenção da funcionalidade. Como existe uma clara relação de melhoria e pioria com factores contextuais, poderíamos pensar numa perturbação de adaptação. Contudo, não parece existir uma constância ou permanência destas alterações e, criteriosamente, as crises não melhores inscritas em manifestações duma perturbação de personalidade subjacente, excluindo-se este diagnóstico. Não parecem existir sintomas psicóticos mantidos que permitam delinear uma perturbação psicótica primária ou uma perturbação afectiva com sintomas psicóticos. Existe uma ideação sobrevalorizada de ciúme e verificam-se sintomas dissociativos e psicóticos frustrantes inscritos em crises autolimitadas de angústia e irritabilidade, que ocorrem em momentos de separação percebida e real, compreensíveis à luz da sua constituição patoplástica.

Conclusões

Como leitores desta obra, a nossa visão é de uma mulher com perturbação da personalidade cluster B, podendo questionar-se a presença de uma eventual ciclotimia. Admitimos como intercorrência uma depressão pós-parto com remissão, e uma perturbação de uso de opiáceos. Na recta final da história, as várias crises parecem surgir em contexto reactivo, com curta duração, auto-limitadas, acompanhadas de sintomas ansiosos, labilidade afectiva, sintomas dissociativos e psicóticos frustrantes, e ímpeto auto-lesivo, parecendo mais bem enquadradas como respostas aos *stressores* enxertadas na sua perturbação da personalidade. Estas culminam no seu suicídio de forma impulsiva, para o qual Anna se arrepende no exacto momento em que o perpetra.

Independentemente da tese defendida, é curioso conseguirmos fazer atribuições de diagnósticos que foram formulados posteriormente à publicação da obra. A mimese aristotélica ditava que a “arte imita a vida” e, neste caso, os autores clássicos poderão ser os melhores psicopatologistas, não por um conhecimento profundo de psicopatologia *per se*, mas por descreverem aquilo que viam e a essência da experiência humana.

Fontes e Bibliografia final

TOLTOI, Lev - *Anna Karenina*. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2006.

SADOCK, Benjamin J, SADOCK, Virginia, RUIZ, P – *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10ª edição. Kluwer W, 2017.

SARAIVA, CB, CEREJEIRA, J – *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda, 2014. 532 p.

GABBARD, GO – *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. 5ª edição. Porto Alegre : Artmed, 2016.

American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: 2013.

SÍNDROME DE ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS: DA LITERATURA À PSIQUIATRIA

Vera Froes¹; Miguel Carneiro¹; Sérgio Esteves¹; Sandra Torres¹; Zita Gameiro²

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

¹Interno de formação específica de psiquiatria; ²Assistente Hospitalar Psiquiatria

Emails: verafcarvalho@gmail.com; miguel.e.carneiro@gmail.com; estevesrgio@gmail.com;
spptorres@gmail.com ; zita.gameiro@gmail.com

Resumo

A obra literária Alice no País das Maravilhas, foi publicada em 1865 por Lewis Carroll. Cem anos depois, um psiquiatra, John Todd descreve o Síndrome de Alice no País das Maravilhas ou dismetropsia. Este síndrome é caracterizado por distorção a nível da perceção visual, no próprio corpo, mudança de forma ou de tamanho, em objetos, micropsia ou macropsia, bem como alterações da perceção do tempo.

Os autores procederam a uma revisão não bibliográfica da literatura com as palavras “*Alice in wonderland syndrome*”.

Vários estudos concordam que Carroll pudesse ter o diagnóstico de Enxaqueca, tendo ele próprio experienciado alguns sintomas descritos. As causas mais frequentes encontradas foram enxaqueca, infeções, lesões cerebrais, drogas, epilepsia ou outras doenças psiquiátricas. As áreas neuroanatômicas envolvidas são as junções temporo-occipitais, parieto-occipitais e temporo-parietais.

Muito ainda é desconhecido acerca deste síndrome, e um maior correlato imagiológico poder-nos-á levar a uma melhor compreensão dos fenómenos de distorção sensorial.

Palavras chave: Síndrome de Alice no País das Maravilhas, dismetropsia, distorção sensorial

Abstract

Alice in wonderland was published by Lewis Carroll in 1865. One hundred years later, a psychiatrist John Todd, describes Alice in wonderland syndrome or dysmetropsia. This syndrome is characterized by perceptual disorder, principally involving visual and somesthetic integration, size changes, micropsia, macropsia and alteration in judgment of time.

The authores did a non bibliographic review of the literature with the words “*Alice in wonderland syndrome*”.

Several studies agree that Carroll could have been diagnosed with migraine, and experience himself some of the symptoms. The most frequent causes were migraine, infection, cerebral injuries, drugs, epilepsy and other psychiatric diseases. According to neuroimaging, the involved areas are temporo-occipital, parietal-occipital and temporo-parietal junctions.

Much is still unknown about this syndrome, more studies in neuroimaging will help to a better understanding in this phenomena.

Key words: Alice in wonderland syndrome, dysmetropsia, sensorial distorsion

Introdução

A obra literária Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll, inspirou o psiquiatra John Todd a descrever o Síndrome de Alice no País das Maravilhas ou dismetropsia. Este síndrome é caracterizado por distorção a nível da perceção visual, no próprio corpo, mudança de forma ou de tamanho, em objetos, micropsia ou macropsia, bem como

alterações da percepção do tempo. Neste trabalho pretendemos identificar as alterações psicopatológicas da protagonista de Alice no país das maravilhas que levaram à caracterização desta entidade clínica, bem como a sua etiologia e as alterações neuroanatômicas que se pensa serem responsáveis por estes fenómenos de distorção sensorial.

Alice no País das Maravilhas: Obra Literária

Na obra, é contada a história de Alice. A narrativa inicia-se com Alice que cai numa toca de coelho e é transportada para um lugar fantástico com criaturas peculiares, numa lógica do absurdo, característica dos sonhos. No decurso do enredo, Alice experiencia vários sintomas estranhos como desaceleração do tempo enquanto caía na toca no coelho.^[1]

«Either the well was very deep, or she fell very slowly, for she had plenty of time as she went down to look about her and to wonder what was going to happen next» (P. 3). «Down, down, down. Would the fall never come to an end? “I wonder how many miles I’ve fallen by this time?” she said aloud. “I must be getting somewhere near the centre of the earth.” » (p. 4).^[2]

Seguidamente, o seu corpo encolhe depois de beber um líquido rotulado de “DRINK ME” (bebe-me), experimentando o que psicopatologicamente podemos chamar de microsomatognosia,^[1]

«And so it was indeed: she was now only ten inches high, and her face brightened up at the thought that she was now the right size for going through the little door into that lovely garden. » (p.11).

Logo de seguida come um bolo e aumenta de tamanho até tocar no teto, experienciando macrosomatognosia:

« “Curiouser and curiouser!” cried Alice; now I’m opening out like the largest telescope that ever was! Good-bye feet! ;“ What a curious feeling !” said Alice, must be shutting up like a telescope. (for when she looked down at her feet, they seemed to be almost out of sight, they were getting so far off) » (P15) « Just at this moment her head struck against the roof of the hall: in fact she was now rather more than nine feet high, and she at once took up the little golden key and hurried off to the garden door» (p.16)^[2]

Um pouco depois é descrita uma experiência que pode ser identificada como despersonalização.^[1]

« “I’ve been changed in the night? Let me think: was I the same when I got up this morning? I almost think I can remember feeling a little different. But if I’m not the same, the next question is, Who in the world am I? Ah, that’s the great puzzle!”» (P19). «“Who am I then? Tell me that first, and then, if I like being that person, I’ll come up: if not, I’ll stay down here till I’m some- body else’—but, oh dear!” cried Alice with a sudden burst of tears, “I do wish they would put their heads down! I am so very tired of being all alone here!”» (p. 21).^[2]

No decorrer da história vários personagens e situações irrealistas vão preenchendo a narrativa desde à “*Caucus-race*”, uma corrida circular em que nenhum ganha, por isso ganham todos; a conselhos recebidos de uma lagarta que fuma cachimbo; e a outros personagens como gato de *Cheshire*; a dama de copas, bem como o restante baralho de cartas.

Os sintomas de micro e macro somatognosia são frequentes ao longo da obra “I can’t remember things as I used—and I don’t keep the same size for ten minutes together!” (p.62).^[2]

Na festa do Chapeleiro Louco e da Lebre de Março, voltam a existir alterações da percepção do tempo, dado que esses personagens se encontram para sempre condenadas a viver as seis horas da tarde, há uma paragem do tempo. É invocado o conceito filosófico de tempo e da sua percepção.

« “if you knew Time as well as I do,” said the Hatter, “you wouldn’t talk about wasting it. It’s him, “I don’t know what you mean,” said Alice. “ Of course you don’t !” the Hatter said tossing his head contemptuously. “I dare say you never even spoke to Time!”: “Perhaps not,” Alice cautiously replied: “but I know I have to beat time when I learn music.” “Ah! that accounts for it,” said the Hatter. “He won’t stand beating. Now, if you only kept on good terms with him, he’d do almost anything you liked with the clock. For instance, suppose it were nine o’clock in the morning, just time to begin lessons: you’d only have to whisper a hint to Time, and round goes the clock in a twinkling! Half-past one, time for dinner !”» (P. 101, 102) «“ (...) He’s murdering the time! Off with his head!” “How dreadfully savage!” exclaimed Alice. “And ever since that,” the Hatter went on in a mournful tone, “he won’t do a thing I ask! It’s always six o’clock now.” A bright idea came into Alice’s head. “Is that the reason so many tea-things are put out here?” she asked”.» (p. 104).^[2]

Toda a história é acompanhada dum sensação de desrealização, até que no fim volta à realidade, com consciência parcial dos eventos que aconteceram.

“ So she sat on, with closed eyes, and half believed herself in Wonderland, though she knew she had but to open them again and all would change to dull reality—the grass would be only rustling in the wind, and the pool rip-pling to the waving of the reeds—the rattling teacups would change to tinkling sheep-bells, and the Queen’s shrill cries to the voice of the shepherd boy—and the sneeze of the baby, the shriek of the Gryphon, and all the other queer noises, would change (she knew) to the confused clamour of the busy farm-yard—while the lowing of the cattle in the distance would take the place of the Mock Turtle’s heavy sobs.” (P. 191, 192)^[2]

Lewis Carroll: o autor

Lewis Carroll é o pseudónimo de Charles Lutwidge Dodgson, nascido em Daresbury, a 27 de janeiro de 1832, falecido em Guildford, a 14 de Janeiro de 1898).^[1]

Do ponto de vista médico pensa-se que Carroll pudesse sofrer de enxaqueca. De acordo com a descrição no seu diário, ele reporta

«“a bilious headache” with severe vomiting,” e “experienced, for the second time, that odd optical affection of seeing moving fortifications, followed by a headache”».^[3]

Também existe uma hipótese alternativa que considera que Carrol tivesse experimentado amanita muscaria, um cogumelo mágico com efeito alucinógeno.^[4]

Independente do seu diagnóstico, o seu talento literário é notório, bem como os seus conhecimentos de matemática e charadas que coloca de forma subtil no livro de Alice. Salienta-se ainda a forma satírica com que criticava alguns costumes populares da época.

Síndrome de Alice no País das Maravilhas

Este síndrome foi descrito pela primeira vez em 1933 por Lippman em soldados da primeira Guerra mundial com lesões occipitais. ^[4] Coleman encontrou sintomas semelhantes numa paciente com esquizofrenia que reportava sentir-se como a Alice, dada a sua sensação de encolher e aumentar. ^[1] Quem cunhou o termo Síndrome de Alice no País das Maravilhas foi Todd em 1955, com a descrição de 6 casos clínicos. ^[1]

Do ponto de vista fenomenológico mais de 42 sintomas visuais e 16 sintomas somato-sensoriais foram descritos no contexto deste síndrome, o que faz com que existe uma grande heterogeneidade de sintomatologia. ^[4] Alguns exemplos de sintomas visuais são: 1. dismetropsia (alteração do tamanho e da distância de determinado objeto); 2. discromatopsia (confusão de cores); 3. polipopia (múltiplas cópias da mesma imagem); 4. entomopia (é uma forma de poliopia, múltiplas cópias da mesma imagem, num padrão de grelha, como a visão de um insecto); 5. visão mosaico (fragmentação dos objectos como se fossem cristalinos); 6. palinopsia (recorrente ilusão do contorno da imagem, após o desaparecimento do estímulo); 7. perseveração visual (ilusão após o desaparecimento do estímulo); 8. prosopometamorfose (distorção de faces). Relativamente aos sintomas somato-sensoriais foram descritos: 1. Macrosomatognosia ou microsomatognosia (sensação de aumento ou de diminuição de tamanho do próprio corpo); 2. Hiperesquemátia, hipoesquemátia, aesquemátia (sensação de aumento, diminuição ou ausência de representação do espaço ocupado por uma parte do corpo); 3. Sensação de levitação; 4. Distorção da percepção do tempo, aceleração ou desaceleração. ^[4]

Os sintomas que predominam a nível de frequência são: microsomatognosia; macrosomatognosia, dismetropsia, macropsia e micropsia (objectos parecerem maiores ou menores); telopsia e pelopsia (objectos parecerem mais longe ou mais perto), desrealização, despersonalização e alteração da percepção do tempo. ^[1]

Deste modo foi proposta por Lanska *et al* 2013 ^[5], uma classificação em 3 tipos: Tipo A. alterações somato-sensoriais da percepção (9%); Tipo B. ilusões visuais (75%), Tipo C coexistência de sintomas somato-sensoriais + sintomas visuais (16%). Foi feita uma tentativa de distinguir o tipo A dos tipos B e C, dado que estes dois últimos incluem alterações da percepção extra-corporal, mas chegou-se à conclusão que seria uma divisão artificial não existindo argumentos psicopatológicos que suportem esta divisão. ^[1]

Epidemiologia

Não existem dados epidemiológicos estudados, apesar de se assumir que é um diagnóstico raro, estudos clínicos indicam que nos pacientes com enxaqueca a prevalência sobe aos 15%. Também foram feitos estudos que mostraram que sintomas Alice *like*, não são infrequentes na população geral. ^[4] A prevalência de micropsia numa população de adolescentes saudáveis (de 1480) foi de 5,6% para o sexo masculino e 6,2% para o sexo feminino. Outro estudo de caso com 3224 jovens encontrou taxas de micropsia de 3,9%, macropsia 2,5% e aceleração do movimento 1,3%. ^[4]

Etiologia

Em termos de etiologia, várias doenças têm sido associadas. A causa mais comum é enxaqueca (27,1%), seguido de infeções do sistema nervoso central (22,9%) especialmente a Epstein-Barr (15,7%). Em ordem decrescente as restantes etiologias são lesões cerebrais (7,8%), medicamentosas (6%), substâncias (6%), doenças psiquiátricas (3,6%), epilepsia (3%), doenças do sistema nervoso periférico (1,2%) e outras (3%). ^[1]

Outros vírus podem ser responsáveis nomeadamente coxackie, citamegalovirus, influenza A, micoplasma, varicela-zoster, encefalopatia tifoide, neuro-borreliose, estreptococos piogenes. A nível de fármacos foram descritos com dextrometorfano, codeína, montelucaste,

oseltamivir, topiramato, sertralina, risperidona. Relativamente às substâncias: LSD, MDMA, anfetaminas, canabinóides, cocaína, solventes, mescalina, amanita muscari, ayahuasca. ^[4]

Neuroanatomia

Os sintomas são atribuídos a aberrações estruturais ou funcionais do sistema preceptivo. São atribuídos às populações de neurónios que respondem seletivamente a impulsos sensoriais tais como a visão (áreas V1 e V5). A área V4 do córtex visual estriado responde seletivamente à cor enquanto a área V5 responde ao movimento. Ambas respondem à forma e à profundidade, mas a perda bilateral de V4 leva à acromatopsia (impossibilidade de ver cor) e a lesão em V5 leva a acinetopsia (impossibilidade de ver movimento).^[4]

Do ponto de vista neuroanatômico parecem existir três áreas fundamentais: junções temporo-ocipitais (TOJ); junções parieto-ocipitais (POJ) e junções temporo-parietal (TPJ).^[6] Nestas junções dá-se a integração da informação visual e somato-sensorial de forma a gerar a representação externa e interna do *self*. Este facto é suportado por vários estudos neuro-imagiológicos.^[6-9]

O espectro de sintomas é mais complexo se as lesões atingem a área mais anterior do cérebro. Se o atingimento é mais occipital vão existir apenas sintomas visuais, se o atingimento é temporal ou parietal vão surgir sintomas mais graves dado alteração nas áreas somato-sensoriais e alteração da integração.^[1]

Um estudo de SPECT revelou hipoperfusão no lobo temporal-ocipital e área peri sílvica durante o estado agudo de Síndrome de Alice no País das Maravilhas.^[7]

Um estudo de RMf, durante um episódio de micropsia, uma criança revelou hipoativação do lobo occipital e hiperativação no córtex parietal superior direito.^[6]

Outro estudo de RMf mostrou que a representação corporal ocorre no córtex sensorial primário (S1) no lobo parietal.^[8] Park *et al* descreve um paciente com hemimacropsia na sequência de enfarte temporo-ocipital direito medial.^[9] Foram ainda descritas hipoperfusão frontoparietal em estudos SEPCT na presença de telopsia, micro e macrosomatognosia, bem como semelhante sintomatologia de micro e macrosomatognosia num enfarte do lobo frontal com atingimento do joelho do corpo caloso. Estes sintomas também se verificaram num paciente com epilepsia do lobo frontal.^[1]

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial é complexo e envolve três níveis de conceptualização. No primeiro nível, é preciso distinguir de outras alterações da percepção. O síndrome de Alice no país das maravilhas é caracterizado por distorções sensoriais e não alucinações, sendo necessário fazer o diagnóstico diferencial com patologias do espectro da psicose. Em segundo lugar é necessário estabelecer a causa etiológica mais provável. Em terceiro é importante verificar se o diagnóstico feito é por si só responsável pelo surgimento dos sintomas.^[4]

Tratamento

O tratamento deste síndrome é dirigido à patologia de base, dado não existirem tratamentos específicos para os sintomas associados a síndrome de Alice no País da Maravilhas. Estes sintomas apesar de bizarros, não são ameaçadores de vida, e têm uma duração média de uma semana.^[10] Antipsicóticos são raramente prescritos e não mostraram benefício.^[4]

Conclusões

Os sintomas do Síndrome de Alice no País das Maravilhas não estão bem definidos.

Ao longo da história foram reportadas mais de 42 alterações da percepção visual e mais de 16 alterações da percepção somato-sensorial.

Os mais frequentes são alteração da percepção do tamanho do corpo ; dismetropsia (alteração da percepção do tamanho e da distância de determinado objeto) ; desrealização ; alteração da

percepção do tempo. As etiologias mais frequentemente associadas são na idade adulta enxaquecas e na idade jovem infecções do sistema nervoso centrais. Com elevada frequência foram ainda descritas em lesões cerebrais, epilepsia e outras doenças psiquiátricas. Do ponto de vista neuroanatômico as áreas envolvidas são as áreas de integração (junções temporo-occipitais, parieto-occipitais e temporo-parietais). Um maior correlato imagiológico poder-nos-á levar a uma melhor compreensão dos fenómenos de distorção sensorial.

Bibliografia

- [1] MASTRIA G.; MANCINI, V.; VIGANÒ, A.; DI PIERO, V. - Alice in Wonderland Syndrome: A Clinical and Pathophysiological Review. *Biomed Res. Int.* 2016; 2016:8243145. doi:10.1155/2016/8243145
- [2] CARROLL, L. - Alice's Adventures in Wonderland. Chicago: Volume One Publishing 1998. A BookVirtual Digital Edition, v.1.2 November, 2000
- [3] PODOLL, K. - Robinson D. Lewis Carroll's migraine experiences. *Lancet.* 353:9161 (1999) 1366. doi: 10.1016/S0140-6736(05)74368-3. PMID: 10218566.
- [4] BLOM, JD. - Alice in Wonderland syndrome: A systematic review. *Neurol Clin Pract.* 26:3 (2016) 259-270. doi:10.1212/CPJ.0000000000000251
- [5] LANSKA, D.J.; LANSKA, J.R. - The Alice-in-Wonderland syndrome. *Front Neurol Neurosci.* 2017,42:142-150. 10.1159/000475722
- [6] BRUMM, K. et al. - Functional magnetic resonance imaging of a child with Alice in Wonderland syndrome during an episode of micropsia. *J AAPOS.* 2010;14:4 (2010) 317-322. doi:10.1016/j.jaapos.2010.03.007
- [7] GENCOGLU, Esra Arzu et al. - Findings in a Patient With Alice in Wonderland Syndrome. *Clinical Nuclear Medicine.* 30:11(2005) 758-759 doi: 10.1097/01.rlu.0000182278.13389.a3
- [8] EHRSSON, H.H. et al - Neural substrate of body size: illusory feeling of shrinking of the waist. *PLoS Biol.* 3(12) (2005) e412. doi: 10.1371/journal.pbio.0030412. Epub 2005 Nov 29. PMID: 16336049; PMCID: PMC1287503.
- [9] PARK M.G. et al. - Hemimacropsia after medial temporo-occipital infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007;78(5):546-548. doi:10.1136/jnnp.2006.100842
- [10] VILELA, M. at al. - When Alice Took Sertraline: A Case of Sertraline-Induced Alice in Wonderland Syndrome. *Cureus.* 12:8 (2020) :e10140. doi: 10.7759/cureus.10140. PMID: 33005552; PMCID: PMC7524018

PONTOS INFINITOS: A REPRESENTAÇÃO DA LOUCURA NA OBRA DE YAYOI KUSAMA

Núria Santos¹; António Alho²; Ricardo Gasparinho³; Liliana Ferreira⁴; Marisa Martins⁵; Nuno Fernandes⁶; Isa Costa⁷; Elisabete Sêco⁸

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém

^{1,2,3,4,5,6,7} Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria,

⁸ Assistente Hospitalar de Psiquiatria

Emails: nuria.ferreira.santos@gmail.com; antonio.alho84@gmail.com;

ricardogasparinho5@gmail.com; lilianapf@gmail.com; marisa.andrem@gmail.com;

n.agostinho.fernandes@gmail.com; isacosta2014@outlook.pt; elisabete.seco@gmail.com

Resumo

Introdução: Yayoi Kusama é uma artista japonesa, atualmente com 90 anos. Reside voluntariamente num hospital psiquiátrico desde 1975, onde continua a produzir as suas obras.

Objetivos: Apresentar a biografia da artista e analisar a sua obra do ponto de vista psicopatológico.

Métodos: Pesquisa utilizando o motor de busca Google, tendo sido selecionada informação em artigos científicos e em *websites* fidedignos.

Resultados: Kusama experienciou pela primeira vez distorções sensoriais e alucinações visuais e auditivas na infância. A sua criação artística constituiu uma forma de integrar as experiências psicopatológicas que ainda vivencia.

As obras apresentam um padrão ponteadado característico que envolve os objetos representados. Cria com frequência esculturas com forma fálica, que diz construir para controlar o repúdio que sente em relação ao sexo.

Conclusão: O trabalho de Kusama demonstra que a doença mental grave não constitui uma barreira para o sucesso nem é incompatível com uma produção artística de elevado gabarito.

Palavras-chave: Yayoi Kusama; *polka dots*; instalações; perturbação obsessivo-compulsiva; alterações da percepção sensorial.

Abstract

Introduction: Yayoi Kusama is a Japanese artist, currently 90 years old. She has lived voluntarily in a psychiatric hospital since 1975, where she continues to produce her artwork.

Objectives: The aim of this work is to present the artist's biography and to analyse her artwork from a psychopathologic point of view.

Methods: research using Google search engine. The information was collected across scientific publications and trusted websites.

Results: Kusama experienced sensory distortions and visual and auditory hallucinations for the first time in her childhood. Her creations embody a way of integration of the psychopathological symptoms she still experiences nowadays.

Her artwork often shows a characteristic polka dot pattern. She frequently creates phallic sculptures as a way of regulate her distress towards sex.

Conclusion: Kusama's work shows that severe mental illness is not a barrier to success neither is discordant with a sophisticated artistic production.

Introdução

Yayoi Kusama é uma artista plástica e escritora japonesa de renome, atualmente com 90 anos de idade. As suas obras usam frequentemente instalações com extravagantes jogos de espelhos e esculturas com forma fálica (Kemp, 2003), cobertas com um padrão de *polka dot* (Guo, 2019).

Kusama considera que o seu estilo artístico teve origem naquilo que designa de “alucinações visuais”. A artista usa regularmente aspetos da sua doença mental nas suas criações, convidando o observador a partilhar o seu espaço psicológico (Guo, 2019).

Yayoi reside voluntariamente num hospital psiquiátrico desde 1977, onde continua a produzir a sua arte (Kemp, 2003).

Este trabalho tem como objetivo apresentar a biografia de Yayoi Kusama e analisar a sua obra do ponto de vista psicopatológico. Foi efetuada uma pesquisa no motor de busca Google, tendo sido selecionada informação em artigos científicos e em *websites* fidedignos.

Biografia da artista

Yayoi Kusama nasceu a 22 de março de 1929 em Nagano, no Japão, numa família de classe média-alta de comerciantes de plantas. Na sua autobiografia, descreve a mãe como detentora de um temperamento austero e o pai como alguém que mantinha com frequência relações extraconjugais. Kusama seria persuadida pela mãe a seguir o patriarca para estes encontros com outras mulheres e a relatar o sucedido em segredo à matriarca. Na sequência destes relatos, a mãe ventilaria toda a sua fúria na criança (Guo, 2019).

Aos 12 anos, a artista experienciou pela primeira vez alterações da sensopercepção visual que designava de “alucinações”. Porém, analisando a sua descrição do fenómeno, parecem tratar-se de distorções sensoriais visuais. Por exemplo, Kusama descrevia que ao olhar fixamente para o padrão floral da toalha de mesa experienciava uma manutenção da imagem e via o padrão a repetir-se nas superfícies em sua volta, ficando aterrorizada com o sucedido. Esta descrição é compatível com o fenómeno palinopsia, uma distorção sensorial visual (Ferrell, 2015; Kemp, 2003; Oyebode e Ramsay, 2012). Nesta altura, a artista começou a desenhar como forma de se abstrair do ambiente familiar tóxico e das alterações da perceção sensorial que vivenciava. Contudo, as famílias japonesas conservadoras consideravam as raparigas artistas como vergonhosas. A mãe de Kusama destruía com frequência as suas criações, insistindo para que a filha optasse por uma carreira como negociadora de arte e não como artista (Guo, 2019).

Aos 28 anos, em 1957, a artista mudou-se para Nova Iorque como forma de escapar ao ambiente familiar castrador onde estava inserida. Previamente, havia escrito uma carta a Georgia O'keefe, a considerada mãe do modernismo americano, expressando o seu desejo de se mudar para os Estados Unidos da América e solicitando conselhos sobre a vida artística no país (Guo, 2019).

A sua contribuição para o mundo artístico nas décadas de 60 e 70 do século XX foi marcante. O seu trabalho foi reconhecido por artistas seus contemporâneos, como Andy Warhol (Kemp, 2003), sendo ela própria uma figura incontornável do movimento *pop art*. Ainda assim, apesar do seu trabalho ser muitas vezes associado quer a este movimento quer ao surrealismo, minimalismo e modernismo (Kusama, [s.d.]), Kusama não se identificou com nenhuma destas correntes artísticas em particular, afirmando que “eu pinto simplesmente como eu desejo” (Tatehata *et al.*, 2017).

Os *happenings* (arte de performance), que Kusama apresentou em 1965 em Nova Iorque e em 1967 em Amesterdão, reuniram diversos figurantes que cobriram os seus corpos com pontos e dançaram nus em festivais de pinturas de corpo, desfiles de moda e manifestações antiguerra. Com estas apresentações artísticas, nas quais Kusama também participou como figurante, a artista procurou desconstruir os *taboos* da época (Hasegawa e Miki, 2006) e criar

uma ponte entre o autor e o público, tornando-o um elemento indispensável na conceção e participação na arte (Guo, 2019; Kusama, [s.d.]).

Yayoi Kusama também trabalhou na indústria cinematográfica. Em 1968, produziu e participou como protagonista no filme *Kusama's Self-Obliteration*, premiado no *Fourth International Experimental Film Competition* e com o segundo lugar no *Ann Arbor Film Festival* (Kusama, [s.d.]).

Durante a sua estadia em Nova Iorque, Kusama manteve uma relação platónica durante mais de uma década com Joseph Cornell, um artista americano 26 anos mais velho que a japonesa, tendo esta relação terminado com a morte de Cornell em 1972. Pensa-se que ambos nunca tiveram relações sexuais, em parte com base no medo tremendo que Kusama apresentava em relação ao sexo, o que poderá ser parcialmente explicado pelas experiências traumáticas que vivenciou na infância (Guo, 2019).

Em 1973, Kusama regressou ao Japão, em parte motivada pela provável deterioração da sua saúde mental (Ferrell, 2015) e em parte pela ausência de reconhecimento do seu trabalho em Nova Iorque (Sutton, 2018). Em comparação com os seus pares do sexo masculino caucasianos, como Oldenburg ou Andy Warhol, o trabalho da artista foi marginalizado (Midori Yamamura, 2012). Kusama foi a única artista do sexo feminino e a única não caucasiana a trabalhar no mundo artístico da época (com o minimalismo, os *happenings* e a *pop art*), o que a tornou duplamente fora da norma (Sutton, 2018).

No Japão, em 1977, foi internada voluntariamente num hospital psiquiátrico. Nos anos 70, a artista continuou a produzir obras de arte, embora a um menor ritmo, e começou a dar os primeiros passos na literatura publicando em 1978 o romance *Manhattan Suicide Addict* (Ferrell, 2015). Em 1983, o seu romance *The Hustlers Grotto of Christopher Street* ganhou o *10th Literary Award for New Writers* da revista *Yasei Jidai* (Kusama, [s.d.]). Nos anos seguintes, e até ao presente, publicou diversos romances e poemas enquadrados num estilo surrealista e psicadélico (Kusama, [s.d.]).

Na década de 80 e 90, continuou a escrever e a expor as suas obras em todo o mundo. Em 1994 começou a criar esculturas ao ar livre (Kusama, [s.d.]). Em 1998, criou o painel de azulejos que figura nas duas paredes do topo Norte da Estação de Metro do Oriente, em Lisboa, sendo o painel atravessado a meio pela linha férrea (Kusama, [s.d.]).

O seu trabalho começou a ser progressivamente reconhecido internacionalmente na década de 90, e os prémios sucederam-se (Hasegawa e Miki, 2006). Em 1999, uma retrospectiva das suas obras esteve em exibição em Los Angeles e posteriormente em Nova Iorque e Tóquio. Em 2000 ganhou *The Education Minister's Art Encouragement Prize and Foreign-Minister's Commendations*, em 2001 recebeu o *Asabi Prize*, em 2002 foi agraciada com *Medal with Dark Navy Blue Ribbon* e em 2003 foi reconhecida com *French Ordre des Arts et des Lettres* e com o *Nagano Governor Prize*, pela sua contribuição no encorajamento da arte e cultura (Kusama, [s.d.]). Em 2004, exibiu a solo a exposição “KUSAMATRIX” em Tóquio, que foi visitada por cerca de meio milhão de pessoas. Em 2006 recebeu a *Order of the Rising Sun*. Em 2008 estreou o filme-documentário *Yayoi Kusama, I adore myself* e continuou a apresentar inúmeras exposições a solo das suas obras por todo o mundo. Nos anos seguintes os prémios continuaram a multiplicar-se, tendo inclusive recebido em 2012 o *The American Academy Of Arts and Letters Foreign Honorary Membership*. Também nesse ano, Kusama apresentou a sua retrospectiva no Tate Modern, em Londres (Oyebode e Ramsay, 2012).

Apesar dos seus trabalhos no mundo da moda terem começado na década de 60, tendo aberto inclusive a sua própria boutique em 1969, em 2012 Kusama colaborou com Marc Jacobs, o diretor criativo da Louis Vuitton, na notável coleção LOUIS VUITTON × YAYOI KUSAMA. Nesta coleção, destacavam-se os acessórios femininos (carteiras, sapatos, óculos de sol,...) cobertos com o padrão ponteadado icónico da artista (Kusama, [s.d.]).

Relativamente ao diagnóstico da doença mental de Yayoi Kusama, as informações divergem. Durante a sua estadia em Nova Iorque, entre 1961 e 1963, a artista terá expressado aos seus

vizinhos preocupações que se assemelhavam a ideias sobrevalorizadas de que os seus trabalhos e ideias poderiam ser roubados, começando a trabalhar em casa sempre com as cortinas fechadas. Em 1962, a artista foi hospitalizada pela primeira vez no Serviço de Psiquiatria do Hospital de St. Luke, provavelmente na sequência de uma crise de pânico. Em entrevistas recentes, a artista referiu que em 1965 terá sido submetida a um “tratamento psiquiátrico de sucesso” que se pensa ter sido com LSD-25 (Midori Yamamura, 2012).

A artista foi diagnosticada com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) (Ferrell, 2015; Hasegawa e Miki, 2006; Midori Yamamura, 2012) segundo a maioria das fontes. Ainda assim, há autores que apontam o diagnóstico de esquizofrenia. Todavia, este último diagnóstico aparenta ser menos provável, pelo que se considera o diagnóstico de POC como o mais plausível.

Um aspeto peculiar da artista, é que ela própria orquestrou a sua persona pública, utilizando vestidos com o padrão de *polka dots* com perucas a condizer com as cores da roupa. Kusama criou obsessivamente aspetos da sua própria autobiografia com o intuito de ampliar o mito do seu génio artístico, tendo começado a fazê-lo em 1978 com as suas obras literárias semi-autobiográficas e culminando com a publicação da sua autobiografia em 2012, intitulada *Infinity Net* (Midori Yamamura, 2012).

O trabalho de Yayoi Kusama foi profundamente influenciado pelos seus pensamentos obsessivos e pela compulsão em desenhar círculos, tendo sido uma parte integrante da maior parte das suas obras. A sua doença foi alvo de grande especulação pelo público devido ao grau de crítica que a autora apresenta em relação à sua patologia e ao papel de que a POC desempenha na sua criação artística (Ferrell, 2015).

Análise Psicopatológica das Obras de Yayoi Kusama

O primeiro trabalho de que há registo da autora é o desenho da sua mãe envergando um kimono. Todo o cenário é coberto por pontos e as cores utilizadas são escuras. A sua mãe esboça uma expressão triste e deprimida, mas a escolha de cores escuras e os traços anárquicos do lápis parecem expressar a raiva e o ódio em relação à figura que está a ser representada na tela (Guo, 2019).

A sua criação artística, altamente influenciada pelos fenómenos que vivenciava, foi voltada para a criação de obras que lhe permitissem integrar as suas experiências fora da norma (Hasegawa e Miki, 2006; Kemp, 2003). As obras de Yayoi Kusama caracterizam-se pela presença obsessiva de redes combinadas com um padrão de *polka dots*. Nas suas conceções não existe um ponto focal na tela, e a utilização do padrão ponteadado característico é perturbador pois as obras perdem a forma e as fronteiras (Oyebode e Ramsay, 2012). Kusama argumentou que: “o ponto é um símbolo da vida. Os pontos, tal como as células, os óvulos e os espermatozoides, são as mais pequenas unidades de um organismo vivo. As texturas compostas por estes pontos representam o fluxo da vida”. Uma vez que os órgãos sexuais são as ferramentas para que a reprodução ocorra, a artista cobre as esculturas com forma fálica com este ponteadado. Desta forma Kusama poderá conferir às suas obras o significado da reprodução e da geração da vida (Guo, 2019). A artista imagina a sua vida como um ponto singular numa matriz infinita de outros pontos, que se unem numa rede infinda e se estendem através do universo (Oyebode e Ramsay, 2012).

As suas compulsões caracterizam-se pela reprodução repetida dos objetos. São descritas por Kusama como uma forma de autoajuda, uma maneira de superar os seus medos, de preservar o equilíbrio do seu espaço psicológico e de interligar o seu mundo interno ao mundo exterior (Hasegawa e Miki, 2006). O seu quadro *Infinity Net*, de 1959, é um exemplo claro do uso repetido do padrão ponteadado. Pintados sobre uma tela de grandes dimensões (cerca de 11m de comprimento), observa-se um padrão intrincado de pontos que conferem à obra a semelhança de uma rede monocromática (Midori Yamamura, 2012). A artista argumenta que a inspiração para esta e muitas das suas obras derivou diretamente das suas ditas “alucinações

visuais”: “independentemente das cores com que pinte ou das formas que molde, as minhas criações não fazem jus à beleza das minhas alucinações” (Hasegawa e Miki, 2006). A criação dos pontos infinitos permitiu-lhe integrar melhor esta experiência sensorial atípica (Guo, 2019), funcionando como um teste de realidade (Hasegawa e Miki, 2006).

Kusama também cria com frequência esculturas com a forma fálica, as quais aplica em diversos objetos, como cadeiras e barcos. Para esta criação artística, argumenta que começou a construir pénis infinitamente de maneira a controlar os seus sentimentos de repulsa e medo em relação à sexualidade, que a atormentam desde a infância. Considera este comportamento uma espécie de terapia: “eu sinto-me aterrorizada pelo pensamento de algo longo e horrível como um pénis entrar em mim, e é por isso que eu crio tantos (...) eu crio-os e continuo a criá-los até me soterrar no processo. Designo isto de obliteração” (Ferrell, 2015; Oyebode e Ramsay, 2012). Esta descrição feita por Kusama, assemelha-se um pouco à técnica da exposição progressiva, utilizada na Terapia Cognitivo Comportamental, que é frequentemente utilizada no tratamento das perturbações da ansiedade (Ferrell, 2015).

As criações com formas fállicas começaram a surgir nos seus trabalhos da série *Accumulation*, entre 1962-1964 (Ferrell, 2015). A instalação *One Thousand Boats* (1963) constitui uma representação clara deste estilo (Guo, 2019). É constituída por um barco a remos branco coberto de estruturas fállicas também brancas. O barco é colocado sobre um fundo escuro coberto com repetidas fotografias do mesmo barco. Também a instalação *Phalli's Field* é um exemplo notável a mencionar. Esta obra é constituída por uma sala de espelhos onde se observam inúmeras estruturas com forma fálica brancas cobertas com um ponteadado vermelho. As fotografias desta obra incluem frequentemente a própria artista que, no meio das estruturas fállicas, se veste de vermelho e coloca o seu corpo em várias posições performativas (Sutton, 2018).

Outra das suas obras notáveis é a instalação “*Mirror Room (Pumpkin)*”, de 1991. Nesta instalação observa-se uma sala laranja coberta de pontos pretos. No centro da sala, encontra-se uma caixa de espelhos que cria a ilusão de um espaço infinito de pontos pretos. O visitante é convidado a espreitar para dentro da caixa através de uma pequena janela. Dentro dessa caixa encontra-se um campo de abóboras, também elas cobertas com o ponteadado preto e rodeadas por espelhos, criando novamente a ilusão de infinito. De facto, a abóbora é um fruto que aparece com frequências nas obras da artista. Se à primeira vista pode parecer que não existe uma relação entre a abóbora e as suas imagens de marca (os ponteadados e os objetos com forma fálica), existe uma conexão subtil entre o pénis e abóbora. Cada segmento do fruto é semelhante a um falô na sua forma. Podemos, por isso, assumir que uma abóbora representa um agregado de estruturas fállicas quando utilizado pela artista. Assim, na obra “*Mirror Room (Pumpkin)*”, o espaço com abóboras no interior do cubo pode representar uma forma da artista nos convidar a olhar para o seu espaço psíquico, figurativamente repleto deste fruto, e do seu desejo de superar o receio que tem do sexo (Guo, 2019).

Também a sua participação como figurante nos *happenings* que a própria organizou constituíram uma forma da artista se dissipar no meio da massa humana despida, contribuindo para reduzir o seu receio em relação à sexualidade (Guo, 2019). Ao cobrir-se a si própria e aos figurantes com *polka dots*, a artista pretende que as formas do corpo se percam e que a pessoa se possa “auto-oblitar” e fundir com o universo natural (Kusama, [s.d.]). De facto, termos como “infinito”, “obliteração” e “eternidade” são palavras que aparecem com frequência no vocabulário da artista (Hasegawa e Miki, 2006).

Conclusão

O trabalho de Yayoi Kusama demonstra que a doença mental grave não constitui uma barreira para o sucesso nem é incompatível com uma produção artística de elevado gabarito (Ferrell, 2015; Oyebode e Ramsay, 2012). Apesar da doença lhe ter causado uma angústia profunda ao longo de toda a vida, a artista empregou o sofrimento na produção de obras

notáveis, utilizando a sua arte como uma forma de amenizar, integrar e transcender as suas mágoas. Em suma, utilizou a arte como uma forma de terapia.

É importante que o mundo artístico evolua no sentido da compreensão da doença mental como uma fonte de inspiração e que o público empatize com as obras de arte produzidas por artistas com estas perturbações. Ao mostrar que a doença mental poderá servir de inspiração para a realização de obras conceptuais de excelência, Kusama contribuiu também para diminuir o estigma associado a estas patologias (Ferrell, 2015).

Bibliografia

FERRELL, Susanna S. - Pattern and Disorder: Anxiety and the Art of Yayoi Kusama [Em linha]. [S.l.] : Scripps College, 2015 Disponível em WWW:<URL:http://scholarship.claremont.edu/scripps_theses/554>.

GUO, Qing - Mirror Room (Pumpkin)—Yayoi Kusama’s Psychological Space. *Art and Design Review*. . ISSN 2332-1997. 07:01 (2019) 22–28. doi: 10.4236/adr.2019.71003.

HASEGAWA, Yuko; MIKI, Pamela - The Spell to Re-integrate the Self: the significance of the work of Yayoi Kusama in the New Era. *Afterall: A Journal of Art, Context and Enquiry*. 13:Spring/Summer (2006) 46–53. doi: <https://doi.org/10.1086/aft.13.20711605>.

KEMP, Martin - Science in culture. *Nature*. 422:17 April 2003 (2003) 666. doi: <https://doi.org/10.1038/422666a>.

KUSAMA, Yayoi - Yayoi Kusama Biography [Em linha] Disponível em WWW:<URL:<http://yayoi-kusama.jp/e/biography/index.html>>.

MIDORI YAMAMURA - Infinity Net: The autobiography of Yayoi Kusama. *Woman’s Art Journal*. Fall/Winter (2012) 44–46.

OYEBODE, Femi; RAMSAY, Rosalind - Infinity Net: The Autobiography of Yayoi Kusama. *British Journal of Psychiatry*. . ISSN 0007-1250. 201:3 (2012) 249–250. doi: 10.1192/bjp.bp.112.110163.

SUTTON, Gloria - Yayoi Kusama: Inventing the Singular. *Woman’s Art Journal*. Spring/Summer (2018) 43–45.

TATEHATA, Akira *et al.* - Yayoi kusama. [S.l.] : Phaidon Press Ltd, 2017. ISBN 9780714873459.

SHARP OBJECTS – A “DOLL HOUSE” DAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

Margarida de Barros¹; Diana Amorim Pires²; Catarina Fonseca³

Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

^{1,2}Interna de Formação Específica de Psiquiatria

³Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria

Emails: margaridabarros17@gmail.com; DianaAmorimPires@hmlemos.min-saude.pt;
CatarinaFonseca@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

As Perturbações de Personalidade (PPs) são caracterizadas pela presença de padrões de experiências internas e comportamentos maladaptativos, que afetam significativamente o indivíduo. O modelo biopsicossocial é invariavelmente importante para a sua contextualização, nomeadamente o papel das figuras parentais nestas perturbações.

Na série “*Sharp Objects*”, a mãe Adora sofre de Síndrome de *Munchausen* por Procuração, descrita em 1977 como uma forma de abuso infantil onde os cuidadores informariam/provocariam, de forma deliberada, a existência de uma falsa doença nas crianças, com o intuito de ganhos secundários. Concomitantemente, ambas as filhas apresentam psicopatologia, nomeadamente PPs cluster B, evidenciadas claramente pelos comportamentos de risco e autolesivos e pela violência a terceiros sem arrependimento/empatia. O pai surge aqui como um observador passivo, sem capacidade para conter nenhum outro elemento.

Sendo assim, com recurso a este exemplo, pretende-se refletir sobre a importância da psicopatologia parental e qual as suas consequências no desenvolvimento das personalidades filiais.

Palavras-chave: *Sharp Objects*, *Munchausen* por Procuração, Perturbações de Personalidade, Televisão, Psiquiatria

Abstract

Personality Disorders (PPs) are characterized by the presence of patterns of internal experiences and maladaptive behaviours, which significantly affect the individual. The biopsychosocial model is invariably important for its contextualization, namely the role of parental figures in these disorders.

In the “*Sharp Objects*” series, mother Adora suffers from Munchausen Syndrome by Proxy, described in 1977 as a form of child abuse where caregivers would deliberately inform/provoke the existence of a false disease in children, with the aim of secondary gains. Concomitantly, both daughters have psychopathology, namely PPs cluster B, clearly evidenced by risky and self-injurious behaviours and by violence to third parties without regret/empathy. The father appears here as a passive observer, unable to contain any other elements.

Therefore, using this example, we intend to reflect on the importance of parental psychopathology and what are its consequences for the development of filial personalities.

Introdução

As PPs são caracterizadas por padrões repetitivos de experiências internas e comportamentos maladaptativos, que afetam significativamente o indivíduo. O modelo biopsicossocial é invariavelmente importante para a sua contextualização, nomeadamente o papel da psicopatologia e relações parentais.

“*Sharp Objects*” é uma série televisiva, baseada no livro homónimo da autora Gillian Flynn. Esta principia com o anúncio do assassinato de uma rapariga, que serve de mote para contar a história de uma família *sui generis*, onde logo se evidencia uma grave disfuncionalidade. Destacadamente, são apresentadas três personagens: Camille, que retorna à sua cidade natal como repórter dos assassinatos mencionados; a sua mãe, Adora, e a sua meia irmã mais nova, Amma. A trama desenvolve-se à volta da psicopatologia evidente em cada personagem e de como estes processos podem ser transgeracionais.

Portanto, pretende-se assim refletir sobre a importância da psicopatologia parental e como esta influencia o desenvolvimento das personalidades filiais.

Breve contextualização das personagens principais da série

Camille Preaker

Camille é a personagem que inicia todo o enredo, sendo descrita como uma mulher introvertida e solitária. Inicialmente, o observador percebe que Camille está ausente de *Wind Gap* há mais de 8 anos e que não mantém contacto com a família de origem nem com os amigos da sua terra natal. Ao longo da série é possível ver esses reencontros e dinâmicas interpessoais.

No início da série, Camille começa por ter *flashbacks* sobre a sua infância e adolescência, percebendo o espectador múltiplos episódios de vida que marcaram a personagem. Em adolescente, com apenas treze anos, Camille teve uma meia irmã que faleceu precocemente em criança. Este episódio marcou a sua vida, sendo que nessa altura Camille iniciou um quadro repetitivo de comportamentos autolesivos, caracterizados por cortes nos braços. Também nos é revelado que, na sua vida precoce, a personagem sofreu de abuso sexual por parte dos colegas e esteve várias vezes internada em instituições psiquiátricas, sendo que num desses internamentos uma colega de quarto com quem criou uma amizade se suicidou, provocando em Camille um estado de instabilidade emocional que levou a uma tentativa de suicídio da sua parte.

No tempo presente, onde se desenrola a série, é perceptível que Camille consome abusivamente álcool e apresenta comportamentos de risco, como condução perigosa sob o efeito de substâncias psicoativas. Associadamente, também se percebe que não é capaz de manter relações amorosas ou afetivas duradouras, exceto a amizade com o seu chefe e editor, e as que nutre são superficiais, sendo principalmente baseadas na componente sexual, e não emocional, da relação. Compreensivelmente, Camille veste roupas escuras para cobrirem a maioria da sua superfície corporal, numa tentativa de esconder a pele repleta de cicatrizes de cortes autoinfligidos, muitas delas na forma de palavras significativas para ela; tal como acontece em várias culturas (primitivas, modernas e contemporâneas), Camille utiliza o corpo como meio de comunicação e como forma de gerir as suas emoções.

Posto isto, é evidente a presença de múltiplos traços de disfunção da personalidade em Camille e é possível identificar fatores de risco na sua história, nomeadamente no que concerne ao seio familiar em que cresceu:

- A sua mãe, Adora, adotou sempre uma postura autoritária, condenatória e crítica em relação a Camille, ao contrário do que fazia com as suas irmãs, culpando-a por todas as situações adversas que aconteciam na vida familiar;
- A morte precoce da irmã coincidiu com o início dos seus comportamentos automutilatórios;
- Camille apresenta níveis elevados de autocrítica, baixa autoestima, sentimentos de vergonha e culpa, bem como de abandono, o que a levam à procura do isolamento e à ausência de suporte social.

Amma Crellin

Amma é a meia irmã mais nova de Camille. É representada inicialmente como sendo uma jovem bonita e simpática, envolvida na comunidade onde está inserida e com bom suporte social – o oposto de Camille. Contudo, ao longo da série, o espectador apercebe-se que Amma adequa o seu comportamento ao contexto – por exemplo, na presença da mãe é submissa e brinca na sua casa de bonecas, enquanto que na sua ausência assume uma postura de rebeldia, manipulação e desafio, usando roupas provocadoras e recorrendo ao consumo de substâncias psicoativas. O espectador também se apercebe que Amma domina as relações sociais em que participa, fazendo uso de chantagem, mentiras e segredos, se assim for necessário.

No fim da série, é revelado que Amma foi a verdadeira responsável pelos assassinatos das jovens em *Wind Gap* (com a ajuda de amigos) e, mais tarde, quando sai da cidade com Camille, age sozinha no assassinato da vizinha – estas morte aparecem como calculadas, rígidas, premeditadas e muito planeadas, com detalhes mórbidos. O espectador apercebe-se desta revelação quando Camille descobre que o chão da casa de bonecas de Amma é constituído pelos dentes que Amma arrancou de todas as suas vítimas. É neste contexto que Amma diz a Camille “*don't tell mama*”.

No caso desta personagem, a figura maternal aparece como superprotetora e hipervigilante quanto ao seu comportamento e quanto à sua saúde, com elevadas expectativas em relação à filha, oferecendo-lhe constantemente carinho, afeto e elogios de forma a mantê-la protegida no ambiente familiar. Adora acaba por adotar muitas vezes uma postura de desculpabilização e aceitação incondicionais em relação a Amma. Por outro lado, o pai apresenta-se submisso, estabelecendo uma boa relação com Amma, mas acedendo sempre aos seus pedidos ou caprichos.

Amma é então uma jovem movida pelos seus interesses próprios, sem empatia para com o outro, sem sentimentos de culpa ou remorso, que assume uma atitude manipuladora e desafiadora para atingir os seus objetivos.

Adora e Alan Crellin

Adora e Alan são os pais de Amma. Inicialmente, Adora é apresentada ao espectador pela visão da sua comunidade, sendo descrita como uma pessoa altruísta, compassiva, envolvida nas atividades comunitárias e preocupada com os restantes, nomeadamente com a sua família. É valorizada por todos e é tida como um exemplo a seguir. Contudo, no seio familiar, uma Adora muito diferente vem à tona e é revelado o seu lado autoritário e dominante, crítico e culpabilizador. Esta valoriza em demasia a opinião alheia e preocupa-se de forma excessiva com as aparências. Adora é também uma mãe que presta um tratamento muito diferencial em relação a cada uma das filhas, adotando comportamentos hipervigilantes, rígidos e mórbidos, como manter o quarto da filha falecida como um santuário.

No final da série, é revelado aos espectadores que Adora foi a real responsável pela morte da filha mais nova da sua primeira relação, uma vez que a submeteu a cuidados médicos e paramédicos desnecessários e potencialmente fatais, com o intuito de manter a sua faceta de cuidadora extremosa. Para manter esta farsa, recorreu inclusive à utilização de remédios caseiros venenosos, tendo-os utilizado até com Amma ao longo dos anos e colocou a vida de Camille em risco, no final da série, com o mesmo tratamento. A este padrão comportamental dá-se a designação de síndrome de *Munchausen* por procuração.

Por outro lado, o pai Alan assume um papel caracteristicamente secundário, sendo representado como um homem submisso e dependente, controlado pela esposa e completamente passivo e desligado das dinâmicas familiares. Mesmo nas cenas em que se vê Adora a perpetuar comportamentos lesivos contra as filhas, Alan aparece na sala a ouvir música, completamente alheio de tudo, sem assumir qualquer função protetora ou contentora para com as filhas. Esta descrição corresponde à personalidade e ao tipo de

progenitor que vive com um agressor que apresenta síndrome de *Munchausen* por procuração, daí a inclusão da sua análise, mesmo não sendo uma personagem principal ou de destaque.

Interpretações da psicopatologia associada às personagens descritas

Através da descrição realizada sobre as personagens principais que constituem este enredo, é possível perceber que cada uma delas representa uma caracterização de uma patologia psiquiátrica. De seguida, procede-se a essa associação e faz-se uma breve descrição destas patologias.

Perturbação de Personalidade Borderline

Camille, a personagem principal, parece encaixar na descrição da Perturbação de Personalidade Borderline (PPB). Estima-se que a prevalência da PPB seja de 1.6% na população geral e de 20% na população psiquiátrica, prevalências relativamente elevadas, e é mais frequente no género feminino, num rácio de 3:1. Pode estar associada a múltiplas comorbidades médicas e psiquiátricas, que aumentam a sua morbimortalidade e os gastos em recursos de saúde, nomeadamente, em ordem decrescente: perturbações do humor, perturbações de ansiedade, perturbações de uso de substâncias, perturbações do comportamento alimentar, perturbação de défice de atenção e hiperatividade, doença afetiva bipolar e perturbações somatoformes. A sua etiologia é multifatorial, sendo assim importante, nesta patologia, falar no modelo biopsicossocial de Linehan, que identifica fatores biológicos, psicológicos e ambientais no início e na manutenção deste tipo de psicopatologia. De entre os fatores ambientais, são de realçar os maus tratos na infância e na adolescência, a separação materna, padrões de vinculação insuficientes, frágeis ou disfuncionais, e o abuso de substâncias ou psicopatologia grave nos pais.

Existem várias teorias explicativas para o desenvolvimento da PPB, tais como a existência de uma baixa resiliência contra fatores psicológicos de stress, uma vulnerabilidade genética exposta a um ambiente cronicamente invalidativo ou a presença de uma incapacidade de regulação afetiva e falta de mecanismos adaptativos.

O seu diagnóstico é clínico e, de acordo com os critérios de diagnóstico do *DMS-5*, os doentes devem apresentar instabilidade persistente nos relacionamentos, na autoimagem e nas emoções (desequilíbrio emocional), bem como acentuada impulsividade. Além disso, a sintomatologia típica pode desenvolver-se no início da idade adulta, mas também pode ocorrer durante a adolescência.

Sendo assim, a PPB caracteriza-se por um padrão generalizado de instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, instabilidade na autoimagem, flutuações extremas do humor e impulsividade. Estes doentes têm um padrão de pensamento desajustado, dito dicotómico, *preto ou branco*, regulando as suas emoções e comportamentos apenas nos extremos.

O prognóstico melhora com a idade, mas, infelizmente, alguns autores observaram que a remissão estava associada a relações sociais empobrecidas, levando-os a sugerir que os pacientes melhoram porque evitam relacionamentos interpessoais, em vez de desenvolverem gradualmente melhores capacidades interpessoais.

O tratamento é realizado com psicoterapia, existindo três tipos de psicoterapia com evidência clínica: terapia dialético-comportamental, terapia focada na mentalização e psicoterapia focada na transferência, e com psicofarmacologia, principalmente para controlo das comorbidades psiquiátricas.

Perturbação de Personalidade Antissocial

Por sua vez, Amma representa a Perturbação de Personalidade Antissocial (PPA) – mais corretamente perturbação da conduta – uma vez que esta personagem é menor de idade e a PPA é a única PP que só pode ser diagnosticada após os 18 anos de idade.

A PPA tem uma prevalência estimada de 1 a 4% na população geral, sendo mais frequente no sexo masculino (3 a 5 vezes mais comum neste gênero). Pensa-se que esta prevalência possa ser subestimada, já que estes indivíduos recorrem pouco aos cuidados de saúde. A etiologia é multifatorial, sendo que a teoria mais aceita consiste na interação genético-ambiental. Em relação à base genética, os estudos sugerem que a região 2p12 do cromossoma 2 e as variantes do gene AVPR1A, assim como a variação do gene do recetor da oxitocina (OXTR) contribuem para o desenvolvimento da PPA. Em relação aos fatores ambientais, são de destacar as experiências adversas na infância como história de abuso, dinâmica familiar disfuncional e qualidade das relações com os pares.

Esta patologia caracteriza-se por um pensamento enraizado que se concentra na irresponsabilidade social, com comportamentos delinquentes e criminosos, sem remorso ou arrependimento. O desrespeito e a violação dos direitos dos outros são manifestações comuns desta PP e outros indícios deste diagnóstico consistem no desrespeito pela lei, incapacidade em manter um emprego consistente e manipulação para ganho pessoal. Estes indivíduos têm ainda incapacidade de formar relacionamentos estáveis e têm um risco aumentado de contrair determinadas doenças infecciosas, como doenças sexualmente transmissíveis, associadas a comportamentos de alto risco, bem como taxas de morbimortalidade aumentadas devido a acidentes, lesões traumáticas, suicídios e homicídios. De acordo com o manual *DSM-5*, podemos diagnosticar uma PPA quando existe um padrão generalizado de violação e desrespeito pelos direitos dos outros, desde os 15 anos; a ocorrência de comportamentos antissociais não pode ter ocorrido exclusivamente durante episódios de descompensação da psicose esquizofrenia ou doença bipolar.

O tratamento deve ser iniciado nos adolescentes com perturbação de conduta, uma vez que uma grande percentagem destes adolescentes pode evoluir para PPA. No adulto, o tratamento deve ser realizado em regime de ambulatório, reservando-se o internamento apenas para quando coexiste comorbidade psiquiátrica. O tratamento farmacológico tem como objetivo principal o controlo de impulsos e da agressividade. Não existe evidência científica que apoie o tratamento farmacológico em detrimento de uma psicoterapia específica.

Síndrome de *Munchausen* por Procuração

Tal como as outras personagens, também Adora representa uma doença, neste caso a Síndrome de *Munchausen* por Procuração (SMP), descrita em 1977 como uma forma de abuso infantil, felizmente rara, onde um progenitor ou responsável pela criança procura intervenção médica para a mesma, fabricando ou induzindo sintomas na criança de forma deliberada. A terminologia desta patologia sofreu variações ao longo do tempo e, atualmente, é preferível a denominação doença induzida em crianças por cuidadores – desta forma, o foco incide na criança e abrange uma maior patologia/sintomatologia. Com base em estudos observacionais de base populacional, a incidência anual estimada foi de aproximadamente 0,4 a 1,2 por 100.000 em crianças menores de 16 anos de idade; por sua vez, estudos com base em hospitalizações consecutivas identificaram uma incidência de 530 por 100.000. Apesar de rara, é necessário que os profissionais de saúde estejam alerta para esta patologia dada a gravidade da mesma, podendo existir um vasto leque de repercussões futuras na criança, caso esta sobreviva, porque, infelizmente, esta síndrome normalmente só é descoberta quando a criança já sofreu bastantes danos com os cuidados médicos ou na fabricação de sintomas. A SMP tem uma morbilidade elevada, cerca de 50%, e a mortalidade estima-se em 10%.

Não existe diferença entre os gêneros da criança afetada, ocorrendo mais frequentemente em crianças com menos de cinco anos, e, quando existem irmãos, é mais frequente que todos sejam vítimas.

As motivações dos agressores são variadas e não se consegue criar um perfil; alguns agressores podem ter ganhos secundários, outros podem começar por exagerar sintomas

para que as queixas sejam mais facilmente validadas pelos médicos, mas, quando repetidos e em escalada de gravidade, podem evoluir para situações mais graves – como simulação ou fabricação de sintomas.

Normalmente, o agressor é do sexo feminino, com história pessoal de perturbação somatoforme ou factícia, vítima de abuso na infância ou adolescência, comportamentos autolesivos ou consumos de tóxicos. O progenitor/cuidador não-agressor normalmente é distante ou pouco envolvido na dinâmica familiar.

Estas crianças sofrem avaliações médicas exaustivas e podem ser submetidos a exames complementares de diagnóstico e tratamentos invasivos, alguns deles irreversíveis, passando grandes períodos de tempo em hospitais em detrimento da escola ou de atividades de lazer, que promoveriam a interação social, podendo as mesmas começar a criar uma visão distorcida do que é a doença e desenvolver a ideia perpetuada de que são doentes e frágeis. Em relação à vida adulta, as crianças que foram vítimas deste tipo de abuso têm um risco aumentado para tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, perturbações do comportamento alimentar, consumos de tóxicos, delinquência, problemas relacionais/afetivos, problemas de autoestima e de identidade. Graus elevados de abuso estão associados a PPB e a outras PPs.

O tratamento passa pela proteção da criança e tratamento do agressor. Em relação ao agressor e à sua família podem ser úteis as seguintes abordagens: mobilização de membros da família extensa para reforçar a mensagem de que o dano ocorreu e a mudança de comportamento é necessária; terapia familiar para ampliar as crenças positivas e desafiar as crenças destrutivas dentro da rede existente de relações familiares íntimas; tratamentos psicológicos individuais para modificar crenças, usando abordagens baseadas em evidências (por exemplo, entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e terapia comportamental dialética).

Psicopatologia parental e as suas consequências na psicopatologia filial

Se prestarmos atenção à expressão “*a doença mental corre na família*”, percebemos que existe uma verdade e explicação por detrás desta frase. A conceção de uma nova vida implica a passagem das características biológicas dos pais ao feto, a herança genética. Depois, durante a gravidez, a criança sofre também a influência de fatores maternos durante o seu desenvolvimento intrauterino. Após o nascimento, a influência dos pais é exercida através da modelagem e condicionamento; como os pais reagem à adversidade, ao stress e às emoções negativas vai refletir-se num estilo parental diferente. É nesta fase que pode haver intervenção, e que pode surgir psicopatologia importante nas crianças. A psicopatologia nestas crianças pode ser dividida em dois grandes grupos: as Perturbações Internalizantes (PI) e as Perturbações Externalizantes (PE). As PI consistem em problemas emocionais e comportamentais virados para o interior, que incluem as perturbações de ansiedade, depressivas e de somatização, sendo que as PE incluem os comportamentos agressivos e de oposição, alterações de conduta, não cumprimento de regras e consumos de tóxicos.

Contudo, quando falamos em psicopatologia, não falamos só em doenças, mas também em sintomas subclínicos, que, quando presentes num progenitor ou em ambos, têm também um papel determinante no desenvolvimento emocional e social do filho. Por exemplo, sintomas subclínicos depressivos estão associados a estilos parentais mal-adaptativos como hipervigilância, proteção em demasia, atitudes rígidas e inflexíveis e fraca interação progenitor-filho.

Sendo assim, não é difícil perceber que um elemento parental que sofre de depressão ou ansiedade pode desenvolver estilos parentais disfuncionais e vivenciar as emoções e expressividade do afeto de forma mal-adaptativa, surgindo consequências similares nas crianças. Para além disso, se um pai sofre de psicopatologia, este vai influenciar o estilo

parental do outro progenitor, podendo também ele influenciar o desenvolvimento da criança - mesmo sem sintomas ou psicopatologia severa.

Mas não são só os sintomas dos pais que influenciam os filhos. Na verdade, os pais que têm filhos a serem acompanhados em Psiquiatria têm um aumento da prevalência de doença psiquiátrica de 68%.

Outro aspeto que também conhecemos é que as consequências na psicopatologia filial é diferente consoante a psicopatologia parental ocorre no elemento masculino ou feminino, e que em parte pode ser explicado pela diferença do papel que desempenham na educação filial - a mãe cuida e cria um ambiente seguro, e o pai prepara para o futuro. Portanto, sabemos que uma mãe com PI consiste num fator de risco para o filho desenvolver também PIs; se a mãe tiver PE, esta consiste num fator de risco indireto para os filhos desenvolverem PI e PE quando associado a um meio ambiente *stressor*. Já em relação ao pai com PE, sabemos que é fator de risco elevado para o desenvolvimento de doença internalizante e externalizante na criança. Por sua vez, o pai com PI pode ser fator protetor para a criança não desenvolver PE, podendo existir algum risco para doença internalizante ou para o desenvolvimento de personalidades mais evitantes ou inibidas.

Conclusões

Percebe-se que o grande tema de “*Sharp Objects*” são as dinâmicas familiares disfuncionais e como estas influenciam o desenvolvimento de psicopatologia nas personagens principais - Adora, Amma e Camille. O enredo é assim pautado pelos intercâmbios interpessoais entre cada personagem e entre cada *perturbação*. Três grandes grupos de patologias, nomeadamente as suas etiologias e consequências, são apresentados e isto obriga realmente à reflexão sobre a importância da psicopatologia parental e qual a sua consequência no desenvolvimento das personalidades filiais.

Concluindo, percebe-se que se existir uma expressividade emocional positiva na família e uma discussão sobre as emoções, vai existir um impacto positivo nos principais preditores do funcionamento emocional e social da criança; crianças que cresçam nestes meios tornar-se-ão mais autorreguladas emocionalmente, com empatia e competências sociais adequadas. É por isso importante compreender, estar alerta e intervir de forma precoce nas influências que os comportamentos parentais podem ter no desenvolvimento filial.

Fontes e bibliografia final

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ª ed. Forte da Casa: Climepsi Editores, 2014.

BAN, Sasha; SHAW, Daryl - Fabricated or induced illness in a child. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. 2019 Nov 14;28(20):1288-1290. doi: 10.12968/bjon.2019.28.20.1288. PMID: 31714830.

CHAPMAN, Jennifer, JAMIL, Radia, FLEISHER, Carl - Borderline Personality Disorder. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–*. PMID: 28613633.

CONNELL, Arin, GOODMAN, Sherryl - The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 128:5 (2002) 746-73. doi: 10.1037/0033-2909.128.5.746. PMID: 12206193.

EISENBERG, Nancy, TAYLOR, Zoe, SPINRAD, Tracy - Externalizing symptoms, effortful control, and intrusive parenting: A test of bidirectional longitudinal relations during early childhood. *Development and psychopathology*. 27:4 (2015) Pt 1:953-68. doi: 10.1017/S0954579415000620. PMID: 26439056.

FISHER, Kristy, HANY, Manassa - Antisocial Personality Disorder. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Jan. 2020* PMID: 31536279.

KHAN, S, KAMAL, A - Adaptive family functioning and borderline personality disorder: Mediating role of impulsivity. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. 70:1 (2020) 86–89. <https://doi.org/10.5455/JPMA.6250>.

LIBOW, Judith - Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child abuse and neglect*. 19:9 (1995) 1131-42. doi: 10.1016/0145-2134(95)00073-h. PMID: 8528818.gftv.

ROESLER, Thomas; JENNY, Carole - Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). *UpToDate*, Sep 2020. [Acedido a 17 de fevereiro 2020] Disponível na Internet: <https://www.uptodate.com/contents/medical-child-abuse-munchausen-syndrome-by-proxy>.

WEIJERS, D.; STEENSEL, F.; BÖGELS, S. - Associations between Psychopathology in Mothers, Fathers and Their Children: A Structural Modeling Approach. *Journal of child and family studies*. 27:6 (2018) 1992-2003. doi: 10.1007/s10826-018-1024-5. Epub 2018 Mar 1. PMID: 29755251; PMCID: PMC5932095.

**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 Lorvão — 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 Chicoş

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 EXPLORARAÇÃO DO SELFEM 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 Fragoeiro; 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 Fragoeiro; 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 OXIDO 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 Fragoiro; 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 HYSTORICAL 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 PERCEÇÃO 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



CEIS 20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

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.



FACULDADE DE FARMÁCIA
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 serviram 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 lugar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9
9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3
10. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5

11. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8
12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5
13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3
14. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2018. 251 p. ISBN: 978-989-99637-8-8
15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5
16. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — I. Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 106 p. ISBN: 978-989-54537-0-2.
17. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — X. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 344 p. ISBN: 978-989-54537-1-9
18. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Mulheres e Loucura — II. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2020. 97 p. ISBN: 978-989-54537-2-6.
19. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — XI. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS, 2021. 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. 174 p. ISBN: 978-989-54537-8-8.

