

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII

23

Ana Leonor Pereira | João Rui Pita (Coord.)

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

2023

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita
(Coordenadores)

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII –

Coimbra
Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS
2023

COLEÇÃO:
Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – Séculos XVIII-XXI

DIRETORES:
Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A Coleção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – Séculos XVIII-XXI” reúne estudos originais de Cultura Científica na Época Contemporânea, especialmente nas Áreas da História Interdisciplinar das Ciências da Vida e das Ciências da Saúde.

N.º 23

Nota:
Os textos publicados nesta obra coletiva são da responsabilidade dos autores

Ficha Técnica

TÍTULO: História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII

COORDENADORES: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

LOCAL: Coimbra

EDIÇÃO: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

ANO DE EDIÇÃO: 2023

ISBN: 978-989-53831-3-9

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

Índice

Introdução	9
Eduard Einstein, o Filho que o «Cientista de Génio» abandonou na Clínica Psiquiátrica de Zurique	11
Manuel Viegas Abreu	
Psiquiatria en la Posguerra Española: Campos de Concentración, Batallones de Trabajadores y Manicomios. Algunos Datos e Historias desde Galicia	15
David Simón-Lorda	
‘Comprimidos para os Nervos’: A História dos Primeiros Psicofármacos	23
Carolina Pinto-Gouveia, Joana Marques-Pinto, Susana Renca	
“Pessoas de Vidro”: A Propósito do Rei Carlos VI	29
Filipa M. Ferreira, Nuno Borja Santos, PhD, Luís Afonso Fernandes	
Movimento Antipsiquiatria e o seu Papel na História da Psiquiatria	35
Rui Pedro Vaz, Joana Abreu, Nuno Pessoa Gil	
La Rehabilitacion Psicosocial en el Norte de Portugal: ¿Compartira las Mismas Dificultades que la Rehabilitacion Psicosocial en la Provincia de Pontevedra?	41
Miguel Angel Miguelez Silva, Adrián Gramary Cancelas, Raimundo Mateos Alvarez	
“A História de uma Casa de Cuidar Bucólica”: Uma Resenha do Hospital Sobral Cid	51
Ana Carolina Pires, Carolina Pinto Gouveia, Miguel Bajouco	
Regresso a <i>Gente Feliz com Lágrimas</i>, de João de Melo	57
António de Vasconcelos Nogueira	
Prosperar em Tempos Adversos: A II Guerra Mundial e os Avanços na Pedopsiquiatria	61
Isabel Almeida, Joel Brás	
Do <i>Shell Shock</i> e da Histeria às Perturbações Neurológicas Funcionais	67
Filipa Santos Martins, Berta Ramos, Cátia Guerra	
De Kafka a Conrad – O Incognoscível do Trema	75
Gisela Simões, Sabrina Jesus, Ana Inês Gomes	
St. Vito’s Dance: The 1500s Dancing Mania – When, How and Attempts at a Why?	81
Filipe Oliveira Azevedo, Leonor Santana, Carolina Rocha Almeida	
Autism: Who, How and What? A Controversial Historical Perspective	85
Tânia B. Cavaco, Ana Sofia Milheiro	
O Alienado da Vontade – A Mudança de Paradigma na Abordagem ao Doente Alcoólico no Séc. XIX	91
Pedro M. Costa, Joana Teixeira	
Marquês de Sade e a Perturbação de Sadismo Sexual	95
Rui M. Salgado, Ângela Ribeiro	
Síndrome de Jerusalém	101
João Camilo, Ilda Vaz	

Sluggish Cognitive Tempo: História e Evolução do Conceito	105
Pedro Cotta, Francisca Bastos Maia, Graça Fernandes	
<i>It Smells Like “Jikoshu-Kyofu”</i>: Quando a Obsessão se Confunde com o Delírio	111
João Revez Lopes, Joana Romão, Tiago Duarte	
Neuroética e o Caso das Ex-Colónias Portuguesas	117
Mariana Andrade, Sara Garcia, Filipa Ramalheira	
A Cura Divina? Uma Breve História da Psilocibina	123
Rui Pedro Andrade, Ana Lúcia Costa, Hugo Afonso	
Drugged-Up Nazis: Drug Use in the Third Reich and its Influence on the War	129
Sabrina Jesus, Gisela Simões, Inês Gomes	
Electroconvulsivoterapia: O seu Início Sombrio Durante a Segunda Guerra Mundial	133
Miguel Pão Trigo, Pedro Melo Ribeiro, Bruno Afonso da Luz	
As Rapsódias de Johann Christian Reil como Base da Palavra “Psiquiatria”	137
Andreia Certo, João Castro Rodrigues, Eva Mendes	
Uma História Sobre o Suicídio	141
Ana Sofia Miranda, Joana Miranda, Ana Batista	
“O Aviador” (2004): Uma Viagem pela Perturbação Obsessivo-Compulsiva	145
Joana Cardão, Afonso Matos, Inês Azevedo Silva	
A Fenomenologia da Psicose em ‘O Duplo’ de Dostoiévski: Das Fases Conradianas aos Síndromes de Falsa Identificação Delirante	153
João Alves Leal, João Francisco Cunha, Rute Cajão	
O Bom, o Mau e o Vilão – Uma Visão Cinematográfica da Psiquiatria	159
Rita Machado Lopes, André Ferreira Silva, Francisco Martins Costa	
<i>American Psycho</i> – Superficialidade Decadente	163
Liliana Gomes, Emanuel Santos	
<i>Shutter Island</i> – O Cinema como Veículo para a Empatia	169
André Ferreira Silva, Rita Machado Lopes, Marta Abrantes	
<i>Melancholia</i>: A Representação Cinematográfica da Depressão	175
João Castro Rodrigues, Lúcia Ribeiro	
Laranja Mecânica: Quem é Alex? – Uma Perspetiva Psicodinâmica	181
Beatriz Cerqueira da Silva, Catarina Portela, Ângela Azevedo	
A “Maior Prova de Amor” que Reformulou a Declaração de Insanidade	185
Miguel Pires, Salomé Mouta, Juliana Nunes	
Franz Kafka – Uma Página da História da Psiquiatria na Literatura	191
Ana Duarte, João Revez, Carlos Siopa	
O Estudo de <i>Tuskegee</i>: Vulnerabilidade, Investigação e Cuidados Médicos	195
Eduardo Pinho Monteiro, Sónia Azenha	
A Depressão Dissecada em “Escuridão Visível” de William Styron	201
Francisca Bastos Maia, Elisa Ferreira, Vânia Martins Miranda	
A Evolução do Conceito de Luto nos Sistemas de Classificação	207
José Miguel Paupério, João M. Borges, Maria João Peixoto	
Licantropia: do Sobrenatural à Doença Mental	213
Margarida Bicho, João Mendes Coelho, Beatriz Peixoto	

Só Sofrendo se é Pessoa: Perspetivas sobre o Sofrimento	219
Mariana Sousa, Daniel Terêncio, Beatriz Lourenço	
Comportamentos Autolesivos em Público: O Caso da <i>Performance Art</i>	223
Marina Cruz, Cidália Peixoto, Henrique Medeiros	
O Caso de David Reimer – Como se Constrói a Identidade de Género	227
Marta Abrantes, André Ferreira Silva	
Psicoterapias Cuidador-Bebé no Século XX	233
Pedro Cotta, Márcia Rodrigues, Graça Fernandes	
Contextualização Histórica dos Comportamentos Autolesivos não Suicidários	239
Pedro Carvalho e Marques, Maria do Rosário Monteiro, Otília Queirós	
Neurastenia, Diagnóstico Caído ou Redefinido pelo Contexto?	243
Rafael Silva Carvalho, Mónica Figueiredo Santos, Emanuel Santos	
O Serviço Comunitário do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu: Quase Meio Século de História do Primeiro Serviço Comunitário de Saúde Mental em Portugal	249
Rui Sousa, Eliana Almeida, Nuno Cunha	
O Percurso da Hipnose pela História: do Iman ao Divã	255
Carlos Siopa, Francisca Pais, João Revez	
Da Apepsia Hysterica à Anorexia Nervosa: A Evolução Histórica da Terminologia	259
Daniela Moura Jeremias, Catarina Melo Santos	
Os Frutos da Desgraça – Gripe Espanhola e Saúde Mental	265
Salomé Mouta, Miguel Pires, Isabel Fonseca Vaz	
A Linhagem da Loucura: Insanidade na Dinastia Júlioclaudiana do Império Romano	271
Vítor Hugo Jesus Santos, Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Maria Teresa Salgado Lameiras Carvalhão Santos Pinto	
O Retrato da Perturbação do Espectro do Autismo no Cinema	275
Francisca Bastos Maia, Pedro Cotta, Vânia Martins Miranda	
Gerontopsiquiatria Através da Arte: “Las Pinturas Negras” de Francisco Goya	281
Joana Marques Pinto, Ana Carolina Pires, Joana Andrade	
O Contributo de António Maria de Sena para a Psiquiatria em Portugal	291
Joana Tavares Coelho, Sertório Timóteo	
O Peso da Fama: A Anorexia Nervosa de Karen Carpenter	295
Mariana Maia Marques, Inês Grenha, Teresa Novo	
Entre a Arte Psicadélica e a Esquizofrenia: O Percurso Alucinante de Yayoi Kusama	301
Rui Sousa, Nuno Castro, Nuno Cunha	
The Disease and Opera of Francesco Jose de Goya y Lucientes	307
Chicoş Bogdan Horia	
“De Médico e de Louco... Não Temos Nenhum Outro!” A Estampa Caricatural de Elysio de Azevedo e Moura na «Galeria de Figuras Médicas» do <i>Boletín de los Laboratorios G. Fermé</i>	311
Milton Pedro Dias Pacheco	
XIII Congresso Internacional História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XIII International Congress history of Madness, Psychiatry and Mental Health	
V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura / V International Symposium Women and Madness – Programa	319
Coleção Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI	327

Introdução

Esta obra contém textos admitidos a publicação que estiveram na base de comunicações apresentadas no *XIII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental XIII International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizado em Coimbra nos dias 5 a 7 de outubro de 2022. Ainda devido às medidas de contingência adotadas em função da pandemia de COVID19, o congresso realizou-se on-line. Esta obra publica apenas os textos admitidos e não a totalidade dos textos recebidos que serviram de base às comunicações apresentadas. Assim sendo, entendemos ser relevante colocar no final da obra o programa geral do congresso e outras informações complementares para que fique o registo histórico. Este livro não é, portanto, um livro de atas do congresso.

Em 2022, à semelhança dos anos anteriores, foi dada continuidade à natureza internacional e interdisciplinar do congresso e, portanto, também desta obra. Do mesmo modo, apraz-nos registar a substancial contribuição de jovens médicos e médicas psiquiatras ou em vias de formação, com interesse nesta vertente histórico-social da psiquiatria e saúde mental.

A periodicidade anual do congresso integra-se na dinâmica científica da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, tendo como aliado científico o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra – CEIS20 com quem a SHIS se tem articulado em várias das suas organizações.

Saliente-se que, desde a sua criação em 1997 e institucionalização com financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, em 1998, o CEIS20, através do Grupo referido, tem mantido uma significativa atividade científica no campo da história das ciências da saúde e da vida. Dentro da história das ciências da saúde sublinhem-se a história da psiquiatria, a história da saúde mental e respetivas terapêuticas. Nesta área, têm sido realizados projetos de investigação, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais. Ainda neste mesmo campo temático assinalem-se, também, várias reuniões de divulgação, exposições e diversas publicações sob a forma de: livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, também, artigos de divulgação sobre a temática em apreço.

O *XIII Congresso* foi, como referimos, uma organização da responsabilidade da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS. Esta instituição é uma sociedade científica que tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico e da saúde e de outros ramos de história da cultura científica. A SHIS foi fundada em 2011 e desde essa data as temáticas da História da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental constituem alguns dos seus tópicos mais relevantes.

Em 2022, o *XIII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centrou-se nos seguintes tópicos:

1. Catástrofes, Loucura e Saúde mental
2. Pandemias, Loucura e Saúde mental
3. Guerras, Loucura e Saúde mental
4. Fontes para a História da Loucura e da Saúde mental
5. Direitos humanos, Direito biomédico e Saúde mental
6. Psiquiatria, Neurologia, Psiquiatria forense e Medicina legal nos séculos XIX-XX-XXI
7. Ciências farmacêuticas e Saúde mental
8. Geografia e Demografia da Saúde mental
9. Psicologia, Ciências da Educação e Saúde mental
10. História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade
11. A Loucura na História da Arte
12. A Loucura na História da Literatura
13. A Loucura na História da Filosofia
14. A Loucura na História do Cinema
15. A Loucura na História da Filatelia

À semelhança dos anos anteriores o *Congresso* incluiu um Simpósio intitulado “Mulheres e Loucura”. Trata-se de um simpósio temático de âmbito internacional, que se realiza desde 2018. A publicação de textos que serviram de base a apresentações deste Simpósio é feita em volume autónomo.

No *V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura* realizado em 2022 as temáticas propostas foram as seguintes:

1. Fontes para a história do tema Mulheres e Loucura
2. Representações literárias e artísticas da Loucura em Figuras femininas
3. Estudos histórico-culturais da Loucura em Figuras Femininas
4. Estudos histórico-clínicos da Loucura em Figuras Femininas
5. Violência doméstica, Loucura e saúde mental

Em 2022 passaram 100 anos sobre a morte do médico psiquiatra português Júlio de Matos, considerado o pai da psiquiatria portuguesa, enquanto grande tratadista. Por isso, a SHIS entendeu homenagear Júlio de Matos com a realização do “Simpósio Júlio de Matos (1856-1922) no seu tempo e cem anos depois” (ver programa no final da obra).

O Congresso de 2022 compreendeu, também, o Simpósio temático “El Hospital Fray Bernardino Álvarez (México). Medio siglo de atención psiquiátrica”, importante iniciativa organizada pela comunidade de historiadores da medicina do México para o Congresso (ver programa no final da obra).

Ao terminar esta introdução breve, agradecemos a todos os autores que colaboram neste livro. Sem a sua participação não teria sido possível publicar este livro. Em particular, também, uma palavra aos autores mais novos: que esta obra seja estímulo a desenvolverem e apurarem o seu gosto pelos estudos histórico-médicos, histórico-científicos, em prol da cultura científica, médico-humanística e da própria formação cultural dos jovens médicos e enfermeiros e das jovens médicas e enfermeiras especialistas. Cultivar uma atitude científica e uma cultura interdisciplinar e humanista é abrir o presente ao futuro. O nosso bem hajam a todos os autores deste livro!

Ana Leonor Pereira

João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra

Investigadores e Coordenadores Científicos

do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20

Vice-Presidente e Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Eduard Einstein, o Filho que o «Cientista de Génio» abandonou na Clínica Psiquiátrica de Zurique

Manuel Viegas Abreu

Professor Catedrático Jubilado

Universidade de Coimbra

E-mail: abreu@fpce.uc.pt

Resumo

O interesse para a História da Psiquiatria do “caso” de Eduard Einstein que sofreu de esquizofrenia desde os 20 anos não decorre de ele ter sido filho de Einstein, porque o “caso” de Eduard é em si mesmo relevante. Atenção especial merece a posição de Einstein perante a doença do filho e as doenças mentais em geral. O período entre 1930, ano em que Eduard foi pela 1.^a vez internado na Clínica Psiquiátrica de Zurich, e 1965, ano em que nela faleceu, constitui um período de transição na história da Psiquiatria, em termos de descobertas de tratamentos inovadores, alguns dos quais Eduard experienciou, designadamente a electroconvulsoterapia e os primeiros fármacos antipsicóticos. Os efeitos dos neurolépticos, apesar de benéficos, não permitiram abrir a Eduard o caminho da reabilitação psicossocial e da valorização dos seus talentos artísticos, musicais e literários. Isolado, sem qualquer laço familiar após a morte da Mãe em 1948, Eduard permaneceu “institucionalizado” na clínica até à sua morte.

Palavras-chave: esquizofrenia, estigma, preconceito, discriminação, reabilitação psicossocial

Abstract

The interest for the History of Psychiatry of the “case” of Eduard Einstein, who suffered from schizophrenia since he was 20 years old, does not stem from his having been Einstein’s son, because Eduard’s “case” is in itself relevant. Special attention deserves Einstein’s position regarding his son’s illness and mental illness in general. The period between 1930, the year in which Eduard was hospitalized for the first time at the Zurich Psychiatric Clinic, and 1965, the year in which he died there, constitutes a transitional period in the history of Psychiatry, in terms of discoveries of innovative treatments, some of which Eduard experienced electroconvulsive therapy and the first antipsychotic drugs. The effects of the neuroleptics, despite being beneficial, did not allow Eduard to open the path of psychosocial rehabilitation and the development of his artistic, musical and literary talents. Isolated, without any family ties after his mother’s death in 1948, Eduard remained “institutionalized” in the clinic until his death.

Keywords: schizophrenia, stigma, prejudice, discrimination, psychosocial rehabilitation

Introdução

O último número do ano de 2021 da revista VISÃO série *Biografia* é dedicado a Albert Einstein com o subtítulo O GÉNIO POP considerado «o cientista mais admirado da História», criador da teoria da relatividade, celebrizado, em 1921, com o Prémio Nobel da Física. Nas 115 páginas da revista são recordados diferentes períodos da vida de Einstein e analisados os seus principais contributos para a ciência e para o movimento pacifista em que participou como defensor dos direitos humanos, do desarmamento e de uma concertação mundial para a construção da Paz. Os contributos para a Ciência são sobretudo analisados por três reconhecidos cientistas portugueses: José Natário, Carlos Fiolhais e João Magueijo. Os contributos para o movimento pacifista são sobretudo abordados com base na Carta que Einstein escreveu a Freud, em 30 de julho de 1932, e na resposta que Freud lhe remeteu em Setembro do mesmo ano. O que ressalta de toda a revista é a grandeza da figura de Einstein, a enorme influência da sua obra, a originalidade do seu Génio, a sua preocupação com os direitos humanos. Do seu filho Eduard, estudante brilhante de Medicina da Universidade de Zurique até lhe ser diagnosticada esquizofrenia nada se diz. Eduard permaneceu esquecido nesta edição da VISÃO tal como durante longos anos foi esquecido pelo próprio Pai no auge da sua gloriosa carreira de cientista, investigador e professor universitário.

Mileva Maric, Cientista, Colaboradora e Primeira Mulher de Einstein, Mãe de três dos seus filhos

Eduard foi o terceiro filho de Einstein e de Mileva Maric, a sua primeira mulher, colega de estudos universitários e colaboradora nas investigações e na escrita dos 5 artigos publicados por Einstein apenas em seu nome, em 1905, e que muito contribuíram para fundamentar a nomeação para o Prémio Nobel. Einstein e Mileva tiveram 3 filhos: Liesert, em 1902, uma menina que, pelo facto de os progenitores não terem ainda casado, terá sido entregue aos cuidados de uma ama, tendo morrido de difteria antes dos 2 anos; em 1904, um ano após o casamento, nasceu Hans Albert que veio a notabilizar-se na área da Engenharia Hidráulica, e, em 1910, nasceu Eduard. Quando, em 1914, Einstein indicia um processo de aproximação afectiva a Elsa, uma sua prima em primeiro grau que viria a ser sua segunda mulher, Mileva decide deixar Berlim e regressar a Zurique com os 2 filhos, dando-se início a um longo processo de separação que conduziria ao divórcio em 1919. Entretanto, Mileva encarregou-se da formação escolar e artística dos filhos. Cedo, Eduard manifesta claras aptidões no campo das artes, no desenho, na poesia e na música. Todavia, ao ingressar na Universidade de Zurique, em 1929, opta, não pelas artes, mas pelo curso de Medicina, revelando-se um estudante brilhante, admirador de Freud e da Psicanálise, com o projecto de vir a ser psiquiatra. Einstein em cartas enviadas a amigos elogia os interesses e as capacidades intelectuais e artísticas de Eduard, considerando que há entre os dois muitas afinidades. Infelizmente, em 1932, Eduard, na sequência de um surto psicótico, é internado com o diagnóstico de esquizofrenia na clínica psiquiátrica de Burgholzli ligada à Universidade de Zurique.

A posição de Einstein perante a doença do filho Eduard

Na correspondência a amigos, Einstein lamenta o infortúnio do filho, considerando a esquizofrenia hereditária e incurável, referindo a existência de casos da doença na família de Mileva. Acontece que é neste mesmo ano de 1932 que Einstein escreve a famosa Carta a Freud, na qual manifestando a sua convicção na possibilidade de a Humanidade se libertar do flagelo da guerra por intermédio de um contrato entre as nações pela Paz, convida Freud, na sua qualidade de «especialista dos instintos humanos», a expor os caminhos que a ciência psicológica recomenda. Tendo em conta o contexto e a finalidade da Carta, é compreensível que Einstein não tenha feito qualquer referência à doença do filho. Mas seria espectável que Einstein o fizesse noutra ocasião e as fontes documentais existentes mostram que não o fez (*Correspondance*, 1980). Partilhando a concepção então vigente da causalidade hereditária da esquizofrenia e da sua incurabilidade, Einstein não a questionou, não a considerou como um problema a enfrentar, a incentivar a investigação científica. A atitude de Einstein em relação à doença mental diferiu, assim, de forma significativa, da atitude em relação à guerra entre as nações. Do flagelo da guerra, Einstein concebe a possibilidade de a Humanidade se libertar dele, abrindo-se à esperança de que a ciência psicológica consiga um dia tornar realidade o objectivo ideal encarado como possibilidade. A hipótese, e a esperança correlativa, de que a Humanidade pudesse um dia libertar-se da doença da esquizofrenia não suscitou a imaginação prodigiosa de Einstein que, assim, não se mobilizou para a pôr em equação. Por isso, não consultou Freud sobre a doença de Eduard nem sobre a existência de possíveis tratamentos alternativos ao internamento. Perante a doença do filho, Einstein acomodou-se ao que era a «solução» corrente e dominante. E foi com Eduard internado na clínica psiquiátrica de Burgholzli, em Zurique, que Einstein visitou o filho, em 1933, para dele se despedir antes de partir para os Estados Unidos. Nesse encontro, de que há registo fotográfico, Einstein terá tocado violino, porque na foto aparece a segurá-lo numa das mãos, não sendo certo que Eduard o tenha acompanhado ao piano. Foi esta a última vez que Einstein viu o filho. Com o nazismo instalado no poder na Alemanha e a ameaça crescente da perseguição aos judeus, Einstein apressou-se a assegurar o exílio para si, para a segunda mulher e as suas duas filhas. Terá aconselhado Hans Albert, o seu segundo filho e de Mileva, a emigrar também para os Estados Unidos, onde prosseguiu uma carreira universitária como Professor de Engenharia Hidráulica. Eduard ficou em Zurique, impedido de emigrar devido à doença. Deste impedimento, há notícia de que Einstein deu conhecimento a alguns amigos, referindo que a doença de que Eduard padecia constava da lista oficial de proibição para a entrada no país de acolhimento. Marcado pelo estigma da doença, discriminado e excluído, Eduard ficou em Zurique, internado e ao cuidado da Mãe que o visitava com regularidade e que o acolheu sempre que lhe era concedida «alta clínica». As melhoras não eram suficientemente firmes e, por isso, Eduard não mais retomou os estudos na Universidade. Em 1936, Mileva decidiu escrever uma carta a Carl Jung, psiquiatra e psicanalista, discípulo dilecto de Freud, que então trabalhava na Clínica Burgholzli, manifestando-se muito preocupada com a situação do filho e pedindo-lhe o agendamento de uma reunião para que Jung a pudesse ajudar a esclarecer a situação clínica de Eduard. Não se conhece a resposta que Jung deu à carta, nem é seguro que ele a tenha recebido, supondo-se que estivesse de férias ou em viagem.

O estado de saúde de Eduard não conheceu alterações significativas e, entre períodos de internamento e períodos de «alta», de 1933 a 1948, ano em que Mileva morreu decorreram 15 longos anos de isolamento e abandono. Após a morte da Mãe, sem ninguém que o pudesse acolher fora da Clínica em períodos de «estabilização», Eduard terá tido Burgholzli por residência permanente. Sabe-se que Einstein teve sempre o cuidado de assegurar, por intermédio de um tutor, o pagamento das despesas com o internamento e os tratamentos de Eduard. Assim foi até 1955, ano em que Einstein faleceu. E assim terá continuado a acontecer dado que Eduard continuou a viver na clínica psiquiátrica de Burgholzli, onde faleceu no ano de 1965. Há registo de que o seu irmão Hans Albert viajou dos Estados Unidos até Zurique, marcando simbolicamente a presença da família no funeral.

Considerações finais

Em jeito de conclusão, importa assinalar que, ao tentarmos retirar da sombra do esquecimento social o caso de Eduard Einstein, o filho que o «cientista de génio» abandonou na clínica psiquiátrica de Zurique, não foi nosso propósito ensombrar a imagem pública de Einstein, mas antes suscitar uma reflexão sobre as «lições» que podemos e devemos extrair do passado para podermos aperfeiçoar o presente. Da reflexão sobre o caso de Eduard Einstein ressalta o propósito de mostrar que as concepções teóricas sobre a natureza da esquizofrenia e suas causas, assim como os procedimentos práticos do seu tratamento dominantes à época de Einstein conheceram uma evolução acentuada desde os anos 30 do século passado até à actualidade. Sabemos hoje que a esquizofrenia é uma patologia multifactorial, uma vez que na sua eclosão interagem diversos factores além da hereditariedade. Por outro lado, os fármacos antipsicóticos (clorpromazina e haloperidol) só foram descobertos em 1952 cuja difusão permitiu reduzir a duração dos internamentos e abrir as portas a modalidades de psicoterapia e de reabilitação psicossocial com reflexos positivos na reinserção dos doentes na vida da comunidade. É altamente provável que na última década de vida, Eduard tenha sido tratado com medicação antipsicótica e conhecido períodos de estabilização dos sintomas tanto produtivos (alucinações e delírios) como negativos (desmotivação e anedonia) de que tantos anos padeceu. Mas sem suporte de família, inteiramente isolado, sem elos na comunidade, Eduard permaneceu até ao fim da vida na rotina da instituição hospitalar. Os progressos na prática terapêutica vieram tarde demais para que Eduard pudesse usufruir deles e, assim, pudesse concluir o curso interrompido de Medicina ou continuar a desenvolver o seu talento de pianista. Os conhecimentos e as práticas terapêuticas que hoje estão disponíveis permitem evitar que um grande número de talentos se perca, mas estamos ainda longe de alcançar os meios eficazes para prevenir a eclosão dos sintomas característicos da esquizofrenia, não dispomos ainda de um meio de cura, e, sobretudo, estamos ainda longe do patamar de evolução social que permita a inclusão plena das pessoas com experiência de doença mental em diversas áreas da vida da comunidade. Para tanto, é indispensável que a sociedade supere preconceitos, vença o medo e o estigma das doenças mentais de modo a alcançar níveis superiores de compreensão, de aceitação e de reconhecimento dos talentos e capacidades criativas de pessoas que, à semelhança de Eduard Einstein, possuem experiência de doença mental.

Bibliografia

- Benedict, M. (2020). *A Mulher de Einstein*. Lisboa, TopSeller Ed.
- Biografia Albert Einstein (2021-2022). *Visão*, n.º 9.
- Einstein, A. (2021-2022). Carta ao Professor Freud (1932) in *VISÃO – Biografia Albert Einstein*, n.º 9.
- Einstein, A. (1980). *Correspondance*. Malakoff: Dunod.
- Magueijo, J. (2021-2022). Einstein: Não há génio sem senão. In *VISÃO – Biografia Albert Einstein*, n.º 9.
- Seksik, L. (2013). *Le cas Eduard Einstein*. Paris: Flammarion.

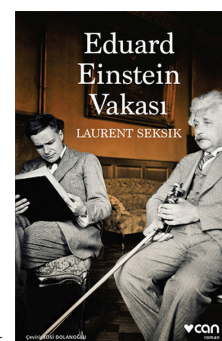


Figura 1. Capa de obra de Laurent Seksik

Psiquiatría en la Posguerra Española: Campos de Concentración, Batallones de Trabajadores y Manicomios. Algunos Datos e Historias desde Galicia

David Simón-Lorda

Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España.
Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur),
SERGAS-UVIGO.

E-mail: david.simon.lorda@sergas.es

Resumo

Al acabar la Guerra Civil española (1936-1939) y durante los primeros años de la dictadura de Franco España fue una inmensa cárcel. Había campos de concentración, establecimientos carcelarios y también los llamados Destacamentos Penales y Batallones de Trabajadores (prisioneros de guerra) para obras civiles (Construcciones de infraestructuras ferroviarias, carreteras ...) La sanidad militar franquista tuvo que organizarse para dispensar atención psiquiátrica a estos centros de prisioneros, llegándose a abrir algún centro específico para su atención. Analizamos la asistencia y organización, partiendo de historias clínicas de pacientes ingresados en el manicomio de Conxo (Santiago de Compostela-Galicia-España) en los años 1939-1942, y que fueron trasladados desde campos de concentración de prisioneros (como el de Labacolla en Santiago) o también desde la denominada Clínica Psiquiátrica de Prisioneros de Guerra de Santa Águeda (Mondragón-Guipúzcoa) que centralizaba muchos de los casos del norte de España.

Palabras-chave: Psiquiatría, Guerra Civil de España, dictadura de Franco, campos de concentración, manicomio de Conxo

Abstract

At the end of the Spanish Civil War (1936-1939) and during the first years of the Franco dictatorship, Spain was an immense prison. There were concentration camps, prisons and also the so-called Penal Detachments and Workers Battalions (prisoners of war) for civil works (construction of railway infrastructures, roads...) Franco's military health had to organize to provide psychiatric care to these centers of prisoners, even opening a specific center for their attention. We analyze the assistance and organization, based on clinical histories of patients admitted to the Conxo mental hospital (Santiago de Compostela-Galicia-Spain) in the years 1939-1942, and who were transferred from prisoner concentration camps (such as Labacolla in Santiago) or also from the so-called Santa Águeda Psychiatric Clinic for Prisoners of War (Mondragón-Gipuzkoa) which centralized many of the cases in northern Spain.

Keywords: psychiatry, Spanish Civil War, Franco dictatorship, concentration camps, Conxo asylum

Introducción

Un sello de tinta con el texto “Clínica Psiquiátrica de Prisioneros de Guerra, Santa Águeda, Guipúzcoa” estampado en un documento dentro de un historial clínico de un paciente ingresado en 1940 en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, en la región o Comunidad autónoma de Galicia, en el noroeste de España) es el punto de partida de este trabajo de investigación. Conocer dónde y cómo funcionaba esa peculiar clínica psiquiátrica nos ha llevado a explorar algunas de las prácticas e itinerarios asistenciales que la sanidad militar franquista tuvo que organizar para dispensar atención psiquiátrica a los cientos de miles de prisioneros que había España al acabar la Guerra Civil española (1936-1939) y durante los primeros años de la dictadura de Franco. España fue en esos años una inmensa cárcel.

Objetivos material y métodos

El objetivo del trabajo es realizar una primera aproximación, partiendo desde la historia local-regional (Galicia, comunidad autonómica en el noroeste de España) a algunos aspectos hasta ahora poco estudiados de la asistencia y organización psiquiátrica de la posguerra de España.

Partiendo de algunos datos de historias clínicas del manicomio de Conxo (Santiago de Compostela-Galicia-España) en los años 1939-1942, rastreamos conexiones entre los manicomios civiles y los campos de concentración de prisioneros, así como desde algunas clínicas militarizadas que centralizaban muchos de los casos del norte de España.

Las fuentes utilizadas han sido material de archivos clínicos de diferentes centros de Galicia: del Hospital psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela (actualmente depositadas en el Archivo de Galicia, y accesibles en parte a través de la web Galiciana), del Hospital Municipal de San José en A Coruña (depositadas en el Archivo Reino de Galicia (A Coruña) y accesibles en parte a través de Galiciana).

La España de la posguerra: una inmensa prisión

Al acabar la Guerra Civil española (en 1939) y durante los primeros años de la dictadura de Franco, España fue una inmensa cárcel, y como dice García Funes (2022), el régimen de Franco hizo del castigo su seña de identidad.

Los militares sublevados en 1936 contra la II República sometieron a trabajos forzados a parte de los miles de prisioneros de guerra que iban capturando y encerrando en campos de concentración durante la guerra civil española. Para ello, el Ejército sublevado organizó los llamados «Batallones de Trabajadores», valiéndose de la Inspección de Campos de Concentración de Prisioneros, siempre con la última palabra del dictador Francisco Franco. Se orquestó así un sistema de explotación que, desde 1937 hasta su progresiva disolución durante la primera mitad de la década de los años cuarenta, acabó convirtiéndose en el mayor sistema de trabajos en cautividad de la España contemporánea (Beaumont, 2004; Funes 2022).

Según trabajos publicados (García Funes, Hernández...) se calcula que entre 1936 y 1947 funcionaron en España unos 200-300 campos de concentración. Fueron un auténtico instrumento de la represión franquista. Pasaron por ellos entre 700.000 y un millón de españoles, que sufrieron hambre, torturas, enfermedades y la muerte. Estuvieron distribuidos por todo el territorio del Estado: terrenos al aire libre con barracones rodeados de alambradas, pero también se habilitaron en plazas de toros, conventos religiosos, fábricas o campos deportivos.

En 1939, al final de la Guerra Civil había más de cien campos de concentración con 177.905 soldados prisioneros pendientes de clasificación procesal. El último campo de concentración fue el de Miranda de Ebro, cerrado en 1947.

Las llamadas Comisiones Clasificadoras que funcionaban en los campos eran las que determinaban el destino de los internados. Se investigaba a cada uno de los prisioneros, principalmente mediante informes de alcaldes, curas y de los jefes de la Guardia Civil y la Falange de las localidades natales:

- Los declarados afectos eran puestos en libertad.
- Los desafectos leves y sin responsabilidades políticas eran enviados a los Batallones de Trabajadores, y fueron utilizados para obras civiles (construcción de infraestructuras ferroviarias, carreteras, pantanos ...)
- Los desafectos graves iban a prisión y estaban a disposición de la Auditoría de Guerra para ser procesados por un tribunal militar.
- Los clasificados como delincuentes comunes eran enviados también a la cárcel.

Se va a producir un hecho que liga a este gran campo de concentración que era España, con la Psiquiatría del bando franquista. Así en 1938, y por iniciativa del psiquiatra Vallejo Nágera, se crea el Gabinete de Investigaciones Psicológicas (1938), que va a iniciar estudios sobre la personalidad de los prisioneros “rojos” (del bando republicano y de las Brigadas Internacionales) que estaban en el monasterio de San Pedro de Cardeña (Burgos) – entre ellos cien portugueses –. Trataban de descubrir las relaciones que puedan existir entre las cualidades biopsíquicas del sujeto y el “fanatismo político democrático-comunista” (Vallejo, 1938). Antonio Vallejo Nágera (1889-1960), psiquiatra militar de prestigio desde los años 30, y afecto al nazismo, durante la Guerra Civil los Servicios Psiquiátricos del Ejército franquista, y fue uno de los pioneros en el mundo en psiquiatrizar la disidencia (Huertas, 1996).

El trabajo de Vallejo fue de gran importancia, ya que sirvió para establecer una justificación pseudocientífica del uso de los trabajos forzados como medio para conseguir la «redención nacional» de los presos ((Bandrés y Llavona, 1996).

4. Asistencia psiquiátrica en Galicia al acabar la Guerra Civil (1939)

La asistencia sanitaria y psiquiátrica de Galicia queda englobada bajo el mando de los Servicios Sanitarios del llamado bando “nacional” (franquista) durante toda la Guerra Civil, ya que Galicia será desde el primer momento un territorio en manos del bando franquista. Fue un territorio de retaguardia sin frentes de guerra.

En abril de 1939 al acabar la Guerra Civil española, en Galicia había cuatro centros con ingresos psiquiátricos, todos ellos privados o con conciertos para ingresos de enfermos de Beneficencia: el Manicomio de Conxo (abierto desde 1885 y perteneciente de la Iglesia Compostelana, y dirigido por Ramón Rodríguez Somoza), Sanatorio Lois Asorey (desde 1933 en Santiago), Sanatorio de Vilapedre (Lugo) (desde 1910 y dirigido por Ricardo Núñez) y el Sanatorio San José (en Vigo desde 1939 y liderado por José Pérez López-Villamil). Conxo venía a funcionar como un Manicomio (público concertado) regional.

Al realizar una revisión de los historiales clínicos de los pacientes internados en el manicomio de Conxo en los años de la Guerra Civil y posguerra, encontramos referencias documentales de la “Clínica Psiquiátrica de Prisioneros de Guerra, Santa Águeda, Guipúzcoa”, y ha sido el punto de partida investigador de esta aportación investigadora.

La Clínica Psiquiátrica de Prisioneros de Guerra, “Santa Águeda”, Mondragón – Guipúzcoa

El Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda estaba situado en Mondragón (Guipúzcoa) en el edificio del antiguo Balneario de Santa Águeda. Dicho establecimiento termal fue construido en el año 1825 debido a la influencia de la concepción cultural ilustrada en favor de la higiene y la salud. Un hecho histórico, el asesinato del presidente del Gobierno Cánovas del Castillo, hizo decaer rápidamente el esplendor del balneario. Su reapertura como centro psiquiátrico empezó a ser gestionada por las Órdenes de las Hospitalarias de San Juan de Dios y de las Hermanas del Sagrado Corazón a finales del siglo XIX. En la actualidad es un Hospital psiquiátrico de las Hermanas Hospitalarias Aita Menni.

El hospital de Santa Águeda durante la guerra civil, inicialmente en territorio leal al Gobierno republicano, va a cambiar de bando en 1937. Ya hasta el final de la Guerra Civil, pasa a estar en una zona dominada por el bando sublevado “nacional”. Durante la etapa en que estuvo en manos del bando republicano, este centro fue utilizado por algunas personas como escondite y refugio frente sus enemigos políticos. Así lo hizo Aureliano López Becerra (1880-1956), quien fue director del diario La Gaceta del Norte de Bilbao y que para librarse de la cárcel se fingió loco y acaba ingresado en el Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda (López Becerra, 1945; Martínez Azumendi, 2005, 2009). Tras su pase a manos del bando “nacional” (franquista), se va a convertir en un hospital militar para “reclusión de prisioneros dementes” y “centro psiquiátrico disciplinario al servicio de los hospitales de otros hospitales cercanos” (Martínez Azumendi, 2005). Según un convenio firmado en ese momento, el centro ponía a disposición de la autoridad militar cien camas para “prisioneros de guerra dementes”, siendo de su cuenta el suministro de ropa de cama y equipo completo de la misma. El Estado parece se comprometió a financiar cada plaza con tres pesetas para alimentación, y los medicamentos eran suministrados gratuitamente por la farmacia militar (Martínez Azumendi, 2009; Badiola, 2015).

La Clínica Psiquiátrica Militar en el Hospital de Santa Águeda tenía dos subsecciones o servicios: por un lado un servicio de “Clínica militar para enfermos psíquicos del Ejército Nacional” (atendido por los neuropsiquiatras Luis Fernández Villanueva (director), José María Pigem Serra /ayudante...); y otro servicio denominado “Clínica Psiquiátrica para Prisioneros de Guerra” (dirigido por el neuropsiquiatra Rodrigo González Pinto). No hemos logrado aclarar hasta qué momento funcionaron como tal pero parece que fue entre 1937 a 1941 o 1942.

Desde esta clínica van a participar en el Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Barcelona en 1942 y que fue el primer congreso tras la Guerra Civil (Huertas, 2017). En años siguientes estos médicos van a ir publicando diferentes trabajos sobre psicosis de situación, psiconeurosis, reacciones psicógenas, psicosis de guerra ... y el uso de terapéuticas (choque insulínico y Cardiazol) en psicosis de guerra, psicosis agudas y reacciones esquizofrénicas, y también en reacciones psicógenas e histéricas (Gonzalo Pinto, 1942; Gonzalo Pinto, Villanueva, 1942; Pigem Sierra, 1945).

Según la biografía que Antón Erkoreka publica hace unos años sobre el neuropsiquiatra Rodrigo González Pinto (Ciempozuelos (Madrid), 14.XII.1893 – Bilbao, 15.II.1974), éste comienza a ejercer como psiquiatra en el sanatorio de San José de Ciempozuelos (Madrid) de los hermanos de San Juan de Dios con los que mantuvo una estrecha relación a lo largo de su vida. Bajo la dirección de Ramón y Cajal, investigó sobre neuropatías cerebrales, completando su formación en la clínica psiquiátrica de Kraepelin en Múnich y con Bleuler en Zúrich. En 1929 fue nombrado director del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Guipúzcoa), donde impulsó la

formación de jóvenes psiquiatras, introdujo nuevas terapias, como el electro-shock y la insulino-terapia, y trabajó sobre la psicosis, inadaptación juvenil, etc.

En 1931 participó en los nuevos proyectos de ordenación de la asistencia psiquiátrica en España y en 1936 se le encargó la docencia de Psicología Médica y Psiquiatría en la Facultad de Medicina creada por el Gobierno Vasco en Bilbao. Es procesado tras la Guerra Civil, pudo volver a la actividad clínica manteniendo su vinculación con el psiquiátrico de Mondragón hasta su jubilación en 1963. Participó activamente en la Liga de Higiene Mental, Asociación Española de Neuropsiquiatra (tomado de Erkoreka).

Según los datos publicados por Badiola, el número medio mensual de prisioneros dementes en esta clínica en 1940 fue de 59, bajando a 19 en 1941.

Hubo trasvases de prisioneros dementes con altas y bajas que venían tanto de Hospitales Militares (Deusto) como de H. psiquiátricos (desde Cataluña: San Baudilio de Llobregat) como de Campos de Concentración (Miranda de Ebro). Muchos de los pacientes fueron dados de alta/trasladados a hospitales psiquiátricos de otras provincias (entre ellos a Conxo, como veremos más adelante) pero también a campos de concentración (Miranda de Ebro) o a Batallones de Trabajadores (Badiola, 2015).

En la muestra analizada por Badiola (2015), todos los prisioneros dementes extranjeros ingresados en el centro provenían del Campo de Concentración de Miranda de Ebro (Burgos). Este Campo de concentración funcionó entre 1937 a 1947. Albergó a 65.000 presos, de sesenta nacionalidades distintas, con una ocupación media de 3.700 reclusos en condiciones infrahumanas. Hubo prisioneros republicanos, prisioneros de las Brigadas Internacionales, exiliados y evadidos de la Alemania nazi y II Guerra Mundial.

En septiembre de 1941, los únicos siete enfermos mentales que quedaban en este psiquiátrico fueron enviados a otros manicomios de Zaragoza, Huesca, Cádiz y Logroño, con lo que quedó vacío el centro, aunque Badiola (2015) apunta que no se dispone de datos para conocer si supuso su clausura como hospital para prisioneros dementes.

El Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela – A Coruña – Galicia): rastros documentales sobre periplos carcelarios y manicomiales (años de la posguerra 1939-1942)

El centro clave de la asistencia psiquiátrica en Galicia desde su inauguración en 1885 hasta el período analizado fue el Manicomio de Conxo, situado en las afueras de la ciudad de Santiago de Compostela, y perteneciente a la Iglesia compostelana hasta su venta a la Diputación de A Coruña a finales de los años 60. Es un centro que ha sido ya estudiado en diferentes aspectos y períodos por diversos autores y es imposible extendernos más en esta parte del trabajo (Simón, 2005; Rodríguez Noguera, 2017). Dicho centro continúa funcionando hoy en día, integrado en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, perteneciente a la sanidad autonómica de la Xunta de Galicia.

Desde 1931 y hasta 1970 el centro estuvo dirigido por el neuropsiquiatra Ramón Rodríguez Somoza (Lourenzá (Lugo), 1899 – Santiago de Compostela, 1994), un neuropsiquiatra formado en Alemania, ex-becario del Instituto Cajal y de la Junta de Ampliación de Estudios.

En algunas historias clínicas de pacientes ingresados en el manicomio de Conxo (Santiago de Compostela-Galicia-España) en los años 1939-1942, se pueden rastrear conexiones entre los manicomios civiles y los campos de concentración de prisioneros, así como desde algunas clínicas militarizadas que centralizaban muchos de los casos del norte de España.

Casi todos los casos de “prisioneros de guerra dementes” que hemos encontrado que venían trasladados al manicomio de Conxo desde fuera de Galicia provenían de Santa Águeda..

El Organismo gubernamental franquista encargado de las órdenes de traslado era la “Inspección de Campos de Concentración de Prisioneros”, que a su vez tenía un departamento o jefatura de Servicios Sanitarios. Según documentación que hemos encontrado en los historiales, los enfermos quedaban en los manicomios sometidos a la vigilancia, jurisdicción y control de dicha Inspección, porque no perdían su condición de prisioneros. Quedaban a cargo de las Diputaciones de lugar de origen. No podían ser dados de altas ni entregados a sus familias, sin haber sido previamente decretada su libertad por la Inspección.

En primavera de 1940, hay varias “evacuaciones” con carácter urgente, de prisioneros dementes desde Santa Águeda hacia los manicomios provinciales. Entre ellos varios que llegan a Conxo.

– Historia 1. Del Campo de Concentración de Miranda de Ebro a Conxo, pasando por la Clínica Psiquiátrica de Prisioneros de Guerra (dementes) de Santa Águeda. Llega al Manicomio Conxo en mayo de 1940. Filiación: A.S.G., de 26 años, camarero, Natural de A Coruña. Había combatido en el ejército republicano, y se entrega en

Irún procedente de Francia en diciembre de 1939. Tras su ingreso en Conxo en 1940 es dado de alta con su familia a los pocos meses. Reingresa en 1944 en Conxo.

– Historia 2. Del Batallón de Trabajadores N.º 106 de Lérida, llega al Hospital para prisioneros dementes de Santa Águeda en julio de 1939, y allí permanece internado hasta 1941, momento en que es trasladado al Manicomio de Conxo 1941. Filiación: A.P.F. 28 años, natural de Ourense. Diagnóstico: esquizofrenia.

– Historia 3. Del Batallón de Trabajadores de Reus (Tarragona) llega al Hospital de prisioneros dementes de Santa Águeda en julio de 1939. Pasa al Manicomio de Conxo en mayo de 1940, siendo recogido por la familia unos meses después. Este paciente es luego dado de alta, y tiene reingresos en 1945-1946 y en donde fue tratado con Malarioterapia. Filiación: A.G. D. Natural de A Coruña.

– Historia 4. Traslado a Conxo en primavera de 1940 desde Santa Águeda. Filiación: A.R.R. Natural de Portosín-A Coruña. Ingresó a los 26 años. Fallece en manicomio de Conxo en abril de 1941 por tuberculosis.

– Historia 5. Traslado a Conxo en primavera de 1941 desde Santa Águeda, proveniente a su vez de un Batallón de Trabajadores nº 106. Filiación: A.P.F. Natural de A Cañiza-Pontevedra. la provincia de A Coruña.

– Historia 6. Traslado a Conxo en mayo de 1940 desde Santa Águeda. Filiación: A.R.A. Natural de Cangas do Morrazo (Pontevedra), 28 años. Llega a Conxo en mayo de 1940, y estuvo ingresado hasta 1942.

Hubo también presos políticos o prisioneros de guerra que llegan a Conxo desde el interior de Galicia. Al igual que los anteriores accedían al centro psiquiátrico en condición de “prisioneros de guerra” o presos ya condenados por “auxilio a la rebelión” (condena paradójica pues eran personas que habían sido leales al Gobierno legal republicano y se habían opuesto a los sublevados golpistas franquistas). Siempre quedaban a disposición y jurisdicción de la Inspección de Campos de Prisioneros o de la Dirección general de Prisiones.

– Historia 7. 1941. Traslado a Conxo desde la Prisión de Santa Isabel (Santiago de Compostela). Era una persona condenada a 30 años de cárcel por “adhesión a la Rebelión”. Filiación: J.C.R., de 26 años, natural de Chipiona (Cádiz), y de profesión panadero.

Esta Prisión de Santa Isabel, situada cerca de la Catedral de Santiago de Compostela, y en el edificio de un antiguo cuartel, funcionó como prisión entre 1939 y 1946. A la altura de 1943, llegó a tener cerca de 1600 personas encarceladas.

– Historia 8. Traslado a Conxo desde el Campo de Concentración de Prisioneros de Guerra de Labacolla (cerca de Santiago de Compostela). Filiación: A.T. M. Llega a Conxo en abril de 1939 y sale de alta en junio de 1939. Fue trasladado desde el Botiquín del Campo de Concentración de Prisioneros de Guerra de Labacolla al Hospital Militar de San Caetano en Santiago de Compostela, y luego al Manicomio de Conxo.

En la localidad de Labacolla (o Lavacolla), a unos 8-10 km de Santiago de Compostela, funcionó durante un tiempo un campo de concentración. Tenía capacidad para 2000 personas y situado en unas antiguas naves industriales abandonadas, próximas al aeródromo de Lavacolla. En 1939, se reconvirtió automáticamente y sin cambio alguno respecto a condiciones previas, en la sede del Batallón Trabajadores N.º 90, y funcionó entre 1939-1945. Los republicanos presos en el campo de concentración o luego en el Batallón de Trabajadores, fueron utilizados durante su cautiverio para construir las pistas de aterrizaje e instalaciones del aeropuerto de Santiago (Torna, 2019).

Hay otros datos de traslados desde Santa Águeda a Galicia, pero en este caso es de un traslado desde la Clínica Psiquiátrica Militar y no desde la de Prisioneros de Guerra.

– Historia 9. Traslado desde Clínica Psiquiátrica Militar de Santa Águeda al Hospital Municipal de San José en A Coruña, a la espera de traslado posterior a un establecimiento adecuado. Archivo Reino Galicia. 1940). Era un soldado de Infantería, declarado “inútil total” por un Tribunal Médico Militar de Bilbao. Su caso se regía por el Reglamento de “Dementes Militares”, y fue “evacuado” de Santa Águeda en mayo de 1940, por orden de los Servicios Psiquiátricos Militares. La documentación de alta o traslado es firmada por el neuropsiquiatra Luis Fernández Villanueva (director de la Clínica Psiquiátrica Militar). Filiación. A. I. M. Natural de O Ferrol.

Conclusiones

La sanidad militar franquista tuvo que organizarse para dispensar atención psiquiátrica a los numerosos prisioneros en los primeros años de la posguerra civil, llegándose a abrir algún centro específico como fue la Clínica Psiquiátrica para Prisioneros de Guerra (Mondragón-Guipúzcoa) entre 1937 a 1941.

Hubo trasvases y traslados de pacientes entre el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela-A Coruña) y esta Clínica de Mondragón, así como desde otros campos de concentración.

Con este trabajo aportamos algunos aspectos, aún poco explorados, de la guerra civil española y los primeros años de la posguerra, relacionados con las instituciones sanitarias psiquiátricas y con el universo carcelario represivo de la España franquista.

Bibliografía

- Badiola Ariztimuño, A. (2015). *La represión franquista en el País Vasco. Cárceles, campos de concentración y Batallones de Trabajadores en el comienzo de la posguerra*. PhD Thesis, Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED, España.
- Beaumont Esandi, E., & Mendiola Gonzalo, F. (2004). Batallones disciplinarios de soldados trabajadores: castigo político, trabajos forzados y cautividad. *Revista de Historia Actual*, 2(2), 31-48.
- Bandrés, J., & Llavona, R. (1996). La psicología en los campos de concentración de Franco. *Psicothema*, 8(1), 1-11.
- Erkoreka, A. *Rodrigo González Pinto*. <https://dbe.rah.es/biografias/28325/rodrigo-gonzalez-pinto>
- García Funes, J. C. (2022). *Desafectos. Batallones de trabajo forzado en el franquismo*. Granada: Editorial Comares.
- González Pinto, R. (1942). Psicosis de guerra. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3(1-2), 133-144.
- González Pinto, R., & Fernández Villanueva, L. (1942). Las formas más frecuentes de psicosis situacionales en prisioneros de guerra. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3(1-2), 145-147.
- Hernández de Miguel, C. (2019). *Los campos de concentración de Franco*. Madrid: Ediciones B.
- Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (1999). *100 años de Historia*. Mondragón: Ed. Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Mondragón.
- Huertas, R. (1996). La Psico-Biología del Marxismo como categoría antropológica en el ideario fascista español. *Llul*, 19, 111-130.
- Huertas, R. (2017). En los inicios de la psiquiatría franquista: el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942). *Dynamis*, 37(1), 23-43.
- López Becerra, A. (1945). *Al manicomio ida y vuelta*. Bilbao: La Editorial Vizcaína.
- Martínez Azumendi, O. (2005). Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III). *Norte de Salud Mental*, 6(22), 72-75.
- Martínez Azumendi, O. (2009). *Imágenes de la psiquiatría: 66. La de normandía, y otras batallas*. <http://www.psiquifotos.com/2009/05/66-la-de-normandia-y-otras-batallas.html>
- Pigem Serra, J. M. (1945). La piroterapia, las curas de choque y asociación de métodos en psiquiatría. *Anales de medicina y cirugía*, 18(3), 260-264.
- Rodríguez Noguera, M. V., Simón Lorda, D., et al. (2017). Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (Psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984). In A. L. Pereira & J. R. Pita (eds.), *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental VII*. Coimbra: SHIS/Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20 da Universidade de Coimbra.
- Sanatorio de Santa Águeda (1950). *Memoria histórica: Bodas de Oro del Sanatorio Psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús 1898-1948* (Santa Águeda, Mondragón). Palencia: Gráfica Diaria-Día.
- Simón Lorda, D. (2005). *Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Xunta de Galicia.
- Torna, C. (2019). O campo de concentración de Lavacolla. *Nós Diario*, 27/08/2019.
- Vallejo Nájera, A. (1938). Biopsiquismo del fanatismo marxista. Investigaciones biopsicológicas en prisioneros Internacionales. *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 1(4).

Imágenes

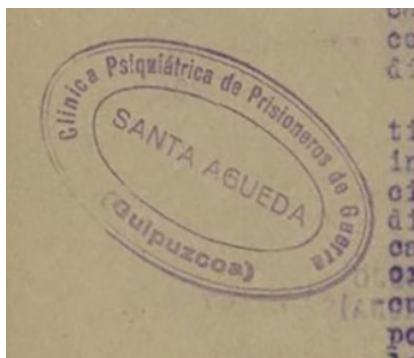


Ilustración 1. Sello Clínica Psiquiátrica de Prisioneros de Guerra. Santa Águeda 1940
(Archivo Clínico Conxo. Historiales clínicos. Archivo de Galicia)

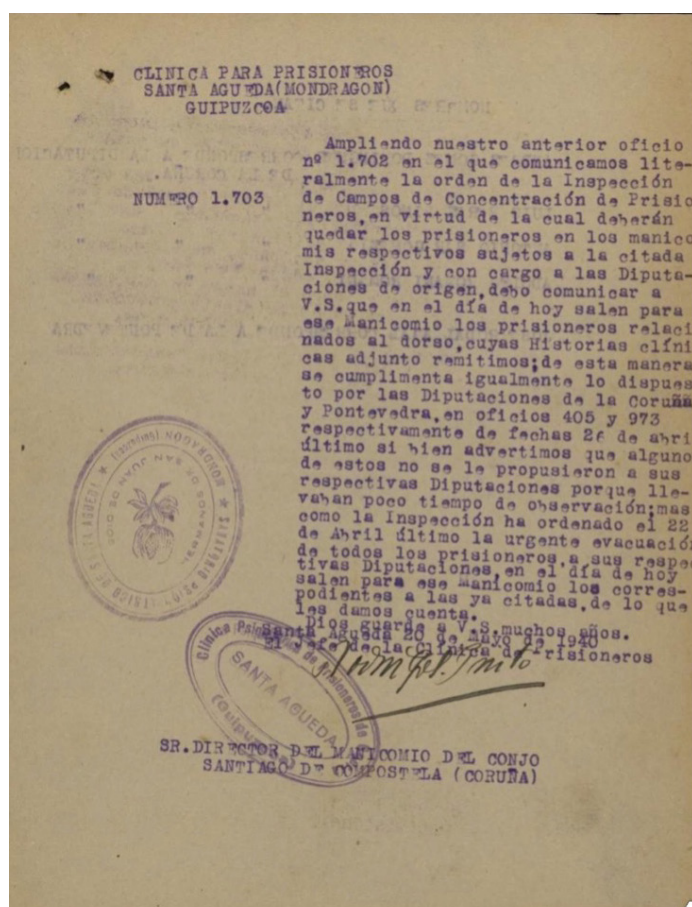


Ilustración 2. Oficio desde Clínica Psiquiátrica para Prisioneros de Guerra (Santa Águeda-Mondragón) dirigido al director del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela)
(Archivo Clínico Conxo. Historiales clínicos. Archivo de Galicia).



Ilustración 3. Sello Clínica Psiquiátrica Militar de Santa Águeda (Mondragón), 1940
(Archivo del Reino de Galicia).

‘Comprimidos para os Nervos’: A História dos Primeiros Psicofármacos

Carolina Pinto-Gouveia^{1,2}, Joana Marques-Pinto^{1,2}, Susana Renca^{1,2}

¹ Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

E-mail: carolinapgouveia@gmail.com

Resumo

O advento da psicofarmacologia nos anos 50 transformou a abordagem psiquiátrica. Na procura de um tratamento para o choque cirúrgico, Laborit descobriu a capacidade da clorpromazina reduzir a intensidade dos sintomas psicóticos, surgindo o primeiro antipsicótico. Mais tarde, Kuhn, decidiu testar se o composto G 22355, inicialmente desenhado para a psicose, não seria mais eficaz no tratamento dos indivíduos deprimidos, conduzindo ao primeiro antidepressivo – a imipramina. Também Cade, na perseguição da sua teoria de que a mania podia ser tratada com um solvente adequado para o ácido úrico, descobriu o carbonato de lítio – o primeiro estabilizador do humor. A eficácia dos psicofármacos tornou obsoleto o confinamento nos hospitais psiquiátricos, contribuindo para o fenómeno de desinstitucionalização. Com este trabalho pretendemos abordar a história da descoberta dos primeiros psicofármacos, bem como, as implicações clínicas e sociais da sua utilização no tratamento da doença mental e o seu impacto na história da psiquiatria.

Palavras-chave: psicofarmacologia, clorpromazina, imipramina, lítio

Abstract

The advent of psychopharmacology in the 1950s transformed the psychiatric perspective. In his quest for a treatment for surgical shock, Laborit discovered the ability of chlorpromazine to reduce the intensity of psychotic symptoms, and the first antipsychotic emerged. Later, Kuhn, decided to test the compound G-22355, initially designed for psychosis, on his depressed patients, leading to the discovery of the first antidepressant – imipramine. Also Cade, in the pursuit of his theory that mania could be treated with a suitable solvent for uric acid, discovered lithium carbonate – the first mood stabilizer. The effectiveness of psychotropic drugs has made the confinement in psychiatric hospitals obsolete, leading to the phenomenon of deinstitutionalisation. This work aims to address the history of the first psychotropic drugs, as well as the clinical and social implications of their use in the treatment of mental illness and their impact on the history of psychiatry.

Keywords: psychopharmacology, chlorpromazine, imipramine, lithium

Introdução

O advento da psicofarmacologia nos anos 50 transformou a abordagem psiquiátrica de tal forma que, nos dias de hoje, é difícil imaginar a prática de psiquiatria sem psicofármacos. Até à data, os poucos tratamentos existentes para a doença mental, tais como a malarioterapia, o coma insulínico e a psicocirurgia eram todos invasivos, com perigosos efeitos secundários e sobremaneira ineficazes. De modo semelhante, os primeiros psicofármacos não pretendiam ser curativos, constituindo apenas simples instrumentos de pacificação utilizados para controlar os pacientes agitados em instituições psiquiátricas. Com este artigo pretendemos abordar a história da descoberta dos primeiros psicofármacos, bem como, relevar as implicações clínicas e sociais da sua introdução no tratamento das doenças mentais e o seu impacto na história da psiquiatria.

O cloral e o primeiro comprimido para os nervos

O primeiro medicamento para controlo de alterações do comportamento, habitualmente prescrito fora das instituições, foi o cloral, um indutor do sono não-opiáceo, utilizado apenas para aliviar a insónia em pacientes ansiosos e deprimidos, e não propriamente para tratar os sintomas psicopatológicos mais exuberantes do paciente.

Apresentava-se como uma alternativa preferível à morfina dada a possibilidade de administração oral e pelo seu menor risco de dependência, embora ainda fosse bastante aditivo (Shorter, 1997). Apesar da morfina, o cloral e o brometo de sódio serem todos sedativos aditivos e com efeitos secundários perniciosos, a noção de que o sono induzido por medicamentos era terapêutico tornou-se amplamente aceite durante o início da Segunda Guerra Mundial.

Desconhecido por muitos, foi em 1950 que surgiu o meprobamato, o primeiro ansiolítico. Foi amplamente utilizado, desde as psicoses às adições, acabando por ser associado à donas de casa desesperadas, de onde surgiu a sua popular alcunha “*mother’s little helper*”, imortalizada na pelos *Rolling Stones*. Apesar do seu sucesso no alívio dos sintomas das perturbações de ansiedade ligeiras, sem ser altamente sedativo, o meprobamato não era um fármaco decisivo, uma vez que não tinha qualquer efeito na melancolia ou na mania dos pacientes institucionalizados. Ademais, apresentava vários efeitos secundários a ter em conta. No primeiro artigo revisto pelos pares que descrevia o meprobamato, o autor caracterizava os seus efeitos como “tranquilizadores”, originado o nome da primeira classe de psicofármacos: os tranquilizantes. Durante a década de 50, tanto a clorpromazina como o meprobamato eram considerados tranquilizantes – embora a clorpromazina fosse designada de tranquilizante maior, sendo mais tarde cunhada de neuroléptico, o meprobamato, de potência muito inferior, era designado de tranquilizante menor (Ramchandani; López-Muñoz; Álamo, 2006). Mais tarde, no decorrer da década de 50, após uma série de compostos fracassados, surge o clordiazepóxido, que se mostra mais eficaz e inócuo que o meprobamato. Assim, o meprobamato viria a ser suplantado pelo desenvolvimento de uma nova geração de benzodiazepinas, completando a grande revolução que a Psiquiatria sofre a meio do século XX (López-Muñoz; Álamo; Garcia-Garcia, 2011).

Frutos de uma serendipidade feliz: a clorpromazina

Sintetizada em 1950 por Paul Charpentier, a clorpromazina veio revolucionar por completo o tratamento das doenças mentais, bem como, o entendimento e a prática da comunidade médica e as atitudes e costumes da sociedade em geral. A descoberta desta molécula, o primeiro antipsicótico, não foi fruto de um organizado plano de investigação, mas antes um feliz acaso. Em 1952, na procura de uma forma de reduzir o choque cirúrgico, o cirurgião francês Laborit, enquanto explorava medicamentos anti-histamínicos, tropeçou na capacidade da clorpromazina de reduzir a intensidade dos sintomas psicóticos. Nas suas experiências Laborit reparou que, quando administrava uma dose elevada de um anti-histamínico, designado clorpromazina, os pacientes que aguardavam a cirurgia, tornavam-se indiferentes em relação à operação iminente, uma apatia que perdurava após o término da cirurgia. Guiado pela sua intuição, Laborit continuou a sua experiência, testando a administração da clorpromazina num hospital psiquiátrico militar, registando uma franca melhoria dos pacientes mais agitados. Igualmente, não podemos ignorar o contributo de um conjunto de circunstâncias específicas para a descoberta dos novos neurolépticos – as guerras mundiais, os anti-histamínicos e as observações fortuitas de mentes curiosas (López-Muñoz; Álamo; Cuenca, 2002).

A introdução da clorpromazina no meio médico foi alvo de acesa discussão médico-científica. Inicialmente foram levantadas algumas questões quanto à sua eficácia, alegando que esta não passava de um mero sedativo, sem grande diferença do, até então existente, hidrato de cloral (López-Muñoz; Álamo; Cuenca, 2002). Ainda assim, a utilização da clorpromazina como antipsicótico espalhou-se rapidamente pelas instituições psiquiátricas da Europa, sobretudo em França e no Reino Unido. A sua introdução nos Estados Unidos da América (EUA) não foi tão imediata, face ao domínio da corrente psicanalítica. O fármaco foi batizado de *Largactil* na Europa e de *Thorazine* nos EUA, tendo sido comercializado apenas em 1954 e somente com a indicação de antiemético (Bhatara; López-Muñoz; Gupta, 2005). Quando surgiu no mercado era um fármaco claramente em experimentação, usado por diversas especialidades, e consequentemente com diferentes finalidades – antiemético, sedante, ansiolítico, calmante, antipruriginoso, entre outras. O afunilamento do seu uso em Psiquiatria, e em particular como antipsicótico, ocorreu gradualmente ao longo da década de 50 e de forma igualmente experimental. A progressiva adoção generalizada da clorpromazina como tratamento de primeira linha dos doentes psicóticos marcou o princípio do fim dos manicómios. Depois de Pinel ter libertado os loucos das suas grilhetas, outro médico francês libertou os pacientes do seu confinamento mental e de uma institucionalização permanente.

Decorrente da sua popularidade, começaram a surgir vários encontros científicos sobre a clorpromazina. O encontro mais importante e significativo – *I Colloque International sur la Chlorpromazine et les Médicaments Neuroleptiques en thérapeutique Psychiatrique* – ocorreu em 1955 no *Hôpital Sainte-Anne* em Paris e foi organizado por Jean Delay e Pierre Deniker. Este evento congregou mais de 400 psiquiatras e psicofarmacologistas de 22 países (López-Muñoz; Álamo; Cuenca, 2002). Foi neste Colóquio que Jean Delay sugeriu a designação de *neurolépticos* para a

clorpromazina e todas as substâncias que causassem efeitos semelhantes. Delay sugeriu este nome fundamentando que Pierre Janet criara o termo '*psicolepsia*' para indicar a queda de tensão psicológica, pelo que '*neurolepsia*' indicaria uma queda de tensão nervosa (Delay, 1956). Também Portugal esteve presente neste Colóquio, destacando-se a comunicação de Barahona Fernandes, uma das maiores referências da Psiquiatria portuguesa da época, tendo sublinhado que a clorpromazina não contemplava a faceta social e humana do indivíduo e por isso constituía uma solução com limitações importantes. No seu entender, além de uma abordagem orgânica, devia considerar-se igualmente a dimensão psicológica do indivíduo, adoptando um tratamento psíquico e somático. O referido psiquiatra sugeriu que para atingir um completo equilíbrio interior deveria usar-se a psicoterapia e a socioterapia (Gaio; Pereira; Pita, 2011). Neste seguimento, Barahona descreveu alguns efeitos secundários comuns ao tratamento com clorpromazina para ilustrar situações em que o acompanhamento psicológico seria benéfico, de forma a diminuir o abandono da terapêutica. «Uma psicoterapia coordenada com os efeitos *fármaco-dinâmicos* que se observam deve ser seguida, conseguindo-se assim adesão à terapêutica e resultados positivos», observa Barahona (Fernandes, 1956). O autor alertou ainda para o facto da clorpromazina não apresentar uma cura completa da doença, e que a cada progresso material ou biológico surgem novos paradigmas, não se podendo ignorar o «Homem-Doente». Numa época em que a psiquiatria biológica dominava o debate científico (sobretudo a nível europeu, enquanto nos EUA prevalecia um forte escola psicanalítica), a relevância dada por Barahona Fernandes à vertente psicológica das doenças mentais é particularmente interessante, mantendo-se pertinente até aos dias de hoje.

Um estudo de caso sobre o uso da clorpromazina durante a década de 50 nos Hospitais da Universidade de Coimbra (Santos, 2019), teve como objetivo avaliar o uso de fármacos neurolépticos e as patologias associadas, bem como, o percurso das terapias somáticas ao longo desta década. Foram consultadas milhares de papeletas do Arquivo da Universidade de Coimbra, que tinham de obedecer a dois critérios: ter diagnóstico psiquiátrico ou ter prescrição de neuroléptico. Os autores verificaram que a introdução da clorpromazina na prática clínica foi relativamente célere, embora com uso restrito sobretudo para casos de agitação psicomotora, independentemente da sua etiologia, bem como, para casos de patologias não neuropsiquiátricas. Já relativamente aos diagnósticos psiquiátricos, verificou-se uma grande variabilidade, com destaque para os diagnósticos de depressão, de agitação psicomotora, distonia neurovegetativa e esquizofrenia. Mesmo após a introdução da clorpromazina, o recurso à electroconvulsivoterapia continuou a dominar o tratamento das doenças mentais nos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo menos até ao final da década de 50. Assim, os autores concluem que durante este período a clorpromazina não assume a supremacia esperada sobre as terapias somáticas, assumindo antes um papel 'polivalente', em que é testada numa miríade de patologias e se estabelecem as fronteiras da sua utilidade. Na psiquiatria começa a ser cautelosamente estudada em alguns casos e testada em conjunto com as terapias somáticas vigentes (Santos, 2019).

A segunda vaga de inovação psicofarmacológica: imipramina

No final da década de 50 do século XX, surge uma segunda vaga de inovação psicofarmacológica, e a psiquiatria sofre uma nova revolução com o aparecimento dos primeiros antidepressivos – a iproniazida e a imipramina (López-Muñoz *et al.*, 2008).

Instigados pelo sucesso da clorpromazina outras companhias farmacêuticas procuraram os seus próprios antipsicóticos. Em 1948, a casa suíça Geigy decide apostar na investigação de fenotiazinas com propriedades sedativas. Neste sentido, distribuem diversos compostos experimentais em diferentes hospitais, com a finalidade de serem testados. Um deles é o Composto G-22355, que chega às mãos do médico suíço Roland Khun. Kuhn administrou o composto a vários doentes, mas nenhum registou a surpreendente melhoria observada com a clorpromazina. Contudo, também Kuhn, guiado pela sua intuição, decidiu continuar a testar o composto, administrando-o a três pacientes que sofriam de depressão grave. Volvidos alguns dias de tratamento, reparou que os seus pacientes apresentavam-se com mais vitalidade, levando-o a refletir sobre uma finalidade alternativa da molécula. Os primeiros resultados de Khun, obtidos com uma amostra de 40 doentes deprimidos foram apresentados em 1957 no *II Congresso de Psiquiatria* em Zurique. Mais tarde, em 1958, o composto G-22355 foi cunhado de imipramina e comercializado com o nome *Tofranil*, o primeiro fármaco de uma nova classe de medicamentos, conhecidos como antidepressivos tricíclicos. A imipramina obteve um sucesso global imediato, dando posteriormente origem a uma variedade de compostos, nomeadamente a amitriptilina em 1961, que se estabeleceu como o antidepressivo mais usado da época (Santos, 2019).

Também em Portugal, graças ao caminho trilhado pela clorpromazina, a imipramina foi recebida pela comunidade médica de forma mais natural e bastante rápida. Todavia, uma das primeiras conclusões do psiquiatra Diogo

Furtado é a de que o medicamento demorava algum tempo a exercer os seus efeitos, o que podia representar uma desvantagem em doentes com risco de suicídio (Furtado, 1960). Assim, à data, na maioria das situações, o tratamento com imipramina era associado ao eletrochoque, de forma de acelerar a obtenção de resultados. (Guyotat; Lambert, 1960).

Lítio: o primeiro estabilizador do humor

Em 1949, o médico psiquiatra australiano, John Cade, interessado no estudo da perturbação bipolar, teorizou que esta decorria de um processo idêntico aos distúrbios da tiróide, em que *“um líquido normal do corpo circula em excesso”*. Assim, formulou a hipótese, que mais tarde demonstrou estar errada, de que o ácido úrico poderia desempenhar um papel-chave na mania. Na perseguição da teoria de que a mania podia ser tratada através da descoberta do solvente certo para o ácido úrico, descobriu o carbonato de lítio – o primeiro estabilizador do humor. Inicialmente Cade misturou o lítio ao ácido úrico, criando o urato de lítio, que administrou aos seus pacientes. A melhoria clínica que foi observando nos seus doentes, atribuiu-a ao ácido úrico e não ao lítio. Contudo, ao testar outros sais não obteve o mesmo resultado, concluindo que tinha sido o lítio, o responsável pela melhoria dos seus doentes (Cade, 1949). Embora os seus dez primeiros pacientes tenham demonstrado melhorias, alguns deles sofreram intoxicações severas de forma bastante rápida. O próprio Cade ressaltava que o lítio era perigoso e deveria ser usado com cautela.

O grande marco na história do lítio ocorreu alguns anos mais tarde, em 1954, quando o investigador dinamarquês Mogens Schou publicou seu primeiro estudo duplo-cego sobre a utilidade do lítio no tratamento da mania (Schou *et al.*, 1954). Schou demonstrou ainda que o uso deste composto era capaz não só de melhorar os episódios de mania, mas também de prevenir a recorrência de novos episódios maníacos e depressivos, característicos da Perturbação Bipolar. As descobertas de Schou encontraram enorme resistência por parte dos psiquiatras britânicos, que inicialmente não acreditavam nas propriedades profiláticas do lítio. O papel do lítio como estabilizador do humor foi consolidado após a sua aprovação em 1970 pela *U.S. Food and Drug Administration*. Durante muito tempo foi o único fármaco disponível para o tratamento da fase maníaca (López-Muñoz *et al.*, 2018).

Implicações clínicas e sociais dos psicofármacos e o seu impacto na história da psiquiatria

A descoberta da clorpromazina dá início à era da psicofarmacologia, constituindo uma revolução no seio da prática clínica psiquiátrica – *«A clorpromazina iniciou uma revolução na psiquiatria apenas comparável à introdução da penicilina na medicina geral»* observou Edward Shorter (Shorter, 1997).

A eficácia surpreendente dos psicofármacos começou a transformar a natureza fundamental da psiquiatria a vários níveis. Primeiramente permitiu confrontar diretamente os dogmas psicanalíticos, trazendo consigo uma nova forma de pensar sobre as doenças mentais para além da psicodinâmica. Igualmente, contribuiu para elevar a psiquiatria ao estatuto de especialidade da Medicina, transformando o papel dos psiquiatras, agora encarados como psicofarmacologistas, como prescritores de tratamentos realmente capazes de aliviar o sofrimento dos seus doentes. Ou por outro lado, visto como um mero dispensador de pílulas “mágicas”. Ainda neste seguimento, o uso de psicofármacos alterou também o papel do psiquiatra com o doente em si. A clorpromazina, por exemplo, apresentava-se como um auxiliar clínico, um modo de acalmar o doente e torná-lo mais receptivo à intervenção médica.

Importa também referir o impacto dos psicofármacos a nível social. Frequentemente a doença mental grave era vista como uma condenação a uma vida de miséria e uma fonte de vergonha para as famílias dos doentes. Estes novos fármacos, ao esbaterem os sintomas mais incapacitantes, traziam esperança de melhoria e de eventual recuperação, tornando obsoleto o confinamento prolongado ou permanente nos hospitais psiquiátricos e contribuindo assim para o fenómeno de desinstitucionalização.

O nascimento da psicofarmacologia estimulou ainda a investigação sobre a etiopatogenia da doença mental (a destacar o estudo sobre o papel dos neurotransmissores na esquizofrenia e a depressão), que exigiu consequentemente uma cientificação dos processos de índole química e clínica. Também a nosologia psiquiátrica sofreu um revés, surgindo a necessidade de uma sistematização mais rigorosa e comum aos vários profissionais, que facilitasse a comunicação entre pares e permitisse a criação de indicações claras para o uso dos fármacos. Assim, assiste-se ao abandonar progressivo de várias escolas diferentes, para a criação e adopção de grandes manuais de diagnósticos psiquiátricos.

Em 1960 a Psiquiatria detinha uma tríade medicamentosa para tratar as doenças mentais que mais preocupavam os médicos da época – a esquizofrenia, a doença bipolar e a depressão. Até então várias substâncias tinham sido

experimentadas nos doentes mentais, na esperança de algum alívio ou até mesmo cura. A morfina, a escopolamina, a atropina, a cânfora, os brometos, o hidrato de cloral, os barbitúricos, entre outras, eram substâncias largamente ineficazes, ou, as que proporcionavam algum alívio eram bastante perigosas e pouco focadas no tratamento da doença em si. O que tornava a clorpromazina, a imipramina e o lítio diferentes dos anteriores sedativos e dos tranquilizantes, era que efetivamente ‘funcionavam’, na medida em que visavam diretamente os sintomas psiquiátricos. Ainda que, com efeitos secundários relevantes, sobretudo se as doses não fossem cuidadosamente controladas.

O início da psicofarmacologia chega a Portugal em meados da década de 50 do século XX, mas não substituiu imediatamente as terapias vigentes até então, as chamadas terapias somáticas, que incluíam a terapia electroconvulsiva ou os comas insulínicos. A electroconvulsivoterapia, que apresentava bons resultados e que, pela sua familiaridade, era tida como uma intervenção segura, continuou a dominar a prática clínica dos psiquiatras portugueses. A clorpromazina começa ser utilizada, em associação com as terapias somáticas, e sobretudo pelo seu perfil sedativo. A destacar a posição assumida por Barahona Fernandes, que defendia a necessidade de uma abordagem multidisciplinar das doenças mentais – que congregasse terapias biológicas e psicológicas – refutando assim a ideia de que um comprimido pudesse solucionar todos os problemas da psiquiatria. Barahona defendia que a psiquiatria é uma especialidade única na medicina: não se trata apenas o órgão, trata-se o indivíduo, na sua singularidade única (Gaio; Pereira; Pita, 2011). Mais tarde, na década de 60 e 70, o aparecimento de novos fármacos antipsicóticos e antidepressivos mais eficazes e com melhor perfil de efeitos secundários, aliado a uma maior experiência do seu manejo e a um maior conhecimento sobre a etiopatogenia das doenças mentais levou ao abandono progressivo das terapias somáticas. A introdução da psicofarmacologia trouxe consigo novas questões, instigando o debate sobre a saúde mental a nível social e político, com temas emergentes como a necessidade de leis específicas ou a autonomização e emancipação da psiquiatria portuguesa (Pichot; Fernandes, 1984).

Considerações finais

O advento da psicofarmacologia transformou inexoravelmente para melhor o campo da psiquiatria, constituindo uma importante revolução no tratamento das doenças mentais e na história da psiquiatria.

Os primeiros psicofármacos tiveram um longo caminho a percorrer, foram alvo de intenso debate científico pela comunidade médica, que foi progressivamente abraçando a sua utilização com entusiasmo. A sua emergência mudou o entendimento das doenças mentais do ponto de vista clínico, humano, social e económico.

Os psiquiatras viram-se obrigados a adaptar-se novas premissas. Passaram a deter armas eficazes para tratar os seus doentes, mas procuravam evitar assumir um papel de meros prescritores, mas antes de um médico com valências adicionais, tendo em conta a natureza das doenças mentais – doenças que envolvem o mais profundo aspeto do homem, distinguindo-se de forma clara de uma patologia orgânica pura.

Referências

1. Shorter, E. (1997). *A History of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. London: John Wiley & Sons.
2. Ramchandani, D., López-Muñoz, F., & Álamo, C. (2006). Meprobamate-tranquilizer or anxiolytic? A historical perspective”. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 43-53.
3. López-Muñoz, F., Álamo, C., & Garcia-Garcia, P. (2011). The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: half a century of anxiolytic drugs”. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 554-562.
4. López-Muñoz, F., Álamo, C., & Cuenca, E. (2002). Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*. Vol. II, 89.
5. Bhatara, V. S., López-Muñoz, F., & Gupta, S. (2005). Guest editorial: celebrating the 50TH anniversary of the introduction of chlorpromazine in North America and the advent of the psychopharmacology revolution”. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(3), 109-111.
6. Gaio, R., Pereira, A. L., & Pita, J. R. (2011). A presença luso-brasileira no I Colóquio Internacional sobre a clorpromazina (Paris, 1955). In C. Fiolhais, C. Simões & D. Martins, *Congresso Luso-Brasileiro de História das Ciências. Universidade de Coimbra, 26 a 29 de Outubro de 2011*, pp. 958-973. Livro de Actas: Coimbra. ISBN: 978-989-26-0122-9.
7. Delay, J. (1956). Introduction au colloque international. *L'Encéphale*. Número especial, p. 5.
8. Fernandes, B. (1956). Effets Psycho-Somatiques de la chlorpromazine. *L'Encéphale*. Número especial, p. 29.

9. Santos, R. F. G. (2019). *A introdução de psicotrópicos em Portugal: o caso particular dos antidepressivos (1950-2000)*. Tese Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra
10. López-Muñoz, F., Assion, H., Álamo, C., *et al.* (2008). La introducción clínica de la iproniazida y la imipramina: medio siglo de terapéutica antidepresiva. *Anales de Psiquiatría*, 24, 56-70.
11. Furtado, D. (1960). Ensaios clínicos e experimentais com imipramina (Tofranil). *Jornal do Médico*, XLIII(920), 45-49.
12. Guyotat, J., & Lambert, P. A. (1960). A imipramina nas suas associações terapêuticas. *Jornal do Médico*, XLIII(912), 557-558.
13. Cade, J. F. J. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Med. J. Aust.*, 2, 349-352.
14. Schou, M., Juel-Nielsen, N., Stromgren, E., & Voldby, H. (1954). The treatment of manic psychoses by the administration of lithium salts. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 17(4), 250-260.
15. López-Muñoz, F., Shen, W. W., D'Ocon, P., Romero, A., & Álamo, C. (2018). A History of the Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder. *International journal of molecular sciences*, 19(7), 2143.
16. López-Muñoz, F., Álamo, C., & Cuenca, E. (2000). La “Década de Oro” de la Psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *Psiquiatr.COM*, 4: n.º 3.
17. Pichot, P., & Fernandes, B. (1984). *Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche, p. 293.

“Pessoas de Vidro”: A Propósito do Rei Carlos VI

Filipa M. Ferreira, Nuno Borja Santos, Luís Afonso Fernandes

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Departamento de Saúde Mental – Serviço de Psiquiatria

E-mails: filipa.m.ferreira@hff.min-saude.pt (primeiro autor); jose.n.santos@hff.min-saude.pt;

luis.fernandes@hff.min-saude.pt

Resumo

O “Delírio do vidro” encontra-se documentada numa plêiade de fontes médicas e literárias do século XV ao XVII, permanecendo envolta em mistério, tanto no seu enquadramento sociocultural como de um ponto de vista fenomenológico. Descrevemos o caso do rei Carlos VI de França, que reinou entre 1380 e 1422, que pareceu, a partir de 1392, estar afectado por crises intermitentes de loucura, que se intercalaram com períodos de lucidez, até à sua morte. Nestas crises predominava o medo de ser constituído de vidro, razão por que não podia ser tocado por receio de se quebrar, não sendo, até hoje, claro se essas descompensações correspondiam a episódios delirantes ou fóbico-obsessivos.

Com a literatura ao nosso dispor, discutimos as implicações clínicas deste caso, nomeadamente acerca da eventual recuperação integral das suas capacidades cognitivas nos intervalos livres.

Palavras-chave: Rei Carlos VI, delírio de vidro, psiquiatria, síndrome de vidro, fenomenologia

Abstract

The “glass delusion” has been documented in a variety of medical and literary sources, from the 15th to the 17th century, remaining shrouded in mystery, both in its socio-cultural framework and from a phenomenological point of view. We describe the case of King Charles VI of France, who reigned between 1380 and 1422, who seemed, from 1392, at the age of 24 until his death, 30 years later, to be affected by intermittent crises of madness which, were interspersed with periods of lucidity. In these crises, the fear of being made of glass predominated, which is why he could not be touched for fear of breaking it. To this day, it is not known in the scientific literature whether the nature of these crises was phenomenologically compatible with a delusion or whether they were compatible with a specific phobia. With the literature at our disposal, we discuss the clinical implications of this case, namely about the supposed full recovery of his cognitive capacities in the free periods.

Keywords: King Charles VI, glass delusion, glass syndrome, psychiatry, glass syndrome, pheomenology

Introdução

O “Delírio do Vidro”¹ encontra-se documentado numa plêiade de fontes médicas e literárias europeias, do século XV ao XVII, sendo o conto “El licenciado Vidriera”, de Cervantes, um célebre exemplo (Fabietti, 2015; Speak, 1990). Conquanto permaneça envolto em mistério, sua expressão é indissociável da matriz histórico-cultural onde se insere (Speak, 1990).

Este fenómeno, de natureza psicológica, traduzia-se numa ideia, firmemente sustentada, de se ter a totalidade, ou parte, do corpo constituída por vidro, frágil, transparente, quebrável (Speak, 1990). Numa perspectiva psicopatológica, este fenómeno aproximou-se do complexo melancólico e do espectro fóbico-ansioso (Fabietti, 2015; Speak, 1990).

O caso do Rei Carlos VI constitui uma das primeiras descrições conhecidas do “Delírio do vidro”. O seu quadro psiquiátrico traduziu-se por períodos intermitentes de “loucura” intercalados com períodos de lucidez, desde os 24 anos, sendo a natureza das descompensações ainda alvo de debate (Gibbons, 2014; Haustgen, 2017; Sinha, 2021).

Com a literatura ao nosso dispor, discutimos as diferentes perspectivas histórico-culturais, fenomenológicas e metafóricas em torno do “Delírio do vidro”, analisando, depois o caso particular do Rei Carlos VI, de França.

¹ Tradução livre do inglês: “*Glass delusion*”.

“Pessoas de vidro”: da síndrome à metáfora

“We are all glass men, subjected to innumerable dangers; the slightest touch would break us and we would return to nothing.”

Giovanni Boccaccio, 1393²

Breve enquadramento do vidro e do seu simbolismo entre os séculos XV e XVII, na Europa

A história do vidro não é apenas uma história de avanços tecnológicos, estando intimamente ligada à história da humanidade. É substrato e, simultaneamente, é moldada pelas transformações sociais, científicas, culturais e artísticas vivenciadas ao longo do tempo.

Conquanto se desconheça o período exato em que a sua produção se iniciou, os primeiros objetos de vidro criados pelo Homem terão tido origem na Mesopotâmia (e, numa janela temporal muito próxima, no Egito) e remontarão a 3500 A.C.

Na Europa medieval, o vidro foi utilizado principalmente para fins religiosos, como são exemplos os vitrais das igrejas e das catedrais.

No século XV, em Veneza (Murano), foi desenvolvida uma técnica que permitiu a produção de um vidro de pureza e transparência superiores, o designado “*cristallo*” (que contrastava com o vidro opaco, colorido e com impurezas, disponível anteriormente). A sua produção e exportação disseminou-se pela Europa (Dillon, 2018; Maitte, 2015).

Durante os séculos XV e XVII, a utilização do vidro expandiu-se, aumentando a sua presença no quotidiano europeu e afirmando-se como símbolo de riqueza e opulência. A sua presença figurava em contextos vários, desde objetos decorativos palacianos a instrumentos de ciência e alquimia (Dillon, 2018; Maitte, 2015).

A par da evolução do vidro, também a Europa sofria uma reestruturação socioeconómica e política. Estas modificações catalisaram uma transformação do pensamento e uma busca por conhecimento, rompendo com as tradições medievais, e abraçando novos ideais humanistas, revisitando questões como a mortalidade, a alma, a pureza, a vida, a beleza.

No início do século XVII, disciplinas como a óptica, a fisiognomia e a psicologia começavam a desenvolver-se, cativando a elite intelectual. A literatura espelhava um fascínio sobre o vidro óptico atribuindo-lhe propriedades como a de ver a verdadeira natureza interior do indivíduo e a de facilitar um profundo auto-conhecimento.

Concomitantemente, o vidro assume um novo espaço no imaginário e cultura europeia. A fragilidade e a maleabilidade do vidro instilam um novo medo, influenciado pelas propriedades materiais do vidro soprado. A espessura fina do vidro, aliada à sua transparência, conseguida através de um trabalho artesanal especializado, confere-lhe um cariz de excepcionalidade, de transcendência.

Segundo Schnapp, no período que antecedeu o advento da industrialização vidreira, o vidro e a sua imagética poderiam ser condensados em quatro crenças principais: a do vidro como um simulacro de cristal e pedras preciosas, imbuído de atributos místicos/espirituais e associado a formas superiores de matéria; a do vidro de transparência cristalina enquanto objeto raro, onírico, contrastando com o vidro turvo, comum nestes períodos; a de um vidro de dimensões reduzidas, à escala de uma mão; e a do vidro enquanto epitómo de fragilidade, na permanente iminência de quebrar, de forma súbita, imprevisível e irreparável (Schnapp, 2013).

Estas características contribuíam para uma imagem do vidro, no Período Moderno, como metáfora de fragilidade, espiritualidade, transcendência e superação da matéria, pureza e transparência. Como indicado por Fabietti, é esse vidro que permitia que a alma transcendesse as limitações da “gaiola” do corpo perene, ao mesmo tempo que lhe servia de abrigo (e de corpo) (Fabietti, 2017).

Este valor metafórico e social do vidro poder-lhe-á ter aumentado a suscetibilidade para se tornar um objeto de delírio, sendo o conteúdo do delírio (e, deste modo, os “Homens de Vidro”) um reflexo da matriz sociocultural da época em que se inscreveu.

Com o início da produção industrializada do vidro, a metáfora do vidro esbate-se, desaparecendo, de uma forma síncrona, com os “Homens de Vidro”.

² In “A Body of Glass: The Case of El licenciado Vidriera” por E. Fabietti, 2015, *Symploke*, 23, p. 334.

O “Delírio do Vidro”

O “Delírio do Vidro” surgiu descrito na Europa entre os séc. XV e XVII, abarcando o final da Idade Média e o Período Moderno. Este fenómeno parece ter como antecedente o delírio de ser feito de barro (Speak, 1990). A transição do corpo de barro, da tradição galénica, para os “Homens de Vidro” significa mais do que uma mera substituição de materiais, representando uma continuação desta tradição literária e médica, atualizada para a era do vidro. A sua expressão começou a diminuir em meados do século XIX, antes de quase desaparecer completamente (Fabietti, 2017; Speak, 1990).

Conquanto a real prevalência permaneça incerta, este fenómeno parece ter afetado indivíduos ao longo da Europa, sendo mais comum em homens, particularmente aqueles pertencentes a estratos sociais mais elevados da sociedade ou a ambientes eruditos (Speak, 1990). Speak sugere que a disseminação de casos de “Homens de Vidro” possa ser, em parte, explicada pela mimética de sintomas após a leitura de relatos médico-científico e textos literários, cuja proliferação foi facilitada pelo advento dos textos impressos (Speak, 1990).

Embora a designação “Delírio de Vidro” surja associada a este fenómeno, a utilização da palavra “delírio” requer uma interpretação cautelosa. Não obstante que alguns dos casos descritos pudessem ser compatíveis com a presença de um delírio, nos termos que o definem na prática psicopatológica atual, outros aproximam-se mais de ideias sobrevalorizadas, crenças, formas de expressão de um sofrimento psíquico, embebidas no contexto e no imaginário da época em que se inseriam.

Como indicado na introdução, os “Homens de Vidro” partilhavam a convicção de que a totalidade do seu corpo, ou parte dela, era constituída por vidro, frágil, transparente.

No início da Idade Moderna eram particularmente abundantes em referências a corações de vidro e cabeças frágeis, aparecendo, mais tarde, relatos de casos de ossos, braços e pernas de vidro. São encontrados, ainda, relatos de indivíduos que acreditavam ser recipientes de vidro, como urinóis. Deste modo, no “Homem de vidro” aliava-se o receio de ser danificado, de forma irreparável, com ênfase na vulnerabilidade e fragilidade do corpo.

Uma segunda característica dos “Homem de Vidro” era a sua aversão à luz solar. Como sugerido por Speak, é provável que a fotofobia do melancólico estivesse relacionada com o medo de se revelar, a da pessoa que é vista e não vista. De uma forma paradoxal, o corpo de vidro reunia em si, em simultâneo, o medo e a fragilidade, desempoderadores; assumia-se, também, como veículo para uma relação privilegiada com a alma, com a luz a potenciar a elevação do espírito sob a matéria e a revelar de verdadeira essência interior.

Deste modo, no “Síndrome de Vidro” existiria uma aproximação às descrições de fotofobia do indivíduo melancólico, num período em que proliferavam relatos de caso, estudos académicos e representações literárias da melancolia.

No Período Moderno, a distinção entre textos médicos, científicos e literários é difusa.

A primeira documentação do “Delírio do Vidro” num texto médico terá ocorrido em 1561, sendo atribuída ao médico holandês Lemnius, no seu livro *“De Habitu et constitutione corporis”*, onde escreve: *“One thought his buttocks were made of glass, therefore performed all of his business and his actions standing up, fearing that if he sit down on a chair, his buttocks would have shattered, and the glass shreds would have broken up”*³ (Fabietti, 2017).

Após esta primeira documentação, este fenómeno surge em múltiplos relatos médicos, dispersos, nomeadamente no tratado sobre a melancolia, do médico francês André Du Laurens e no maior compêndio de melancolia, publicado no século XVII, *“The Anatomy of Melancholy”*, escrito por Robert Burton, onde é mencionado em 3 instâncias.

Para Burton, o “Delírio do Vidro” inseria-se no complexo melancólico, representando uma manifestação do medo induzido pela melancolia. De salientar que, no Período Moderno, a melancolia não era apenas uma doença, encerrando uma complexa rede de significados, englobando atributos como a genialidade, a excepcionalidade e a transcendência.

Para além da literatura médica, as referências ao “Delírio do Vidro” podem ser encontradas em diferentes fontes científicas e literárias da época.

No âmbito literário, este fenómeno assumiu, por vezes, a forma de figuras fantásticas, cuja própria existência é ameaçada pelo contacto com o mundo. Um emblemático exemplo, no contexto literário, surge no romance “El licenciado vidriera”, de Miguel de Cervantes, onde são congregados os significados metafóricos do vidro, unindo-os ao complexo melancólico da cultura europeia. Através dos comportamentos “bizarros” do personagem principal, Tomas Rodaja, e das reações da sua audiência, Cervantes explora a experiência do corpo de vidro, fazendo-a oscilar entre a loucura e a genialidade, o medo e a transcendência.

³ Lemnius (1604, as cited in Fabietti, 2017).

Descrições deste fenómeno surgem, também, ligadas a figuras históricas, que exibiriam as prototípicas manifestações do “Síndrome de Vidro”, como o Rei Carlos VI, de França ou, mais tarde, a Princesa Alexandra, da Bavária.

O caso do rei Carlos VI, de França: “le bien-aimé” / “le fou”

O reinado de Carlos VI representa um momento decisivo na história da França.

Carlos VI (1368-1422), filho do rei Carlos V e de Joana de Bourbon, herda o trono de França em 1380, aos 11 anos. Em 1384, casa com Isabeau da Baviera e em 1388, com 21 anos, assume a governação não tutelada do reino, terminando com o período de regência dos seus três tios paternos. A sua subida ao trono foi observada com expectativa, pela população.

A sua estratégia governativa inicial, que contribuiu para uma melhoria das condições políticas e económicas do reino, traduziu-se no seu primeiro cognome: “O Bem-amado” (Guenée, 2004).

Não obstante essa fase auspiciosa inicial, a governação de Carlos VI é recordada, quer pelas suas desastrosas consequências sociopolíticas, quer pela doença mental do rei. A incapacidade governativa do rei, motivada pelos períodos cíclicos de descompensação de doença, condicionou a sua substituição frequente por regentes. No decurso dessa instabilidade, o reinado foi marcado por guerras internas e pela célebre derrota na batalha de Azincourt, em 1415, culminando com a consagração de Henrique V, de Inglaterra, como herdeiro do trono de França, em 1420 (Guenée, 2004; A. Pfau, 2008.).

O rumo governativo e a saúde mental do rei, por conseguinte, interligaram-se e influenciaram-se mutuamente, condenando Carlos VI a ser recordado, nos cânones da história, pelo seu segundo cognome, “o Louco”.

Carlos VI: a loucura do “Rei de Vidro”:

Segundo os dados atualmente disponíveis, Carlos VI exibiu as primeiras manifestações de doença quando tinha 24 anos, pouco após ter declarado guerra ao duque da Bretanha (Guenée, 2004).

O primeiro episódio de doença descrito é datado de dia 5 de Agosto de 1392. Devido à natureza pública e inesperada do acontecimento, este episódio foi descrito com pormenor por três cronistas da época: Saint-Denis (Michel Pintouin, historiografo do rei), Jean Froissart e Jean Juvénal des Ursins. Surge retratado num quadro, extraído de *Chronicles of Froissart*, de 1475. As três crónicas referem que, quando Carlos VI e a sua cavalaria deixavam a cidade de Le Mans, para travar uma guerra na Bretanha, o rei atacou a sua própria cavalaria, de forma súbita, com a sua espada, tendo matado vários dos seus cavaleiros e ferido muitos outros. O evento é descrito como um acesso paroxístico de ideias delirantes de teor persecutório (nomeadamente relativas a traição por parte da sua cavalaria), agitação psicomotora, desorganização e heteroagressividade. O episódio terá sido precedido por uma interação do rei com um homem vestido de trapos, na estrada, que o terá alertado para um perigo imaginário (que poderia ter potenciado a atmosfera paranóide que o rei estaria, já, a vivenciar). É descrita a presença de “febre” nas semanas que antecederam o evento, que terá reaparecido durante o episódio. Os sintomas terão permanecido durante dois dias, nos quais manteve a agitação, apresentando o rei amnésia para o sucedido e retorno ao funcionamento pré-mórbido (Gibbons, 2014; Guenée, 2004; Hakimi, 2017; A. Pfau, 2008).

O segundo episódio de descompensação aguda de Carlos VI remontará a Junho de 1393 e ter-se-á caracterizado por um início mais gradual e uma duração superior. Neste episódio, é descrito que o rei se esquecerá da própria identidade, não reconhecerá a sua mulher, Isabeau, deixaria de reconhecer caras familiares, não reconhecerá ser rei e exibiria um comportamento errático e hostil, que condicionou que fossem colocados muros nas entradas do palácio (Gibbons, 2014; Guenée, 2004; Hakimi, 2017; A. Pfau, 2008).

As manifestações do “Delírio do vidro”, fenómeno que ficou indelevelmente ligado à imagem do rei, terão surgido a partir do terceiro episódio de doença, em 1395. A doença do rei “Louco” e do seu “Delírio de vidro” surgem retratadas em diversas fontes históricas da época, nomeadamente no texto “*The Commentaries of Pius II*”, redigido pelo papa Pius Secundus Pontifex Maximus, onde se lê: “*A sua doença agravou-se de dia para dia, até que a sua mente ficou completamente perdida. Por vezes, pensava que era feito de vidro e não se deixava tocar. Mandava colocar varas de ferro nas suas roupas e protegia-se de todas as formas para não cair e partir-se.*”⁴.

⁴ Tradução livre, do inglês: “*His malady grew worse every day until his mind was completely gone. Sometimes he thought he was made of glass and would not let himself be touched. He had iron rods put into his clothing and protected himself in all sorts of ways so that he might not fall and break.*”.

Carlos VI exibiu, pelo menos, 53 episódios de descompensação, ao longo da vida, nos quais os sintomas poderiam persistir durante meses. Entre os episódios, existiriam períodos de remissão (existindo dúvidas se existiria um verdadeiro *restitutum ad integrum* após os 3 primeiros episódios), em que o rei assumia a governação do reino (Guenée, 2004; Hakimi, 2017; Hakimi *et al.*, 2018).

Nas crónicas do reino, as múltiplas recuperações de Carlos VI foram atribuídas às orações, ao sucesso dos seus médicos, ou à remoção de enfeitiçamentos. Os caminhos possíveis para a recuperação do rei exigiam a participação do seu reino, nomeadamente com a participação do povo francês nas procissões piedosas. A “loucura” do rei não era restrita à esfera individual, como é argumentado por Bernard Guenée: “*A loucura de Carlos VI não foi uma questão pessoal. Todos os franceses eram responsáveis por ela. A cura do rei exigia, portanto, um esforço colectivo.*”⁵.

A doença de Carlos VI despertou o interesse de médicos, historiadores, escritores, ao longo do tempo, sendo alvo de várias tentativas de análise psicopatográfica. As hipóteses diagnósticas resultantes desses trabalhos reflectem o período histórico em que foram firmuladas e incluíram a melancolia (referida, primeiramente, por Guillaume de Harsigny, que terá tratado o primeiro episódio de descompensação do rei); mania periódica (sugerida por Dupré e Moreau de Tours); a catatonia periódica; a psicose ciclóide; a mania delirante; a psicose orgânica (febre tifóide, sífilis, envenenamento); a esquizofrenia e a doença afetiva bipolar (Gibbons, 2014; Guenée, 2004; Hakimi, 2017; Hakimi *et al.*, 2018; LastNameDupré, 1910).

A história familiar psiquiátrica de Carlos VI, para alguns autores, favorece o diagnóstico de perturbação afetiva do espectro bipolar (representando o “Delírio de Vidro” uma forma de melancolia). Dessa história destaca-se a doença de Joana de Bourbon, mãe de Carlos VI, a quem se atribuem os diagnósticos presuntivos de melancolia e de eventual psicose pós-parto; a depressão melancólica, com características psicóticas, de Michelle de Valois, uma das filhas de Carlos VI; a depressão de Carlos VII, rei de França e um dos filhos de Carlos VI; a depressão catatónica de Henrique VI, rei de Inglaterra, neto de Carlos VI; as alegadas fases hipomaniacas de Luís XI, rei de França e um dos netos de Carlos VI e a alegada depressão melancólica, de início tardio, de Luís II de Bourbon, tio materno de Carlos VI (Hakimi, 2017).

No entanto, a tentativa de efetuar um diagnóstico retrospectivo, revisitando-o à luz dos paradigmas e dos manuais classificativos contemporâneos, não é isenta de risco e deve ser feita considerando que os elementos disponíveis para a análise serão incompletos, fragmentados e retirados do seu contexto histórico-cultural original.

O enigma histórico de Carlos VI, não se esgota numa formulação diagnóstica psiquiátrica contemporânea, contendo em si os significados da loucura na idade média (particularmente, acometendo a figura de um monarca) e espelhando eloquentemente a situação política caótica do reino de França, no século XVI.

Considerações finais

Confrontados com o caso destes homens de vidro dos tempos modernos, que desapareceram com a perda da singularidade e raridade do vidro, persiste indagação do significado metafórico e fenomenológico desta síndrome, ancorando-a à matriz sociocultural da época em que se insere.

Na narrativa patológica de um corpo de vidro, que não pode desempenhar corretamente as suas funções, que tem medo do toque e da desintegração, existe uma aproximação à melancolia. Nesse contexto, este fenómeno poderia ser conceptualizado como um delírio de negação, à luz do seu tempo.

Parte do enigma histórico de Carlos VI incorpora as interrogações associadas ao delírio do vidro. Não abarcando a totalidade da sua doença, cunha a sua expressão patoplástica e transporta-o para a posteridade.

Bibliografia

- Dillon, S. (2018). Seeing Renaissance Glass. *Seeing Renaissance Glass*. <https://doi.org/10.3726/B14280>
- Dupré, E. (1910). La Folie de Charles VI, roi de France. *Revue Des Deux Mondes*, 60, 835-66.
- Fabietti, E. (2015). A Body of Glass: The Case of El licenciado Vidriera. *Symplokē*, 23(1-2), 327. <https://doi.org/10.5250/SYMPLOKE.23.1-2.0327>
- Fabietti, E. (2017). *Bodies of Glass: A Cultural and Literary History of Transparent Humans* [Johns Hopkins University].

⁵ Tradução livre, do francês: “*la folie de Charles VI n’était pas une affaire personnelle. Tous les Français en étaient responsables. Guérir le roi exigeait donc un effort collectif.*”

- Gibbons, R. (2014). 'Three Limbs Fail when the Head is Removed': Reactions of the Body Politic of France to the Madness of Charles VI (1380-1422). In S. McGlynn & E. Woodacre (Eds.), *Image and perception of monarchy in medieval and early modern Europe*. Cambridge Scholars Publishing.
- Guenée, B. (2004). *La folie de Charles VI : roi bien aimé*. Perrin.
- Hakimi, S. (2017). *La folie du roi Charles VI : analyse clinique en faveur d'un trouble de l'humeur*. Université de Nantes.
- Hakimi, S., Vanelle, J. M., Spiers, A., Camus, V., & Sauvaget, A. (2018). The mental health of our sovereigns: The case of King Charles VI of France. *Bipolar Disorders*, 20(3), 293-294. <https://doi.org/10.1111/BDI.12634>
- Haustgen, T. (2017). Le « cas » Charles VI vu par les psychiatres. *PNS*, 15(2), 35-40. <https://doi.org/10.3917/LCB.HAUST.2013.01>
- Maitte, C. (2015). Façon de Venise: Determining the Value of Glass in Early Modern Europe. In B. de Munck & D. Lyna (Eds.), *Concepts of Value in Material Culture, 1500-1900* (pp. 209-238). Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315573311>
- Pfau, A. (2008). *Madness in the realm: Narratives of Mental Illness in Late Medieval Europe* [University of Michigan].
- Pfau, A. N. (n.d.). *Madness in the Realm: Narratives of Mental Illness in Late Medieval France*.
- Schnapp, J. T. (2013). Crystalline Bodies: Fragments of a Cultural History of Glass. *Https://Doi.Org/10.1086/674728*, 20(2), 173-194. <https://doi.org/10.1086/674728>
- Sinha, R. (2021). Charles VI of France: the Glass King – psychiatry in history. *The British Journal of Psychiatry*, 218(1), 50-50. <https://doi.org/10.1192/BJP.2020.207>
- Speak, G. (1990). An odd kind of melancholy: reflections on the glass delusion in Europe (1440-1680). *History of Psychiatry*, 1(2), 191-206. <https://doi.org/10.1177/0957154X9000100203>

Movimento Antipsiquiatria e o seu Papel na História da Psiquiatria

Rui Pedro Vaz, Joana Abreu, Nuno Pessoa Gil

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Emails: ruipedrovaz11@gmail.com; joana.abreu88@gmail.com; pessoa.gil.psi@gmail.com

Resumo

Na segunda metade do século XX, a Psiquiatria Biológica, potenciada pelo desenvolvimento de novas terapêuticas farmacológicas e pelos estudos genéticos, reentrou em cena, devolvendo a Psiquiatria ao seio das especialidades médicas.

Ironicamente, esta afirmação da Psiquiatria enquanto especialidade médica conduziu também à potenciação de movimentos opostos, tais como a Antipsiquiatria, que concretamente defendia a doença psiquiátrica como um constructo social, político e legal, negando a natureza médica da mesma. No fundo, a Antipsiquiatria considerava a doença mental um mito.

Na década de 60 do século XX, este movimento atinge o seu auge com as publicações de diversos livros, tais como *Histoire de la Folie* de Michel Foucault, *The Myth of Mental Illness* de Thomas Szasz e *Asylums* de Erving Goffman, que se insurgiam contra os hospitais psiquiátricos, criticando o confinamento dos doentes nestes locais. Nesse sentido, o movimento Antipsiquiatria, sustentado pelos desenvolvimentos farmacológicos, contribuiu significativamente para o processo de desinstitucionalização.

Palavras-chave: psiquiatria, história da psiquiatria, antipsiquiatria

Abstract

In the second half of the 20th century, Biological Psychiatry, boosted by the development of new pharmacological therapies and genetic studies, re-entered the scene, returning Psychiatry to the heart of medical specialties.

Ironically, this assertion of Psychiatry as a medical specialty also led to the strengthening of opposing movements, such as Antipsychiatry, which concretely defended psychiatric illness as a social, political and legal construct, denying its medical nature. Deep down, Antipsychiatry considered mental illness a myth.

In the 1960s, this movement reached its peak with the publication of several books, such as *Histoire de la Folie* by Michel Foucault, *The Myth of Mental Illness* by Thomas Szasz and *Asylums* by Erving Goffman, which rebelled against the psychiatric hospitals, criticizing the confinement of patients in these places. In this sense, the Anti-psychiatry movement, supported by pharmacological developments, contributed significantly to the deinstitutionalization process.

Keywords: psychiatry, history of psychiatry, antipsychiatry

Introdução

O movimento Antipsiquiatria enquadra-se na designada Era da Segunda Psiquiatria Biológica, ou seja, no tempo em que a Psiquiatria Biológica, sustentada pela revolução psicofarmacológica e pelos avanços das neurociências, começa a substituir a Psicanálise como paradigma dominante, devolvendo a Psiquiatria ao seio das especialidades médicas.

Desta forma, assistiu-se ao regresso ao século XIX, aquando da Era da Primeira Psiquiatria Biológica, na qual se defendia a existência de um substrato neuroquímico para a doença psiquiátrica.

Este movimento, que na verdade nunca foi um movimento unitário, uma vez que os teóricos a ele associados não partilhavam exatamente as mesmas ideias nem rejeitavam da mesma forma a Psiquiatria, defendia, na sua essência, a inexistência de uma natureza médica das doenças mentais, atribuindo-lhes sim uma natureza social, política e legal, criticando simultaneamente o processo de institucionalização de que eram alvo os doentes mentais.

No fundo, considerava a doença psiquiátrica apenas um mito.

Evolução Histórica

Apesar de alguns movimentos antipsiquiátricos terem começado a florescer ao longo de todo o século XIX, foi na segunda metade do século XX, na Era da Segunda Psiquiatria Biológica, que o movimento Antipsiquiatria ganhou mais força e influência.

Para tal, contribuíram indubitavelmente não só as mudanças ocorridas no seio da própria Psiquiatria e que a colocaram no lado da ciência, como o surgimento de novos e eficazes fármacos – que de acordo com os teóricos que defendiam este movimento estariam associados a uma maior despreocupação e, consequentemente, menor atenção dada aos doentes – mas também o clima de contestação social que naquela época favorecia a oposição e a hostilidade para com as diversas formas de autoritarismo, entre as quais se enquadrava, a título de exemplo, a classe médica.

No fundo, o movimento Antipsiquiatria que, firmemente se opunha ao avanço do pensamento biológico na Psiquiatria – claramente evidente na manifestação de oposição à utilização da eletroconvulsivoterapia – apesar de não apresentar um programa bem estabelecido, justificado pelo facto dos mais ilustres representantes do movimento apresentarem diferentes teorias, defendia de uma forma geral uma ideia simples e clara: a doença psiquiátrica não existia, era só um mito.

A sua argumentação baseava-se na ideia de que a doença mental não tinha uma natureza médica ou orgânica, mas sim uma natureza social, política e legal, ou seja, era a sociedade e não a natureza que determinava o que era uma doença mental, como a esquizofrenia ou a depressão. Numa clara oposição aos princípios nos quais assentava a “*medicina mental*”, argumentavam que, sendo socialmente construída, a doença mental tinha de ser desconstruída de forma a libertar os espíritos livres e desviantes das pessoas excecionalmente criativas. Nessa linha de pensamento, a Psiquiatria era vista como uma forma ilegítima de controlo e opressão social.

De acordo com os registos históricos, o início do movimento Antipsiquiatria, no princípio dos anos 60 do século XX, é marcado e influenciado pela publicação de várias obras importantes, entre as quais se destacam *The Myth of Mental Illness* obra de Thomas Szasz, publicada em 1960, na qual classificava a doença mental como um mito e descreve o conceito de doença mental como “cientificamente inútil e socialmente pernicioso”; *Divided Self* de Ronald D. Laing, livro publicado em 1960, onde refere que o discurso desconexo de um esquizofrénico visava “despistar pessoas perigosas”; *Asylums* obra de Erving Goffman, publicada em 1961, na qual denuncia as condições deploráveis dos hospitais psiquiátricos americanos, considerando que estes funcionavam como instituições totalizantes que infantilizavam os doentes e restringiam as suas vidas; *Histoire de la Folie*, talvez a mais famosa obra de Michel Foucault, publicada em 1962, que defende a doença psiquiátrica como sendo uma invenção cultural e social do século XVIII; e *Psychiatry and Anti-Psychiatry* obra de David Cooper, publicada em 1967, que reflete a oposição aos métodos da Psiquiatria Ortodoxa.

As ideias de Thomas Szasz, David Cooper, Ronald D. Laing e Erving Goffman formaram a base intelectual deste movimento antipsiquiátrico, ao qual se juntaram outras forças ativistas sociais, como os Panteras Negras, os Marxistas, os manifestantes contra a guerra do Vietname e outras organizações que encorajavam o desafio às convenções e às autoridades.

A partir daí, foram sendo publicadas muitas outras obras que influenciaram as elites universitárias contra os hospitais psiquiátricos e a própria psiquiatria e que permitiram alavancar o movimento antipsiquiatria.

A título de exemplo, apresenta-se o romance *One Flew Over the Cuckoo's Nest* de Ken Kesey datado de 1962, posteriormente adaptado a filme em 1975 e vencedor, nesse mesmo ano, de 5 Óscares da Academia.

O filme, que se passa numa instituição psiquiátrica pública do Oregon, ilustra um indivíduo internado por apresentar um comportamento antissocial e que por liderar os outros pacientes numa rebelião contra a autoridade tirânica da guarda psiquiátrica, acaba por ser submetido, inicialmente, a tratamento com eletrochoques e, posteriormente, a uma lobotomia. Esta obra, apesar de se tratar de uma alegoria política, e não de uma polémica antipsiquiátrica, gravou na opinião pública a imagem de uma profissão moral e cientificamente falida.

Em 1968, foram realizadas as primeiras demonstrações do movimento Antipsiquiatria na reunião anual da Associação Americana de Psiquiatria e, desde então, ao longo dos anos, vários protestos antipsiquiátricos têm marcado presença nas reuniões anuais desta associação.

Nesta linha, em face do crescimento do movimento contestatário impunha-se a necessidade de encontrar respostas para contrariar as críticas que eram atribuídas à Psiquiatria e enfrentar a crise.

Todavia, havia uma questão central e unânime que se afigurava difícil de responder: não havia um método fiável e científico para diagnosticar uma doença mental, e isso naturalmente enfraquecia a Psiquiatria enquanto ciência médica.

Figuras Incontornáveis do Movimento Antipsiquiatria e as suas principais obras

De acordo com os registos históricos, apresentamos de seguida os teóricos que, defendendo diferentes ideias, convergiam na crítica que era feita à sociedade contemporânea marcada pela industrialização e padronização de comportamentos. Estes autores, através das suas obras, contribuíram de forma muito relevante para o surgimento e fortalecimento deste importante movimento que faz parte, de forma inequívoca, da história da Psiquiatria.

Thomas Szasz

Psiquiatra e psicanalista húngaro, nascido em Budapeste a 15 de abril de 1920, foi considerado um dos pais fundadores do movimento Antipsiquiatria.

Na sua obra *The Myth of Mental Illness* descreve o conceito de doença mental como “cientificamente inútil e socialmente pernicioso”. Classifica a doença mental como um mito, “um equívoco dos médicos”, que não deviam assumir que existe algo de errado num comportamento estranho, mas sim encontrar uma perspectiva adequada que permitisse classificar um comportamento invulgar como válido e significativo. No fundo, o equivalente a uma forma de relativismo comportamental. Este livro questiona também qual a justificação para trancar pessoas em manicómios se a doença mental é coisa que realmente não existe.

Thomas Szasz considerava também a Psiquiatria uma pseudociência, semelhante à alquimia ou à astrologia, que cobrava por terapias não científicas de eficácia desconhecida e duvidosa, e que, por isso, a profissão psiquiátrica deveria ser condenada e erradicada.

Faleceu a 8 de setembro de 2012 em Nova Iorque, nos Estados Unidos da América.

David Cooper

Psiquiatra e psicanalista sul africano, nascido na Cidade do Cabo em 1931, é a quem se deve o nome dado ao movimento Antipsiquiatria pela oposição apresentada aos métodos da Psiquiatria Ortodoxa daquela época.

É o autor da obra *Psychiatry and Anti-Psychiatry* publicada em 1968, na qual propõe uma revisão do conceito de alienação mental, visto que, do seu ponto de vista, era impossível tratar o indivíduo, e mesmo a família alienada, propondo como única alternativa a destruição da família patriarcal capitalista.

Faleceu a 29 de julho de 1986 em Paris, França.

Ronald David Laing

Psiquiatra e psicanalista escocês, nascido em Glasgow a 7 de outubro de 1927 foi considerado um dos primeiros autores do movimento Antipsiquiatria na Grã-Bretanha.

Na sua obra *Divided Self* refere que o discurso desconexo de um esquizofrénico visa “despistar pessoas perigosas [...] faz-se e faz o médico parecer muitas vezes tonto. Encena a tonteira”. Assim, a esquizofrenia seria um estado de consciência talentoso e criativo que representava uma resposta saudável a uma sociedade maluca. Defende, igualmente, que a origem da doença mental se encontra no ambiente social e familiar e, por isso, famílias desequilibradas estariam na base do desenvolvimento da doença.

Curiosamente, acabou por se tornar um dos principais investigadores da esquizofrenia na unidade de Tavistock.

Faleceu a 23 de agosto de 1989 em Saint Tropez, França.

Erving Goffman

Sociólogo canadiano nascido em Mannville a 11 de junho de 1922.

Na sua obra *Asylums* denuncia as condições deploráveis dos hospitais psiquiátricos americanos, considerando que estes funcionavam como instituições totalizantes que infantilizavam os doentes, restringiam as suas vidas e contribuíam para a degradação, humilhação e profanação do *self*.

Além disso, negava a existência de qualquer doença psiquiátrica que justificasse o confinamento de um doente nestas instituições, defendendo tal como R.D. Laing, que o ambiente social e familiar era o responsável pelo surgimento da doença mental, ou seja, os doentes eram vítimas da reação que a sociedade lhes tinha.

Faleceu a 19 de novembro de 1982 em Filadélfia, no estado norte-americano da Pensilvânia.

Michel Foucault

Filósofo francês, nascido em Poitiers a 15 de outubro de 1926.

É o autor da obra *Histoire de la Folie* – talvez a sua obra mais famosa – publicada em 1962, na qual defende a doença psiquiátrica como sendo uma invenção cultural e social do século XVIII.

Com a sua obra *New Statement* de 1967, uma revisão de página inteira da tradução inglesa resumida de *Histoire de la Folie* intitulada *Madness and Civilization*, entrou nos avançados círculos anglo-saxónicos, tornando-se a principal autoridade sobre a ruindade do empreendimento psiquiátrico.

Faleceu a 25 de junho de 1984 em Paris, França.

Thomas Scheff

Sociólogo americano, nascido em Wewoka no estado norte americano de Oklahoma a 1 de agosto de 1929, teoriza em 1966 que o verdadeiro problema da doença psiquiátrica era a “rotulagem”. Nesta teoria, conhecida como teoria *Labelling*, defende que “a maioria das doenças mentais crónicas é, pelo menos em parte, um papel social”. A doença não era mais do que um desvio social que permitia aos “agentes do controlo social” identificar os seus “alvos”.

Desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização ou “retorno à comunidade”, cujo começo se reporta anteriormente ao surgimento do movimento antipsiquiatria, diz respeito à transferência dos doentes mentais dos hospitais para a comunidade.

Reforçando os relatos negativos dos objetores de consciência que cumpriam serviço militar nos hospitais psiquiátricos, Albert Deutsch através do seu livro *The Shame of the States*, publicado em 1948, relata o horror que tinha presenciado nos hospitais psiquiátricos, mais concretamente no *Philadelphia State Hospital for Mental Diseases*, conhecido como “*Byberry*”, onde observou as condições desumanas em que se encontravam os doentes nestes hospitais, dando como exemplo as “centenas de pacientes a dormir em caves húmidas e cheias de bichos”. Esta imagem negativa atribuída à Psiquiatria foi naturalmente aproveitada pelo movimento Antipsiquiatria que se mostrava contra o conceito de doença mental e os internamentos nos hospitais psiquiátricos.

Papel igualmente importante desempenhou Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que apesar de acreditar na natureza médica das doenças mentais, via a institucionalização como algo desumano. Com o movimento Psiquiatria Democrática levou a cabo a aprovação da famosa Lei 180/1978 que visava o encerramento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços próximos da comunidade.

Por outro lado, o desenvolvimento da Psiquiatria Biológica – especialmente relacionado com a introdução de fármacos antipsicóticos, nomeadamente a clorpromazina, o primeiro antipsicótico aprovado pela *Food and Drug Administration* em 1954, que permitia acalmar os doentes agitados e tratar a psicose – associada a uma ideologia de Psiquiatria Comunitária que vinha sendo desenvolvida, permitiu alavancar e sustentar a hipótese dos doentes mentais serem tratados no seio da sua comunidade.

Curiosamente, e apesar de defenderem ideias opostas, tanto o movimento Antipsiquiatria como a própria Psiquiatria contribuíram de forma significativa para a desinstitucionalização dos doentes mentais, assistindo-se nos anos seguintes a uma diminuição significativa do número de doentes residentes nos hospitais psiquiátricos. A título de exemplo, nos Estados Unidos da América, o número de doentes dos hospitais psiquiátricos estaduais e de condado diminuiu de um máximo histórico de 559 000, em 1955, para 338 000, em 1970, e ainda para 107 000, em 1988, o que corresponde a uma redução de cerca de 80% em cerca de 30 anos.

Ainda assim, importa referir que esta política de desinstitucionalização esteve muito longe de ser bem concebida, uma vez que muitos dos doentes que saíram dos manicómios eram pessoas idosas e que não tinham sítio para onde ir, o que contribuiu para um aumento significativo de pessoas sem abrigo e para o crescimento da população mentalmente doente nas prisões.

De acordo com a visão de um psiquiatra britânico que regressava aos Estados Unidos da América, onde tinha trabalhado na década de 50, estes doentes, desgraçados e desamparados, encontravam-se agora numa situação muito mais desfavorável e vulnerável porque não existiam alternativas para os passeios de rua, albergues ou prisões.

Contudo, nos anos 80, os hospitais gerais e os hospitais psiquiátricos voltaram a admitir um número cada vez maior de doentes psiquiátricos o que constituiu uma importante reviravolta no que concerne à melhoria das condições, até então deploráveis e desumanas, em que se encontravam os doentes mentais.

Conclusões ou considerações finais

Renascido na segunda metade do século XX, o movimento Antipsiquiatria contribuiu significativamente para um novo olhar sobre a problemática do doente mental, promovendo uma reflexão sobre a Loucura e sobre a distinção entre normal e patológico.

Este movimento que na sua essência criticava o conceito da doença mental, classificando-o inclusivamente como um mito, não aceitava a institucionalização destes doentes em asilos, tendo sido fundamental para a reorganização das estruturas. Assim, os asilos deram lugar à criação de hospitais psiquiátricos, de menor dimensão e mais dispersos geograficamente, e a departamentos de psiquiatria nos hospitais gerais onde se realizam internamentos para tratamento de doenças agudas, internamentos parciais e consultas externas.

Apesar da diferença ideológica, a Antipsiquiatria contribuiu, tal como a Psiquiatria Biológica, para o processo de desinstitucionalização dos doentes, “devolvendo-os” progressivamente à comunidade.

Referências bibliográficas

- Bastos, H., Polido, F., & Saraiva, C. (2014). História da Psiquiatria. Em C. Saraiva, & J. Cerejeira, *Psiquiatria fundamental* (pp. 1-16). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Laing, R. (2010). *The Divided Self*. Londres: Penguin Classics.
- Lieberman, J. (2016). O que é uma doença mental? Uma miscelânea de diagnósticos. Em J. Lieberman, *Psiquiatrias – Uma história por contar* (pp. 106-141). Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Roberts, R., & Itten, T. (2006). Laing and Szasz: Anti-psychiatry, Capitalism and Therapy. *Psychoanalytic Review*, 93, 781-800.
- Shorter, E. (2001). A segunda Psiquiatria biológica. Em E. Shorter, *Uma história da psiquiatria – da era do manicómio à idade do prozac* (pp. 241-287). Lisboa: Climepsi, Editores.
- Szasz, T. (2010). *The Myth of Mental Illness*. Nova Iorque: Harper Perennial.
- Van Praag, H. (1978). The scientific foundation of anti-psychiatry. *Acta Psychiat. Scand.*, 113-141.

La Rehabilitación Psicosocial en el Norte de Portugal: ¿Compartir las Mismas Dificultades que la Rehabilitación Psicosocial en la Provincia de Pontevedra?

Miguel Angel Miguelez Silva¹, Adrián Gramary Cancelas², Raimundo Mateos Alvarez³

¹ EOXI Vigo – SERGAS, ² Centro Hospitalar Conde de Ferreira, ³ EOXI Santiago de Compostela – SERGAS

E-mails: miguelang333@hotmail.com, adrian.gramary@gmail.com, raimundo.mateos@usc.es

Resumen

En Portugal, se fueron implementando programas comunitarios en los últimos 25 años, que posibilitaron cambiar el sistema de atención integral al enfermo mental.

En general, se podría considerar que el grado de penetrancia de los distintos servicios de rehabilitación psicosocial en Portugal no fue el suficiente.

Se contactó con Centros de Rehabilitación Psicosocial del Norte de Portugal, a los que se les pidió que nos contestasen a un simple cuestionario, para obtener información homogénea sobre estos dispositivos.

Conocimos su procedencia, titularidad, dificultades, proyectos laborales; entre otros aspectos, para finalmente compararlos con la situación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Provincia de Pontevedra y tratar de extraer algunas conclusiones sobre la materia.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, rehabilitación laboral

Introducción

Con el presente trabajo, pretendemos dar a conocer el movimiento asociacionista en torno a la rehabilitación psicosocial de Portugal, enfocándonos principalmente en tres dispositivos de la región norte.

Primeramente conoceremos el inicio de las asociaciones de salud mental, su origen, que potencialidades presentan y cuales serían sus fragilidades.

Posteriormente conoceremos más detalladamente tres asociaciones a las que solicitamos que contestasen un cuestionario, para de esta manera obtener una información más homogénea.

Finalmente, trataremos de establecer si existen dificultades similares entre las realidades de la rehabilitación psicosocial en la provincia de Pontevedra y el norte de Portugal.

Historia de las asociaciones

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial, o el que vendría siendo el movimiento asociacionista, se podría considerar como una respuesta a las necesidades de apoyo por parte de las familias; tratando de compensar el vacío por parte del estado en materia de cuidado y apoyo a los pacientes con trastorno mental grave y sus respectivas familias y entornos.

En España, concretamente en la provincia de Pontevedra, surgió DOA desde el año 1987 y posteriormente LAR, LENDA, AVELAÑA y ALBA.

En Portugal, tal como en España, las asociaciones civiles de rehabilitación psicosocial se pueden considerar un espacio dinámico de búsqueda de soluciones para estos enfermos con Trastorno Mental Grave. (1)

Es de destacar que la convivencia de asociaciones privadas con los dispositivos públicos de salud son dificultosos en Portugal, tal como ocurre en la provincia de Pontevedra.

En Portugal, desde finales del siglo XIX, congregaciones religiosas fundaron la “Casa de Saúde do Telhal”, perteneciente a los Hermanos de San Juan de Dios, acabando por asumir una parte muy significativa de los cuidados de salud mental. (1) Estos cuidados eran especialmente relevantes en cuanto a los cuidados asistenciales como a nivel de ingreso hospitalario. (1)

Es importante resaltar la importancia de las organizaciones ligadas a la Iglesia Católica para dar apoyo a los enfermos mentales que se observa en Portugal.

Más recientemente, en Portugal, otro tipo de organizaciones, no relacionadas con la iglesia empezaron a dar apoyo a enfermos mentales.

Se puede considerar la década de los años 90 como un punto de inversión en cuanto a la participación de la sociedad civil en los cuidados de los pacientes con enfermedad mental. (1)

La participación de la sociedad civil fue posible gracias a dos factores importantes: (1)

1. Programa Horizon: Gracias al apoyo de la Unión Europea se va a financiar a las ONG que desarrollen programas de inserción laboral para pacientes con trastorno mental.
2. Desde la ley de Salud Mental del año 1963, el estado ya buscaba emprender políticas de desinstitucionalización psiquiátrica. En el año 1998, fue muy importante el desarrollo de un encuadre legal, que permitió la creación de acuerdos de cooperación para crear respuestas socio-ocupacionales y residenciales para estos enfermos con Trastorno Mental Grave, mediante “Instituições Particulares de Solidariedade Social”. Esta sería la forma de lograr la participación del estado en la rehabilitación psicosocial.

Para finalizar, es de resaltar la importancia de los factores políticos externos como medio para el crecimiento de asociaciones de salud mental, y no a partir de movimientos asociativos creados por parte de familiares o su entorno.

Mapa de las asociaciones de Salud Mental en Portugal y su Origen

Usando como base de datos la Carta Social (“Guía de Recursos – Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental, 2009”)(2), se informa de la existencia de 42 asociaciones por todo Portugal. (1)

Es notable la asimetría existente por el territorio portugués, donde más de la mitad de las asociaciones van a estar en “Lisboa e Vale do Tejo”. En concreto los datos son:

- Norte: 7 asociaciones
- Centro: 7 asociaciones
- Lisboa e Vale do Tejo: 23 asociaciones
- Algarve: 2 asociaciones
- Regiones Autónomas: 3

Regiones como el Alentejo, no van a contar con ninguna asociación registrada.

En cuanto a la fundación de las asociaciones, se registra como fundadores: (1)

- Profesionales de Salud Mental: 19 asociaciones
- Familias: 5 asociaciones
- Profesionales más Familias: 3 asociaciones
- Congregaciones religiosas: 9 asociaciones
- Otras situaciones: 2

Es llamativo el elevado peso de las asociaciones fundadas por profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental, que seguramente obedece a la escasez de recursos observada por estos profesionales cuando hablamos de rehabilitación psicosocial. De recalcar que la creación de estos dispositivos fue gracias a financiación pública en la década de los 90. (1)

Gran parte de las asociaciones se van a crear al abrigo de las instituciones hospitalarias psiquiátricas para crear programas que permitan un tránsito de los pacientes desde los hospitales a la vida comunitaria.

Potencialidades y Fragilidades de las Asociaciones

Estas asociaciones van a ser muy importantes para los pacientes y sus familias, y más cuando otras alternativas no son posibles.

Entre las potencialidades que podrían ofrecer estas instituciones destacaríamos: (1)

- Apoyo individualizado
- Lucha contra el estigma
- Disminución de hospitalizaciones
- Capacidad de trabajar en red

Las fragilidades observadas serían: (1)

- Dificultades económicas
- Escasez de recursos humanos

Resultados

Para conocer más profundamente la situación de la rehabilitación psicosocial en la región norte de Portugal, en este caso lo hicimos por cercanía geográfica con la provincia de Pontevedra, contactamos a tres dispositivos de rehabilitación psicosocial para conocerlos más cercanamente.

Para obtener unos datos más homogéneos, solicitamos que colaborasen con nosotros contestando a una encuesta que le realizamos a los tres centros, con las siguientes preguntas:

1. Historia resumida del Centro de Rehabilitación Psicosocial
2. Titularidad del Centro de Rehabilitación
3. Resultados del Centro de Rehabilitación y Apoyo por parte de la Comunidad
4. Dificultades del Centro de Rehabilitación y Grado de Apoyo por parte de los Servicios de Psiquiatría locales
5. Iniciativas de Rehabilitación Laboral en el Centro de Rehabilitación Psicosocial

A continuación, exponemos las contestaciones obtenidas mediante la colaboración de las tres entidades (cuestionarios realizados este año 2022).

ENCONTRAR+SE

“ENCONTRAR + SE” surgió de la necesidad de desarrollar soluciones a las dificultades encontradas en el desarrollo, implementación, evaluación e investigación de respuestas adecuadas a las exigencias propias de la rehabilitación psicosocial de la persona con enfermedad mental grave. (2)

Naturaleza Jurídica: institución particular de Solidaridad Social

Ámbito Geográfico: con sede en Oporto, pero con iniciativas de ámbito Nacional.

Objetivos:

Desarrollo, implementación, evaluación e investigación de respuestas adecuadas a las exigencias propias de la rehabilitación psicosocial en la enfermedad mental, en particular en las áreas de formación, intervención e investigación (incluida la evaluación)

Visión/Misión:

“ENCONTRAR + SE” busca contribuir de forma activa en la rehabilitación psicosocial de los pacientes con trastorno mental grave, a través de iniciativas científicamente validadas vinculadas a la formación, a la intervención, a la evaluación y a la investigación, minimizando la comprobada falta de respuestas a nivel nacional, especialmente en el Norte del País.

Valores:

En términos de paradigma de rehabilitación, la “ENCONTRAR+SE” comparte, por un lado, una perspectiva de intervención contextualista, privilegiando el modelo comunitario de acción, y por otro lado una perspectiva de “empoderamiento”, promoviendo la participación activa de los consumidores (personas con enfermedad mental y familiares) en los diferentes procesos vinculados a la recuperación y reintegración.

Edades de atención: Todas

Género: Ambos

Recursos Humanos: los elementos de la dirección (2 psicólogas y un médico psiquiatra)

1 – Historia resumida del Centro de Rehabilitación Psicosocial

ENCONTRAR + SE – Asociación para la promoción de la salud Mental, fundada en 2006 es una institución particular de Solidaridad Social que ha venido desarrollando iniciativas en las áreas de la formación, sensibilización, promoción de la salud mental, combate al estigma y discriminación, advocacy, en el sentido de responder a la evidente escasez de iniciativas en estos ámbitos en Portugal.

Teniendo como misión, contribuir a la promoción de la salud mental y dar acceso a las mejores prácticas en el tratamiento de la enfermedad mental, ENCONTRAR+se pone a disposición desde 2009, en el Centro de Atención Integrada, servicios que incluyen psicoterapia, rehabilitación cognitiva, rehabilitación académica/profesional, actividades ocupacionales, apoyo social e intervención con familias.

En el día 01 de agosto de 2017, ENCONTRAR+se celebró contrato con la administración de salud, I. P. del Norte y el Instituto de la Seguridad Social, I. P. a través del centro Distrital de Oporto, pasando a poner a disposición también una unidad socio-Ocupacional (USO), prevista en el Despacho 8320B/2015, de 29 de julio de 2015 con vacante para 25 usuarios. USO ENCONTRAR + se constituye como una respuesta en el ámbito de los Cuidados continuos Integrados en Salud Mental, destinada a adultos con enfermedad mental grave de que resulte incapacidad psicosocial y que se encuentren en situación de dependencia.

El USO tiene como objetivos la promoción de la autonomía, la estabilidad emocional y la participación social con vistas a la integración social, familiar y profesional.

Así, la USO asegura: acompañamiento psicoterapéutico; apoyo y monitorización en las actividades de la vida diaria; apoyo socio-ocupacional; sensibilización y entrenamiento de familiares y otros cuidadores; apoyo a grupos de autoayuda, incluyendo familiares y cuidadores informales; apoyo y encaminamiento para servicios de formación e integración profesional; rehabilitación cognitiva y de la cognición social; promoción de actividades socioculturales y deportivas en articulación con la comunidad; supervisión; alimentación.

Estos servicios, diseñados de forma a complementar el acompañamiento individualizado proporcionado por el técnico de referencia (responsable de la gestión y organización del proceso, articulando con todas las partes involucradas, incluyendo otros profesionales de salud y/o familiares/ cuidadores, cuando sea apropiado), ofrecen respuestas de rehabilitación psicosocial basadas en evidencia científica.

2 – Titularidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial

Unidad socio-Ocupacional ENCONTRAR + SE.

3 – Resultados del Centro de Rehabilitación Psicosocial y apoyo por parte de la Comunidad

Desde el inicio del funcionamiento de la USO, estuvieron integrados en la USO 57 usuarios. Cabe destacar que de este total, por razones relacionadas con el funcionamiento de esta respuesta, en particular en lo que respecta a algunas exigencias legales que no se adecuan al funcionamiento/ apoyo a ser dado a los beneficiarios en cuestión, 32 usuarios acabaron por desistir de su integración en esta unidad.

Cabe destacar que la implementación de esta respuesta ha demostrado ser con un grado de exigencia superior al esperado, traduciéndose anualmente en graves pérdidas financieras.

Ante esta situación, a lo largo de la implementación de USO, la dirección de ENCONTRAR+SE ha venido reforzando junto a las entidades reguladoras la necesidad de encontrar soluciones que permitan que las respuestas de los cuidados continuos integrados de salud mental sean viables y adaptadas a las reales necesidades de las personas.

En lo que se refiere a la comunidad, en el inicio de esta respuesta se realizó todo un trabajo de articulación con diferentes entidades y profesionales (Unidades de Salud Familiar; hospitales, asociaciones culturales y recreativas, otras IPSS's), a fin de dar conocimiento de la existencia de la misma, así como agilizar posibles encaminamientos de usuarios.

Esta articulación se mantiene y es considerada primordial en el ámbito de los procesos terapéuticos de los usuarios integrados en esta respuesta.

4 – Dificultades del Centro de Rehabilitación Psicosocial y grado de apoyo por parte de los servicios de Psiquiatría locales

De una forma global, luego de la firma del contrato, a ENCONTRAR+se ha empezado a encontrar con una serie de dificultades que se han traducido en un enorme esfuerzo y desgaste por parte de esta asociación y que se traducen en la inadecuación y/o incumplimiento por parte de las instituciones del Estado de parte del compromiso asumido en el contrato establecido, y de los principios por los que se rige el funcionamiento de una USO. De forma muy resumida destacamos: 1) las múltiples limitaciones en la integración de los usuarios en la unidad; 2) la desadaptación del modelo de evaluación social efectuado por la Seguridad Social que obliga a los usuarios a compartir con valores que no pueden pagar, por lo que a ENCONTRAR+se asumió prestar el apoyo y “contribuir” con el valor en falta; 3) la inconstancia en la aplicación informática que gestiona el funcionamiento de la unidad y respectiva emisión de documentos para efectos de pago; así como 4) la insostenibilidad de la USO que resulta del modelo de participación definido; 4) El continuo aplazamiento de la firma de la adenda al contrato que se refiere a la participación de la renta ley.

En lo que se refiere a los servicios de Psiquiatría locales, desde el inicio de la experiencia piloto se verifica una ausencia de conocimiento acerca de los procedimientos para la referencia en la red por parte de los equipos de salud, siendo el USO contactado directamente por usuarios y familiares que pretenden avanzar con el proceso y que se confrontan con obstáculos en los diferentes contextos de salud a que recurren (Centros de Salud y servicios de Psiquiatría de los hospitales de referencia).

Estas situaciones fueron siempre reportadas a los equipos coordinadores, que a su vez reforzaban que la propuesta de referencia tiene que partir de los servicios locales de Salud Mental, hospitales y centros hospitalarios psiquiátricos, de las Unidades funcionales y de las Unidades psiquiátricas de internamiento de larga duración, públicas o privadas (conforme circular normativa ACSS_ISS n 1 16_2017) siendo que la USO no debería prestar ningún tipo de apoyo en este sentido.

Sin embargo y después de varias señales de casos que seguían en espera, se realizaron sesiones de aclaración junto a los equipos hospitalarios con el fin de agilizar los procesos, y aunque las dificultades siguen siendo para algunos profesionales de la salud, esta situación se ha superado.

No obstante, hay que destacar que sólo después de casi 4 años de funcionamiento de USO es que esta unidad tiene su capacidad completa, porque el promedio de número de usuarios integrados rondó siempre los 13, lo que se traduce en las dificultades mencionadas anteriormente.

5 – Iniciativas de rehabilitación Laboral en el Centro de Rehabilitación Psicosocial

En el ámbito de los procesos de rehabilitación de los usuarios integrados en la utilización se han venido implementando programas de rehabilitación Laboral, así como establecida articulación con entidades asociadas en la comunidad y cuyo trabajo se desarrolla en el ámbito de la (re)integración en el mercado de trabajo y en los cuales los usuarios se han beneficiado de programas y posteriormente de integración en etapas-inserción.

ANARP

ANARP es una institución privada de solidaridad Social, sin fines de lucro, de utilidad pública, que interviene en el área de la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental. El trabajo desarrollado en el foro socio-Ocupacional se centra en cinco áreas: área de rehabilitación y reintegración, área de desarrollo de Competencias, área de trabajo en la comunidad, área de apoyo a las familias y área de apoyo psicológico individual. (2)

Naturaleza Jurídica: Asociación-institución particular de Solidaridad Social

Ámbito Geográfico: Nacional

Objetivos:

Los objetivos primordiales de ANARP en el área de la enfermedad mental son la desinstitutionalización, rehabilitación, valorización socio-familiar, combate al estigma social, reintegración e Inserción Profesional.

Visión/Misión:

Rehabilitación y reinserción de jóvenes y adultos con enfermedad mental.

Valores:

Los valores se centran en la persona (en su especificidad), valorización y refuerzo positivo, basándose en el empoderamiento y recuperación.

Edades de asistencia: 18-45 años **Género:** Ambos

Recursos humanos: equipo técnico – 3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 profesor de Educación física.

1 – Historia resumida del Centro de Rehabilitación Psicosocial:

La Asociación Nueva Aurora en la rehabilitación y reintegración psicosocial – ANARP es una institución Particular de solidaridad Social, sin fines lucrativos, reconocida como persona colectiva de Utilidad Pública.

Como resultado de un movimiento iniciado en 1994 por familiares y amigos de personas con enfermedades mentales, ANARP ha buscado contribuir a una sociedad más digna, inclusiva, abierta y contemporánea. En 1996 comenzaron las actividades de rehabilitación con la apertura de un centro comunitario. Para la consecución de estos objetivos, la ANARP ha creado el foro socio-Ocupacional, en 2004, con el apoyo financiero del Instituto de

la Seguridad Social. En este ofrece un conjunto de servicios basados en el supuesto de que las personas con experiencia de enfermedad mental grave deben tener acceso a un estilo de vida saludable y satisfactorio, con oportunidades, objetivos y aspiraciones idénticas a cualquier otro ciudadano.

Nuestra misión surge naturalmente de las necesidades de todas las personas con enfermedad mental, así como de todos aquellos que interactúan con ellas, desde profesionales hasta familiares, de contribuir a promover su calidad de vida y efectiva inserción social

2 – Titularidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial

ANARP es una IPSS-institución privada de solidaridad Social, sin fines de lucro, reconocida como persona jurídica de Utilidad Pública.

3 – Resultados del Centro de Rehabilitación Psicosocial y apoyo por parte de la Comunidad

En este momento el foro acompaña a 36 usuarios y presta apoyo regular a los familiares.

Actualmente dinamiza 20 actividades de rehabilitación por semana. Acompaña los proyectos de integración profesional de 10 usuarios.

Establece contactos en la comunidad en diversas áreas económicas, para el establecimiento de nuevos protocolos para la integración profesional.

ANARP tiene protocolos con instituciones en la comunidad para la realización de actividades deportivas y artísticas (Facultad de deporte de la Universidad de Oporto y Escuela Superior de Educación del Instituto Politécnico de Oporto) y para colaboración en proyectos de rehabilitación psicosocial (Escuela Superior de salud del Instituto Politécnico de Oporto).

A lo largo de estos años, ANARP ha implementado algunos proyectos con cofinanciación de entidades públicas y privadas. Estos proyectos, se desarrollaron en el área Artística (pintura, música), deportiva y profesional.

4 – Dificultades del Centro de Rehabilitación Psicosocial y grado de apoyo por parte de los servicios de Psiquiatría locales

ANARP tiene un protocolo de colaboración con el servicio de Psiquiatría del Hospital de Sao Joao do Porto. Este protocolo busca garantizar el apoyo técnico de cuidados de salud (preventivos, terapéuticos y rehabilitación), prestar apoyo y colaborar en el acompañamiento médico de los usuarios de la ANARP.

En la práctica desarrollada en ANARP, se busca establecer contacto regular con los médicos psiquiatras que acompañan a los usuarios, en el sentido de transmitir informaciones del proyecto individual de rehabilitación y del estado clínico, de modo que éstos puedan en consulta Hacer la intervención más adecuada posible.

En algunas situaciones pueden ocurrir dificultades para establecer el contacto a tiempo.

5 – Iniciativas de rehabilitación Laboral en el Centro de Rehabilitación Psicosocial

– Cualificación y Empleo:

Este servicio pretende un acompañamiento sólido de cada individuo con experiencia de enfermedad mental durante toda la integración profesional.

Se trata de una intervención que pretende apoyar en la elección, búsqueda e integración en empleo o formación y potenciar las capacidades de los usuarios, centradas en la resolución de cuestiones y/o dificultades resultantes del proceso educativo y de (re)integración en el mercado de trabajo.

Se Pretende el desarrollo de competencias y de una red de soporte suficientemente sólida, para que sea capaz de potenciar una respuesta integradora y sostenida.

Este trabajo es desarrollado individualmente, en acompañamiento de periodicidad variable, mediante las necesidades de definición de proyecto y desarrollo de estrategias de intervención y en grupo, a través de la dinamización de actividades de discusión del proyecto, dificultades y desafíos del proceso de integración.

Para el éxito de este trabajo es fundamental una articulación constante con las diversas entidades involucradas, así como de otras respuestas comunitarias, complementarias a todo el proceso.

En este momento tenemos 10 usuarios integrados en diferentes modalidades – itinerarios formativos de cualificación, formación en Contexto de trabajo y contratación en mercado normal de trabajo.

AFUA:

AFUA-HML se constituyó en agosto de 1999. Surge como un complemento del proceso de rehabilitación hospitalaria teniendo como fundamento el aumento significativo del grado de incidencia de la enfermedad Mental, las necesidades manifestadas por los usuarios, familias y técnicos y la falta de apoyos adecuados. Su objetivo es apoyar a las personas con enfermedades mentales y sus familias mediante la promoción de su rehabilitación y reintegración psicosocial. (2)

Naturaleza Jurídica: institución particular de Solidaridad Social

Ámbito Geográfico: Área Asistencial del Hospital Magallanes de Lemos

Objetivos:

Promover la adhesión al programa terapéutico; desarrollar y entrenar las competencias individuales, relacionales y sociales; reforzar la autonomía; reforzar las conexiones familiares y desarrollar la capacidad de utilización de los servicios de la red Social.

Visión:

La institución privilegia algunos supuestos:

- * Promoción de los derechos Humanos como objetivo de toda su práctica;
- * Trabajo en articulación con usuarios y familias;
- * Implementar la ciudadanía teniendo como base la aceptación en relación a la diversidad.

Valores:

Los principios por los que se rige la institución, teniendo en cuenta la Política de Salud Mental, pretenden promover los derechos: igualdad, privacidad, información, participación, dignidad y autonomía, los cuales en su práctica llevan a la reducción de las desigualdades y anti-discriminación individual e institucional. La forma de intervención incluye y resalta los valores de la promoción del bienestar del paciente en su conjunto, y del respeto por la persona y sus necesidades, aspiraciones y participación en la comunidad.

Recursos Humanos: 14 empleados, 33 empleados y 20 graduados.

Apoyos Especializados: Psicología, Servicios Sociales y Terapia ocupacional

1 – Historia resumida del Centro de Rehabilitación Psicosocial:

Inició funciones como Foro socio Ocupacional (FSO) en 2006 con gestión de la AFUA, una institución Particular de Solidaridad Social (IPSS), en un protocolo de cooperación con la Seguridad Social.

La población objetivo del FSO eran 25 personas con experiencia en enfermedad mental moderada a grave y las instalaciones en un espacio “de tienda” cedido por el Ayuntamiento, en un desarrollo Habitacional en la comunidad.

En 2018 integró la Red Nacional de Cuidados continuos Integrados en Salud Mental (RNCCISM), pasando a ser una respuesta protocolada con la Seguridad Social y la salud, con alteración de la designación para unidad socio Ocupacional (USO), con respuesta para 30 usuarios por día, habiendo sido hechas algunas alteraciones al espacio, así como en los recursos humanos para ir de encuentro a la nueva legislación.

2 – Titularidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial:

La unidad socio Ocupacional es una respuesta de la RNCCISM, gestionada por una IPSS.

3 – Resultados del Centro de Rehabilitación Psicosocial y apoyo por parte de la Comunidad:

Las personas a las que apoyamos, tanto las personas con enfermedades mentales como sus familiares/ cuidadores, tienen la oportunidad de hacer su día a día con mayor autonomía utilizando diferentes estructuras de la comunidad. Por norma los usuarios se desplazan autónomamente para el USO y para las estructuras exteriores donde son realizadas actividades, principalmente para las actividades en espacios deportivos y de recreación ocio utilizando las redes de transporte y usufructuando de estructuras de la comunidad, derivado también de las asociaciones hechas.

El aumento de autonomía en la utilización de recursos de la comunidad es uno de los resultados más evidentes así como una mejor gestión de la enfermedad, principalmente en la gestión de la medicación y en la atención a las señales de descompensación, en un trabajo articulado entre los elementos del equipo de la USO, Equipo de salud mental que acompaña y familiares/cuidadores.

4 – Dificultades del Centro de Rehabilitación Psicosocial y grado de apoyo por parte de los servicios de Psiquiatría locales

Las respuestas no siempre son las más adecuadas a las necesidades específicas de la persona, siendo la localización de la estructura, la no identificación con otros usuarios y las cuestiones monetarias algunas de las dificultades más sentidas.

La articulación constante con el equipo coordinador local por formar parte de la RNCCISM, con reuniones mensuales además de la comunicación constante son una plusvalía. El apoyo de los servicios de Psiquiatría locales está más facilitado por algunos elementos del equipo coordinador local ser también los profesionales que acompañan a los usuarios en los servicios del hospital, siendo que en los casos en que el acompañamiento es hecho por otros profesionales la articulación no es tan constante, pero también sucede, a través de contactos telefónicos y de correo electrónico si es necesario.

5 – Iniciativas de rehabilitación Laboral en el Centro de Rehabilitación Psicosocial

En USO al ser hecho el acompañamiento psicosocial al Usuario si su proceso rehabilitativo pasa por formación y empleo, desarrollamos el trabajo en esa área a través de intervención individual y en grupo y con articulación con entidades de formación y Empleo y encaminamiento para procesos de formación y profesionalización, con una fuerte apuesta en actividades en la comunidad.

Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais:

Se trata de una Federación creada en el año 1997, y que a partir del año 1998 tendrá la invitación para hacer parte del “Conselho Nacional de Saúde Mental”. (3)

La Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais (FNERDM) va a agregar la totalidad de 23 entidades, al abrigo de acuerdos de cooperación como el DC 407/98 . Entre esas entidades estará ANRP.

Se van a aglutinar diversos recursos residenciales y socio-ocupacionales dirigidos a pacientes con Trastorno Mental Grave e importante incapacidad.

Serán respuestas dirigidas a jóvenes y adultos buscando alcanzar su rehabilitación y mayor grado de autonomía posible.

Por último, estos usuarios pagarán una cantidad que será calculada en base al nivel de renta disponible.

Breve reseña de la rehabilitación psicosocial en España y Pontevedra concretamente:

Históricamente, en España, de los primeros dispositivos que apoyaron a los pacientes con trastorno mental grave en la comunidad, nació en el año 1985 en Madrid: el “Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización” (4). Este programa requería la coordinación entre los servicios de Salud Mental y los dispositivos de Salud Mental.

Con este Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización se buscaba: (4) “atender a las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas y de sus familias mediante el desarrollo de los recursos de rehabilitación, atención residencial y soporte social en la comunidad, que son necesarios para posibilitar la reinserción e integración social de estas personas, evitar la institucionalización o marginación y, en definitiva, asegurar que pueden vivir y mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones de vida lo más autónomas y normalizadas posible”.

Desde los primeros CRPL que fueron surgiendo a finales de los años 80, se fueron desarrollando por toda la geografía española varios dispositivos con claro enfoque rehabilitador, adaptados a las características concretas del entorno del paciente.

Estos CRPL modernos que se fueron desarrollando deben buscar tener una filosofía rehabilitadora basada en los intereses y capacidades de los usuarios; y no en meros dispositivos donde reubicar a los enfermos. Esta distinción, no siempre es fácil de llevar a la práctica (5).

Los CRPL de la provincia de Pontevedra, son unos dispositivos, que como indica la bibliografía especializada, son fundamentales para mantener al paciente con Trastorno Mental Grave en la Comunidad.

El primer dispositivo en nacer en la provincia de Pontevedra fue DOA, en Vigo, en el año 1988. Posteriormente surgió LAR en Villagarcía de Arousa en el año 1989. En el año 1994 surgirá LENDA en Redondela, y finalmente, en el año 1997 surgirán ALBA (Pontevedra) y AVELAINA (La Guardia).

Todos van a tener en común el haber nacido al abrigo de iniciativas de familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave. Cada una tendrá su historia particular que siempre incluirá la superación, el sobreesfuerzo,

el máximo aprovechamiento de los escasos recursos económicos disponibles; y una máxima implicación por el bienestar de los pacientes con Trastorno Mental Grave y de sus familiares.

FEAFES, a su vez, será la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental en Galicia. Siendo una entidad sin ánimo de lucro, comenzó a prestar apoyo en el año 1995 a las distintas asociaciones ubicadas en Galicia.

Los objetivos de FEAFES y de las distintas asociaciones serán comunes, en forma de prestar atención especializada, apoyo a paciente y familiares, labores de sensibilización de la Enfermedad Mental, promover la Salud Mental, buscar la inserción laboral del colectivo, programas de ocio saludable, y lo más importante; el empoderamiento de las personas con enfermedad mental.

De destacar, que todos los dispositivos presentan estructuras similares en los CRPL, pero de forma añadida, cuentan con programas auxiliares, como pueden ser: los pisos protegidos de LAR, DOA, AVELAÍÑA y ALBA, el Programa de Intervención Precoz en Psicosis de DOA, el Centro de Menores Terapéutico CHAVEA de LAR, la residencia para enfermos con Trastorno Mental Grave de LAR, entre otros.

A nivel del marco legal, observamos que las asociaciones se adaptan perfectamente a lo expuesto en la Orden de 23 de octubre de 1998 de regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitarios (DOG Número 212, Lunes 2 de noviembre de 1998).

Conclusiones

1. Misma filosofía asistencial por parte de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de ambas regiones.
2. Aparición de los Centros de Rehabilitación Psicosocial en ambas regiones ante la detección de un claro déficit de estructuras que permitiesen el retorno a la Comunidad de nuestros pacientes con Trastorno Mental Grave.
3. En ambas regiones se comparten las dificultades económicas y de falta de apoyo institucional.
4. En los Centros estudiados en la provincia de Pontevedra, los centros parten de iniciativas de familiares de pacientes. En Portugal se detecta más variedad de soluciones, predominando la “Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)”, en un protocolo de cooperación con la “Segurança Social.”
5. Enorme importancia para la evolución longitudinal de nuestros pacientes con Trastorno Mental Grave de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de ambas regiones, incluyendo proyectos de Rehabilitación Laboral.
6. En España, y particularmente en Pontevedra se cuenta con FEAFES como federación de los Centros de Rehabilitación, y en Portugal estaría la FNERDM.

Bibliografía

1. Hespanha, P., Portugal, S., Nogueira, C., Morgado Pereira, J., & Hespanha, M. J. (2012). *Doença Mental, Instituições e Famílias Os desafios da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina.
2. Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor.
3. Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais [Internet]. Available from: <http://www.fnerdm.pt>
4. Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Pirámide.
5. Watts, F., & Bennet, D. (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y práctica*. México: Limusa. 1

Agradecimientos

Gostaria de dedicar um especial agradecimento aos estimados colegas:

- Dr. José Morgado Pereira, pela generosidade de partilhar comigo informação muito relevante para este trabalho, incluído a excelente obra da qual é um dos autores, “Os desafios da desinstitucionalização em Portugal”
- Dr. Adrián Gramary Cancelas, pelo grande contributo imprescindível para o melhor conhecimento de instituições portuguesas de reabilitação psicosocial.

“A História de uma Casa de Cuidar Bucólica”: Uma Resenha do Hospital Sobral Cid

Ana Carolina Pires^{1,2}, Carolina Pinto Gouveia^{1,2}, Miguel Bajouco^{1,2,3}

¹ Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

² Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;

³ Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research (CIBIT)

E-mails: acmp95@gmail.com; carolinapgouveia@gmail.com; miguelbajouco@gmail.com

Resumo

O Hospital Sobral Cid foi a primeira instituição de saúde criada na zona centro de Portugal para apoio de pessoas com doença mental. A sua criação baseou-se no funcionamento como Clínica Psiquiátrica, como Asilo para os doentes considerados inválidos, bem como colónia agrícola e industrial. Foi também local de formação de vários profissionais, sendo sede de uma escola de Enfermagem. Localizado na Quinta da Conraria, em Coimbra, este hospital pavilhonar iniciou o seu funcionamento a 1 de junho de 1945 e foi inaugurado oficialmente em 26 de maio de 1946. O Professor Bissaya Barreto, que incitou uma vasta obra social, foi o impulsionador da sua construção, em parte pela concentração crescente de doentes no Porto e em Lisboa, mas também no seguimento de algumas alterações socioculturais. Pretende-se assim com este trabalho fazer uma resenha histórica deste Hospital, bem como de algumas figuras relevantes para o mesmo.

Palavras-chave: Hospital Sobral Cid, Bissaya Barreto, Sobral Cid, hospital psiquiátrico

Abstract

Hospital Sobral Cid was the first health institution created in central Portugal to support people with mental illness. It was created to be functioning as a Psychiatric Clinic, as an asylum for patients considered disabled, as well as an agricultural and industrial colony. It was also a place for the training of several professionals, operating also as a nursing school. Located in Quinta da Conraria, in Coimbra, this pavilion-structured hospital began operating on June 1st, 1945 and was formally inaugurated on May 26th, 1946. Professor Bissaya Barreto, who created a vast social work, was the driving force behind its construction, partly due to the growing concentration of patients in Porto and Lisbon, but also following some socio-cultural changes. Hence, the aim of this work is to make a historical review of this Hospital, as well as some relevant figures associated with it.

Keywords: Sobral Cid Hospital, Bissaya Barreto, Sobral Cid, psychiatric hospital

Introdução

O Hospital Sobral Cid é a instituição de saúde que veio oficialmente inaugurar os cuidados dirigidos a pessoas com doença mental na zona centro de Portugal. Trata-se de uma instituição com uma complexa e intrigante história, reconhecida a nível nacional. Apesar de tudo, e tal como muitas outras instituições dedicadas aos Cuidados de Saúde Mental, tem ainda uma sombra estigmatizante em seu redor, de origem social e cultural. Felizmente, tem vindo a ser alumiada com o progresso científico aceso nas áreas da Psiquiatria e Psicologia e com a abertura progressiva das suas portas à comunidade. Para compreender a organização e funcionamento atuais, mas também para ajudar no reconhecimento da importância de casas de cuidar com uma rica história, como é o Hospital Sobral Cid, é importante revisitar o seu passado, percebendo o que motivou e as dificuldades encontradas na sua criação, mas também as figuras que para ela contribuíram.

A história de uma casa de cuidar bucólica

Professor Doutor Sobral Cid

O Professor Doutor Sobral Cid nasceu em 1887, em Lamego, e faleceu em 1941. Licenciou-se em Medicina em 1900 e, doutorou-se logo de seguida, em 1901, com a dissertação *Coimbra. Demografia e Higiene*. Primeiramente,

teve de se dividir pelo ensino de diversas especialidades como Pediatria, Obstetrícia e Medicina Interna, mas o seu genuíno interesse pela Psiquiatria levava-o com uma frequência semanal ao Porto, numa oportunidade única para absorver as lições de Júlio de Matos.

O seu papel na Comunidade não se cingiu à área médica, mas expandiu-se pela área política e organizacional. Assim, foi governador civil do Distrito de Coimbra no biénio 1903-1904. Em 1911, mudou-se para a capital, onde inicialmente trabalhou como diretor adjunto no Hospital de Rilhafoles e como professor do Curso de Psiquiatria Forense. Posteriormente, foi Ministro de Instrução Pública em 1913-1914. Conseguiu ser Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) a partir de 1919. Depois de 1923, a cátedra de Psiquiatria, sua área predileta, passa a pertencer-lhe, após o falecimento de Júlio de Matos em 1922. No ano seguinte, foi nomeado Diretor do Manicómio Miguel Bombarda.

Trabalhou na sua área de interesse e publicou a “*Classificação e sistemática geral das psicoses*”, considerado um escrito fundamental da psiquiatria portuguesa, revendo e introduzindo as classificações mais conhecidas até então das doenças mentais, dando a conhecer os autores da modernidade psiquiátrica do século XX, numa tentativa de atualizar e impulsionar a nosologia e caracterização da psiquiatria portuguesa.

Assim, o Professor Sobral Cid atualizou as ideias na área da Psiquiatria em Portugal, adotando a classificação do psiquiatra alemão Emil Kraepelin das grandes psicoses e incorporando o conceito de Esquizofrenia, cunhado pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em substituição do conceito de *dementia praecox* (demência precoce), que considerava inadequado.

Outra publicação importante inserida nesta temática, *A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos*, aborda os trabalhos de Ernst Kretschmer e de Eugen Bleuler, onde é aprofundada a predisposição que certos indivíduos possuem para o desenvolvimento de psicose. Neste contexto, surge a famosa citação do Professor Sobral Cid: “Não faz uma esquizofrenia quem quer”.

Infelizmente, faleceu praticamente uma década antes do advento dos psicofármacos (Clorpromazina surgiu em 1950) e não pode assistir às mudanças que lhe sucederam. No entanto, foi considerado o criador da escola de Psicopatologia Clínica portuguesa e era um defensor de uma prática clínica humanizada e com base no conhecimento científico.

Rejeitou o conceito de degenerescência, uma teoria estigmatizante que defendia que os vícios, comportamentos e alterações mórbidas de doentes do foro mental eram transmitidos e acentuados de geração em geração, justificando o desinvestimento, a marginalização e o desrespeito pelos mesmos.

Para o Professor Sobral Cid, o conceito de Manicómio necessitava de renovação e de mutação, para partir de uma mera unidade residencial para um centro de assistência clínica psiquiátrica, com múltiplas vertentes de assistência. Assim, considerava que o Manicómio deveria ser a união de um hospital psiquiátrico, com um dispensário e colónia agrícola. Todos estes ideais que adotava tornaram-no na figura indicada para ser materializada num Hospital criado a partir desses mesmos alicerces teóricos.

Professor Doutor Bissaya Barreto

O Professor Doutor Bissaya Barreto nasceu em 1886, em Castanheira de Pêra, e faleceu em 1974, em Lisboa. Apesar da sua conhecida formação em Medicina em 1911, na Universidade de Coimbra, estudou previamente Filosofia, em 1909. Doutorou-se em 1915 com a dissertação *O Sol em Cirurgia* e jubilou-se em 1956.

Entre 1911 e 1915, foi deputado à Assembleia Nacional Constituinte, pelo partido evolucionista liderado por António José de Almeida. A partir de 1927, presidiu a Junta Geral de Distrito, a Junta de Província da Beira Litoral e a Junta Distrital de Coimbra. Assim, o seu papel político foi de relevo. No entanto, a sua obra social excecional e inovadora, foi a que marcou a sua figura. Com o apoio de um grupo de amigos e admiradores, em 1958 fundou a, ainda vindoura, Fundação Bissaya Barreto. Foi o seu responsável durante 16 anos, até ao ano em que veio a falecer.

O Professor Bissaya Barreto inicialmente dedicou-se ao controlo da doença infetocontagiosa tuberculose, a par com o desenvolvimento dos cuidados de saúde materno-infantis. Contudo, mais tarde, centrou-se na área dos cuidados de saúde mental, impulsionando a edificação do Hospital Sobral Cid, em Coimbra, mas também do Hospital Psiquiátrico do Lorvão, em Penacova, e a Colónia Agrícola de Arnes, em Montemor-o-Velho.

A problemática dos cuidados aos doentes mentais tinha ganho um novo foco social, pela centralização dos doentes nos únicos centros nacionais existentes, no Porto e em Lisboa, com pouca capacidade de resposta. Assim, o Professor Bissaya Barreto partiu em busca de capacitação de conhecimentos e experiências em países mais desenvolvidos, mas também nos centros hospitalares nacionais já existentes.

Em 1933, com o intuito de sensibilização social e governamental, difundiu uma série de textos originais nos jornais *A Saúde* e *Diário de Coimbra*, que originou o que ficou conhecido como o Movimento *Quem acode os nossos loucos?*. O seu objetivo foi cumprido e, a 23 de maio de 1935, saiu um decreto-lei que autorizava a construção do Manicómio Sena – Colónia Agrícola e Dispensário de Higiene e Profilaxia Mentais, em Coimbra. Em setembro do mesmo ano, foi adquirida a Quinta da Conraria (conhecida como Quinta do Penedo). Cerca de cinco anos depois, em 1940, foi iniciada a construção do que viria a ser o Hospital Sobral Cid. A 11 de abril de 1945 foi promulgada a Lei da Assistência Psiquiátrica, na sequência dos pareceres e dos ideais do Professor Doutor António Flores¹ e, assim, o projeto inicial de Manicómio com Colónia Agrícola foi alterado para o de um Hospital Psiquiátrico de estrutura pavilhonar, afastando-se assim das estruturas em monobloco.

A génese do Hospital Sobral Cid

O Hospital Sobral Cid está localizado na zona sul da cidade de Coimbra, na Quinta da Conraria, na zona de Castelo Viegas, que faz parte da União das Freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas.

Localiza-se no cimo de uma colina com 37 metros, com vistas desafogadas em seu redor, sendo possível a observação do rio Ceira², acima do qual surge um imponente viaduto da Autoestrada do Pinhal Interior, a A13. Por ser constituído por uma estrutura pavilhonar, ocupa uma área de cerca de 10 hectares, o que equivale a 100 000 m².

Iniciou o seu funcionamento a 1 de junho de 1945 e foi inaugurado em 26 de maio de 1946. O Hospital Sobral Cid foi a primeira instituição de saúde criada na zona centro para apoio de pessoas com doença mental. A sua criação baseou-se no funcionamento como Clínica Psiquiátrica, como Asilo para os doentes considerados inválidos, bem como colónia agrícola e industrial. Foi também local de formação de vários profissionais, sendo sede de uma escola de Enfermagem.

De referir que em Portugal já existiam unidades hospitalares de apoio a pessoas com doença do foro mental, nomeadamente o Hospital Miguel Bombarda/Rilhafóles, em Lisboa, criado em 1848; o Hospital Conde de Ferreira, no Porto, desde 1882; e o Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, criado em 1942. Posteriormente ao Hospital Sobral Cid, foram ainda criados o Hospital Magalhães Lemos, no Porto, em 1962 e o Hospital Psiquiátrico do Lorrvão, em Penacova, em 1969.

Nascia assim um Hospital Psiquiátrico preparado para desempenhar, duma “maneira prática e efetiva” as três funções fundamentais da “moderna” assistência psiquiátrica da época: a Clínica Psiquiátrica – para tratamento, estudo e investigação dos estados agudos; a Colónia Agrícola – para tratamento curativo e reeducativo; o Asilo – para cuidado físico e psíquico dos doentes inválidos.

Com o passar do tempo, foi cada vez mais fomentada ideia de serviços mais especializados. Assim, na década de 70 foram criados os pavilhões 16, Serviço de Psiquiatria Forense, e 17, atual Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. Na década de 80 foram criados os serviços de Terapia Ocupacional (pavilhão 18) e o de Psicologia. Assim, na década de 80 chegou-se ao número atual de pavilhões. Foi criado o Recinto Polidesportivo. A década de 90 foi dedicada à abertura a outros serviços de saúde. Houve uma aproximação dos restantes cuidados de saúde, nomeadamente com o a nível hospitalar e com os Cuidados de Saúde Primários. Na década de 90 houve também uma renovação de alguns dos pavilhões e uma capacitação a nível tecnológico e de recursos.

Em 2007, o Hospital Sobral Cid sofreu algumas alterações organizacionais, passando a incorporar o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC)³. Este Centro resultou da fusão do Hospital Sobral Cid, do Hospital Psiquiátrico do Lorrvão e do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes, em contexto dum processo global e abrangente de reforma e reestruturação dos Serviços de Saúde Mental a nível nacional.

As mudanças não cessaram e, mais tarde, em 2011, foi formalmente estabelecido o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra E.P.E. (CHUC)⁴. Esta estrutura hospitalar adveio da fusão de três hospitais centrais, nomeadamente os Hospitais da Universidade de Coimbra (com a Maternidade Dr. Daniel de Matos incluída), o Centro Hospitalar

¹ O Professor António Flores foi relevante para o desenvolvimento da Neurologia em Portugal, integrando a “geração de 1911” da Escola Médica de Lisboa. Nasceu a 3 de fevereiro de 1883 em Lisboa e faleceu em 1957.

² O rio Ceira é um afluente do rio Mondego, que nasce na Serra do Açor, na Freguesia de Piódão.

³ De acordo com a Portaria n.º 1580/2007, DR n.º 239, Série I, de 12 de dezembro de 2007.

⁴ De acordo com o Decreto-Lei n.º 30, de 2011.

de Coimbra (constituído pelo Hospital dos Covões, pelo Hospital Pediátrico e pela Maternidade Bissaya Barreto) e o CHPC (Hospital Sobral Cid, Hospital Psiquiátrico do Lorrão e Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes).

Toda esta reestruturação dos serviços hospitalares de Psiquiatria levou à operacionalização da fusão do CHPC com o Serviço de Psiquiatria dos HUC e assim, em junho de 2013 surgiu o Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria do CHUC, constituído por dois polos, o polo HUC e o polo Sobral Cid.

O Hospital Psiquiátrico do Lorrão situava-se na localidade do Lorrão, a 17 km de Coimbra. No passado, no século X, era conhecido como o Mosteiro de São Mamede. Atualmente, é considerado um Monumento Nacional. Após uma fase de abandono e degradação, foi reabilitado nos finais da década de cinquenta e, em 1959, com a orientação do Professor Bissaya Barreto, foi criada a Colónia Agrícola do Lorrão. Gradualmente, esta Instituição foi-se especializando e modernizando, e uma década depois passou a denominar-se Hospital Psiquiátrico do Lorrão⁵. Em 2007, aquando da criação do CHPC, passou a designar-se Unidade Lorrão, possuindo duas enfermarias de doentes de evolução crónica e prolongada, mas também com um Serviço de Intervenção na Comunidade e de Formação Profissional. O Hospital Psiquiátrico do Lorrão acabou por ser encerrado em 2012, após a reintegração dos doentes residentes e inimputáveis em Instituições Particulares de Solidariedade Social e na Unidade de Psiquiatria Forense (pavilhão 16).

A Unidade de Arnes localizava-se Quinta de Arnes, concelho de Soure a 25 km de Coimbra. Era uma antiga propriedade agrícola, com cerca de 25 hectares (250 000 m²). A Colónia Agrícola de Arnes foi criada em 1963, e almejava a recuperação e reabilitação dos doentes de evolução crónica e prolongada. Em 1986, no seguimento de um protocolo estabelecido com a Direção Geral dos Serviços Prisionais, começou a acolher doentes considerados inimputáveis. Quatro anos depois, em 1990, principiaram-se os projetos no âmbito da Reabilitação Psiquiátrica e, dois anos depois, em 1992, passou a ser designada por Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes⁶. Esta Unidade era inicialmente constituída por duas enfermarias, com doentes residentes e inimputáveis, que foram encerradas em 2008. Centrou a sua atuação em estruturas reabilitativas como a Unidade Residencial e a Área de Dia, com valências de programas de formação profissional. A Unidade de Arnes também acabou por seguir o mesmo destino que a Unidade do Lorrão, sendo encerrada em 2014, após a transferência das atividades de formação profissional e de estrutura residencial para o Polo Sobral Cid.

A atualidade do Hospital Sobral Cid

O Hospital Sobral Cid integra atualmente o Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria do CHUC e é, então, um hospital pavilhonar, constituído atualmente por 18 pavilhões principais e alguns edifícios anexos. O Hospital Sobral Cid já teve múltiplas organizações e os seus pavilhões já serviram as mais diversas funções. No ano de 2021, a organização do Hospital Sobral Cid consistia de Serviços de Consulta, de Internamento (tanto a tempo total como parcial), Administrativos e Ocupacionais. Assim, no Pavilhão 1 localizava-se a Unidade de Internamento Subagudo de Homens e Mulheres e no Pavilhão 2 a Unidade de Internamento Agudo Feminino.

O pavilhão 3 especializou-se como Unidade de Internamento de Patologia Dual. O conceito de Patologia Dual refere-se a doentes que padecem de, pelo menos, uma adição e uma outra patologia psiquiátrica. A interação entre o uso de substâncias e comportamentos aditivos e outras patologias psiquiátricas adota um efeito sinérgico negativo no curso e prognóstico, requerendo uma intervenção mais diferenciada. O pavilhão 4 denominava-se Unidade de Violência Familiar e Trauma, integrado no Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP), e pretende dar uma resposta multidisciplinar de apoio clínico os utentes durante ou após acontecimentos traumáticos com impacto psíquico significativo.

O pavilhão 5 era sede do Conselho de Administração e Serviços Administrativos e o pavilhão 6 acolhia o Museu e Sala de *Snoezelen*. As salas de *Snoezelen*, também denominadas salas de modulação sensorial, têm como objetivo o auxílio no controlo da estimulação sensorial, através de alterações ambientais e de equipamentos e/ou atividades especialmente delineadas na ajuda de autorregulação e de regulação do estado de alerta. Estas salas têm potencial para tornar os internamentos dos doentes numa experiência menos negativa e de melhorar a relação com os profissionais de saúde.

No pavilhão 8 encontrava-se a recém-criada Unidade de Psicose, dividida na Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento (UCAERe-T) e Unidade de Internamento de Primeiro Episódio Psicótico

⁵ De acordo com o Decreto-Lei 49172/69, de 5 de agosto de 1969.

⁶ De acordo com o Decreto-Lei n.º127/92, de 3 de julho de 1992.

(UIPEP). A UCAERe-T, especializada em doentes com esquizofrenia resistente ao tratamento, inspirada na abordagem dos serviços hospitalares *South London and Maudsley Trust*, do *National Health Service* do Reino Unido. A UIPEP pretende intervir em doentes que se encontram nas fases iniciais das perturbações psicóticas, com o intuito de prevenir a deterioração clínica e psicossocial do indivíduo doente.

O pavilhão 9 constituía a Unidade de Psicologia Clínica, onde decorria atividade assistencial de ambulatório. No pavilhão 10 encontravam-se os Serviços de Lavandaria e Aprovisionamento, e no pavilhão 11 os Serviços de Refeitório. Próximo destes dois pavilhões encontra-se um Armazém de apoio.

O pavilhão 12 era o local da Unidade de Desabilitação, da Unidade de Desabilitação da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, e não ao CHUC. Esta unidade é sede de internamentos planeados, de curta duração, para desabilitação de substâncias psicoativas e ajuste terapêutico em doentes sob programa de manutenção com agonistas opióides.

No pavilhão 15 decorria a Consulta Externa. Já no pavilhão 16 encontrava-se a Unidade de Psiquiatria Forense, uma estrutura especializada, de Serviço Regional, que recebe doentes de todo o país, para cumprimento de medidas de segurança, internamento intermitente e internamento preventivo.

O pavilhão 17, também pertencente à ARS do Centro, tal como o pavilhão 12, designava-se como Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. Este centro especializado visa a prestação de cuidados, em regime de ambulatório e de internamento, de uma forma integrada e multidisciplinar, a doentes com perturbações devido ao uso de álcool. O seu escopo baseia-se no auxílio e manutenção da abstinência, na prevenção das recaídas e na reabilitação social e funcional.

No pavilhão 18 encontravam-se a Unidade de Reabilitação e o Auditório. A Unidade de Reabilitação, tal como o nome já levanta o véu, tem o objetivo de aperfeiçoar as capacidades de autonomia, integração social, familiar e profissional, no sentido de uma melhor inclusão na comunidade. Para isso, mantém protocolos com entidades oficiais, como o Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Os pavilhões 7, 13 e 14 encontravam-se temporariamente desativados. A entrada no Hospital Sobral Cid é realizada passando por um pequeno edifício, que funciona como Portaria. Tem ainda um Castelo, que funcionava no passado como um reservatório de água. Perto do pavilhão 15, há ainda um Bar de atendimento aos profissionais e aos doentes. No que concerne a outras estruturas mais dirigidas à atividade ocupacional e reabilitativa, há uma Quintinha, um Ginásio Oficina, um Recinto Polidesportivo e um Bloco Oficial.

Assim, a sua própria estrutura e organização espelha a sua prática, já com muitas décadas de evolução, de trabalho em equipas multidisciplinares, com profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes técnicos, e que visa a orientação de doentes não só no âmbito clínico, mas também em termos sociais, familiares, reabilitativos, formativos e de orientação profissional. Recebe regularmente alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, permitindo uma camada jovem regular e renovável em contacto com os utentes.

Considerações finais

Desde a sua criação, e até à atualidade, o Hospital Sobral Cid tem vindo a desenvolver-se no sentido da prestação de cuidados diferenciados e especializados, dedicando-se a uma prática clínica cada vez mais inovadora e integrativa. No entanto, a sua atividade não se cinge à clínica, havendo também a contribuição para o desenvolvimento científico e investigacional, permitindo o progresso clínico, sendo ainda uma unidade de formação de excelência para inúmeros jovens alunos e profissionais.

Com uma história muito rica, interessante e dinâmica, cada vez mais livre de estigma, que a tentou deter durante muito tempo, esta Casa de Cuidar Bucólica tem todo o potencial para continuar a evoluir e ser uma referência no país, no que toca aos Cuidados de Saúde Mental. Ao revisitar a sua complexa e interessante história, é possível compreender a sua tão grande importância, tanto no passado, como no presente, como, seguramente, no futuro.

Bibliografia

- Correia, D. T. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental* (1.^a ed.). Lidel, Lisboa.
- Fernando Bissaya Barreto. (s.d.). *Fundação Bissaya Barreto*. Acedido a 1 de maio de 2023, em <https://www.fbb.pt/fernando-bissaya-barreto/>

- Haig, S., & Hallett, N. (2023). Use of sensory rooms in adult psychiatric inpatient settings: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 54-75. <https://doi.org/10.1111/inm.13065>
- José de Matos Sobral Cid. (2010, 17 de maio). *Correio da Educação*. Acedido a 1 de maio de 2023, em <https://correiodaeducacao.asa.pt/75839.html>
- Mendes, V., & Providência, J. P. (2020). *Sobral Cid: o Parque Terapêutico Para além de uma proposta urbana*. Dissertação de Mestrado Integrado em Arquitetura apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/92209>
- Mendonça, M. M. (2006). *Hospital Sobral Cid das Origens Ao Cinquentenário* (1.^a ed.). MinervaCoimbra, Coimbra.
- Ministério da Saúde (1999). *Hospital Sobral Cid*. Coimbra.
- Morgado Pereira, J. M. (2016). *A Psiquiatria em Portugal – Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/29514>
- Pichot, P., & Fernandes, B. (1984). *Um Século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal*. Roche.
- Pio Abreu, J. L. (2021). *Pequena História da Psiquiatria* (1.^a ed.). D. Quixote, Alfragide.

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. António Bajouco, pela sua ajuda, pela partilha pessoal de experiências e conhecimentos sobre o Hospital Sobral Cid, o Hospital Psiquiátrico do Lorvão e a Colónia Agrícola de Arnes, e pela cedência de material bibliográfico relevante à temática.

Regresso a *Gente Feliz com Lágrimas*, de João de Melo

António de Vasconcelos Nogueira

Centro de Línguas, Literaturas e Culturas. Universidade de Aveiro. Portugal.

E-mail: a.vasconcelos@ua.pt

Resumo

Gente Feliz com Lágrimas (1988), de João de Melo, constitui uma narrativa geracional a várias vozes, através das memórias e vivências da sua dispersão. Concilia sentimentos ambivalentes através da confrontação identitária *nós* e os outros. Várias vezes premiada, traduzida e adaptada ao cinema e ao teatro. A narrativa contém elementos autobiográficos e de psicopatologia, relacionados com padrões de vinculação ao longo da vida. Na perspetiva da Medicina Narrativa propomo-nos mostrar como a doença, o sofrimento e o mal-estar emocional das personagens, constituem-se na própria narrativa.

Palavras-chave: João de Melo, *Gente Feliz com Lágrimas*, medicina narrativa, psicopatologia

Abstract

Happy People in Tears. Happy People in Tears (1988), by João de Melo, is a generational narrative in several voices through memories and experiences of their dispersal. It gathers ambivalent feelings through identity confrontation with the self and others. Awarded several times, translated and adapted for cinema and theater. The narrative contains autobiographical and psychopathological elements, which are related to patterns of attachment throughout life. From the perspective of Narrative Medicine, we intent to clarify how the illness, suffering and emotional discomfort of the characters turn into the narrative itself.

Keywords: João de Melo, *Happy People in Tears*, narrative medicine, psychopathology

Introdução

Este artigo argumenta como o tratamento dado à doença, ao sofrimento e mal-estar emocional, se constitui na própria narrativa. *Gente Feliz com Lágrimas* (1988)¹ tem por fundo histórico o Estado Novo (1933-1974), a Guerra Colonial em África (1961-1975), o fim de ciclo, com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (1986), a Queda do Muro de Berlim (1989), e o problema estrutural da emigração portuguesa.

Discussão

A narrativa contém elementos autobiográficos e de psicopatologia do desenvolvimento associados a padrões de vinculação insegura ao longo da vida, por várias gerações (Ainsworth, 1989, 1985; Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999), em diferentes lugares.²

A partir da polifonia de vozes, Nuno Miguel *alias* Rui Zinho, Luís Miguel, Maria Amélia e Marta, que constituem a identidade repartida do autor, descreve-se o estilo autoritário e as práticas parentais, a aprendizagem vicariante,

¹ O romance foi traduzido para castelhano, holandês, francês, romeno, italiano, búlgaro e inglês norte-americano/canadiano. Teve adaptação para cinema, por José de Medeiros. Deu origem a uma série produzida pela RTP Açores, com 5 episódios, emitidos entre outubro e novembro de 2002. O elenco contou com a participação de profissionais do teatro e da televisão, entre outros figurantes. Adaptação para teatro (2002), pela companhia Teatro o Bando (fund. 1974), com sede em Palmela. A peça *Gente Feliz com Lágrimas* estreou a 13 de dezembro de 2002. Dramaturgia e encenação de João Brites. Foram-lhe atribuídos os seguintes prémios literários: Grande Prémio do Romance e da Novela da Associação Portuguesa de Escritores (1989); Prémio Fernando Namora (1989); Prémio Eça de Queiroz/Cidade de Lisboa (1989); Prémio Livro do Ano Antena1 (1989), Premio Cristóbal Colón de la Unión de Ciudades Capitales Iberoamericanas (1990).

² Rosário, na Ilha de São Miguel, nos Açores, onde têm raízes as três primeiras gerações. Lugares de passagem: Ponta Delgada, Funchal, Montréal. Lugares de dispersão: Lisboa, Luanda, Boston, Toronto e Vancouver. Lugares inominados referentes à Guerra Colonial em África.

as emoções e os sentimentos, as trajetórias de vida das personagens, as crises identitárias na construção das suas personalidades, opções, (des)continuidades e (des)ajustamentos, a instabilidade e mudança, doenças, perdas e luto não resolvido.

Elementos de psicopatologia

Parte significativa de uma história de vida resume-se a “ter sido outros” (Melo, 1997, 483). Uma *fratria* de onze irmãos, dos quais três faleceram, prematuramente. O contexto, a vinculação e aprendizagem, os estádios de desenvolvimento, os sinais e sintomas de doença, sendo a doença “uma condição existencial” (Lieberman, 2016, 351), são fundamentais para a anamnese clínica e para o diagnóstico, quer na perspectiva categorial (APA, 2014), quer dimensional ou da psicopatologia do desenvolvimento (Levy, Johnson, Couthier, Scala, & Temes, 2015). As recordações são “significantes já vivenciados” (Abreu, 2015, 158).

As condições do desenvolvimento

“[P]obres desde a nascença” (Melo, 1997, 195). A casa era um “presídio” (Melo, 1997, 44), sendo a primeira um “barraco escuro” de “terra batida” (Melo, 1997, 58; 90), alugado, e a segunda, igualmente “pobre” (Melo, 1997, 90), adquirida pelo pai, depois de emigrado. Aos pais faltava dinheiro para os medicamentos (Melo, 1997, 66). A alimentação era intercalada com jejuns, se bem que a sua família fosse considerada de “pessoas remediadas” (Melo, 1997, 86). Havia ricos, remediados, pobres e pedintes (Melo, 1997, 196). O trabalho infantil era normativo para o seu tempo: “Aos sete anos, trabalhávamos oito horas por dia; aos nove, não menos do que dez. E depois de sairmos da escola, deixava de haver diferença entre o dia e a noite, e entre a chuva e o sol” (Melo, 1997, 96). Estes acontecimentos de vida negativos comprometeram a estabilidade da vinculação, a disponibilidade na prestação de cuidados e a responsividade parentais (Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000).

As relações parentais constituem um marcador da psicopatologia congruente com a **vinculação** na infância e as **estratégias de regulação emocional** em períodos de desenvolvimento subsequentes: “culpabilizar-se, autocrítica, ruminações, foco nas emoções negativas e sentimentos de desamparo” (Pascuzzo, Moss, & Cyr, 2015, 4). Os conflitos ocorrem com a família alargada e as gentes do lugar, por “partilhas e extremas”, “ofensas e desordens”, “multas” em tribunal (Melo, 1997, 93; 233), inclusive, com a sua própria mãe (Melo, 1997, 125), alimentando uma “contínua desconfiança” (Melo, 1997, 233). Posteriormente, a personagem Nuno contende com a sua mulher Marta, de quem se divorcia (Melo, 1997, 405; 425).

Estilo parental autoritário manifesto através do castigo físico e psicológico: “Entre uma tarefa e outra, ralhos, sermões e pancadaria” (Melo, 1997, 97). Isto fez de si e dos irmãos, “toscos, assustados e tímidos” (Melo, 1997, 186), porque, dos bisavós, aos avós, aos pais, e dos filhos aos netos, “[t]odos se ressentem ainda duma inexplicável ausência de colo materno.” (Melo, 1997, 362)

O **padrão de vinculação insegura** na infância é replicado em adulto (Melo, 1997, 153), porque se interioriza a figura de vinculação como não sendo capaz de constituir uma base segura para exploração do meio, nem de porto seguro, em quem se possa refugiar na situação de perigo. Em vez do afeto, os maus-tratos do pai sem modos para a “ternura” (Melo, 1997, 30). O pressuposto da teoria de vinculação é que, na infância, a vinculação da criança aos pais/cuidadores seja assimétrica, enquanto no adolescente e no adulto, a vinculação a outra pessoa significativa tenda a ser recíproca quanto a prestar e receber cuidados, segundo as necessidades e o contexto, promovendo a função de segurança e de pertença relacional (Ainsworth, 1985; 1989).

A negação dos afetos. Sentirem-se “órfãos de pai e mãe” (Melo, 1997, 48), dando início à disrupção da vinculação. Por a mãe ser uma figura anulada, submissa ao seu “homem” (Melo, 1997, 51), a filha e irmã da fratria, Amélia, é chamada a fazer de mãe, “proibida de brincar, sem infância, amada e odiada por todos” (Melo, 1997, 51), ou seja, assume o papel de regulação parental. Torna-se uma figura complementar de vinculação (Pascuzzo, Moss, & Cyr, 2015).

Se, no poema de Gabriela Mistral (2015, 34-55), *hay besos* para todos os estados de alma, “nunca ninguém se beijava nas casas de [a sua] infância” (Melo, 1997, 353). A sua tia paterna Horácia recebeu-os, mais tarde, com um “abraço trémulo, quase frouxo” e beijos “frívolos” (Melo, 1997, 474), enquanto a tia Esperança o abraçou “sem dizer nada” (Melo, 1997, 477). A humilhação permanente da personagem Nuno, pelo seu pai e irmão, Luís:

“não tinha préstimo para nada.” (Melo, 1997, 97, 143) As moças do lugar chamavam-lhe de “tinhoso e malfeito e deitavam a língua de fora” (Melo, 1997, 233).

As doenças físicas na infância, e.g. pigmentos e eczemas roxos (Melo, 1997, 193), anemia (Melo, 1997, 18; 190), descontrolo dos esfíncteres, perda de apetite (Melo, 1997: 92), tosse convulsa (Melo, 1997, 144). **Perturbações ou distúrbios do desenvolvimento**, e.g. o andar “bambo”, as onomatopaicas até aos 4 ou 5 anos, da personagem Nuno (Melo, 1997, 92-93). Possível quadro de **depressão** da personagem Amélia, a noviça, cuja tristeza está omnipresente ao longo da narrativa, “não sabe ser feliz sem lágrimas, nem rir sem o remorso da alegria, e isso vê-se-lhe nos olhos.” (Melo, 1997, 51). A tristeza da personagem Nuno, “uma criança pensativa, sonhadora em excesso” (Melo, 1997, 96), com “profundos e inesperados desejos de morrer” (Melo, 1997, 180). Outros sintomas tipificam um possível quadro de **ansiedade**: choro fácil, medo, culpa, tristeza, vergonha ou inibição social, desesperança, mal-estar, insónia, nas vozes de Amélia, Nuno e Luís. **Dissociação de identidade** ou **despersonalização** de Amélia, que julga, que o seu corpo estava “do outro lado de si” (Melo, 1997, 190), imaginando que morria e que “a morte esteve sentada” (Melo, 1997, 190), à sua espera, incapaz de experienciar emoções positivas. Sintomas de **perturbação neurocognitiva não especificada** da tia Sónia, a “tareca”, “esquelética” e “destarelada” (Melo, 1997, 476), trocava os nomes das pessoas do lugar, errava pelas ruas, casou-se com o tio Zacarias, um homem “queimado pela ferrugem, pela fome e pela cachaça” (Melo, 1997, 476), que fora carvoeiro e limpa-chaminés e manifestava sintomas de **demência**. O tio Herculano, a quem achavam “meio tolo” (Melo, 1997, 164), casado com a tia materna América. A avó paterna Olinda, surda, morreu “dormindo” (Melo, 1997, 212), quase centenária, “sempre confusa, esquecendo-se das ideias a meio das frases, misturando o passado com o futuro num constante desgoverno da cabeça.” (Melo, 1997, 169) A bisavó Aninhas, com “os seus olhinhos de furoa, já desmemoriados” (Melo, 1997, 212). **Adições e disfunções sexuais** da personagem Nuno, “esponjava-se no uísque” (Melo, 1997, 421), com “ejaculações prematuras” (Melo, 1997, 398), sem “interesses práticos” (Melo, 1997, 379) e um divórcio “litigioso” (Melo, 1997, 421).

Perdas e morte física, e.g. do irmão gémeo, Carlos (Melo, 1997, 65) e de Vítor, o primeiro, e do segundo, com o mesmo nome (Melo, 1997, 69; 98). Da avó materna, Marta, de cancro linfático (Melo, 1997, 154), que deixou 6 órfãos; do avô Botelho, seu marido, com enfisema pulmonar (Melo, 1997, 156; 477). O pai da personagem principal morre de cancro na próstata, em Vancouver, no Canadá, (Melo, 1997, 145; 176) e a mãe, na sequência de um provável AVC, com hemiparesia lateral esquerda, esforçando-se por comunicar com uma “mímica dessas palavras inaudíveis” (Melo, 1997, 312). Da tia materna Flórida, de pneumonia dupla (Melo, 1997, 146). A tia materna Olímpia, de eclâmpsia após o seu quinto parto (Melo, 1997, 479). Outras tias morreram de “doenças inominadas” (Melo, 1997, 477). **Luto não resolvido**. A personagem Marta acusa o seu cônjuge, Nuno, de lhe “proibir o luto” (Melo, 1997, 405) pela morte prematura da sua mãe.

Outras narrativas geracionais do séc. XX

João Lobo Antunes lembra que “[t]oda a cura começa quando contamos a nós próprios os sintomas que nos afligem.” (Lobo Antunes, 2015, 126) Todavia, a evocação da memória não nos revela a pessoa em concreto, ou o facto por si vivenciado, nem propriamente a sua representação, mas a sua (re)significação (Abreu, 2015), para integração das emoções. No regresso a *Gente Feliz com Lágrimas* (1988), de João de Melo, o recurso à analepse e trilogia geracional em busca da identidade, para questionamento do sentido e significado das vidas dos seus autores através das vidas das suas personagens, encontra formas de tratamento ou de inspiração, talvez, em Virginia Woolf, *Mrs. Dalloway* (1925)³, com idêntica moldura e subsequentes tratamentos narrativos em Michael Cunningham, *As Horas* (1998)⁴; Erika Vasconcelos, *Meus Queridos Mortos* (1998)⁵ e Anthony de Sá, *Terra Nova [Barnacle Love]* (2008)⁶.

³ Clarissa Dalloway tem três pretendentes a marido. Septimus Smith, que sofre de “neurose de Guerra”, diríamos, hoje, de stress pós-traumático, suicida-se. É verosímil o paralelismo, ou a projeção, de Virginia Woolf sobre estas personagens, congruente com os quadros depressivos e a sintomatologia da doença bipolar, explorando, também, opções da sua homo e bissexualidade.

⁴ São três gerações de mulheres diferentes entre si, cujas vidas partilham a leitura de *Mrs. Dalloway* de Virginia Woolf. Clarissa Vaughn, em Nova Iorque, prepara uma festa para dar ao seu amigo, de quem cuida, com SIDA. Laura Brown, grávida, doméstica, tem um casamento infeliz, em Los Angeles. A própria personagem Virginia Woolf, em Inglaterra, cujas crises e doença levam ao suicídio.

⁵ A personagem principal é Fiona, que tem marido e amante, e descobre as suas raízes portuguesas. Ela encontra nas suas ancestrais, a força, para continuar com a sua vida. Estas são três gerações de mulheres: a tia-avó, Magdalena, contadora de

Conclusões

A narrativa contribui para a catarse do autor. O padrão de vinculação insegura descreve-se através de marcos de desenvolvimento, da separação parental, do lugar de origem, aos lugares da emigração e passagem. Incongruente com os dados biográficos do autor, a evocação do seu serviço militar na Guiné-Bissau, tendo sido em Angola⁷. Outras narrativas para estudo comparativo: Virginia Woolf, *Mrs. Dalloway*; Michael Cunningham, *As Horas*; Erika Vasconcelos, *Meus Queridos Mortos*; Anthony de Sá, *Terra Nova* [*Barnacle Love*].

Referências bibliográficas

- Abreu, J. L. P. (2015). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (7.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.44.4.709>
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 792-812. papers://e95c07-21c6-4247-a2f7-57339f1ca15a/Paper/p11866
- APA, (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5 ed., DSM-5. Lisboa: Climepsi.
- Bruner, J. (2004). Life as a Narrative. *Social Research*, 71(3), 691-719.
- Charon, R. (2004). Narrative and Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 350 (9), 862-864.
- Cunningham, M. (2002). *As Horas*. Lisboa: Gradiva.
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology*, 56(2), 197-207. <https://doi.org/10.1037/cap0000025>
- Lieberman, J. A. (2016). *Psiquiatras. Uma história por contar*. Lisboa: Temas & Debates / Círculo de Leitores.
- Lobo Antunes, J. (2015). *Ouvir com outros olhos. Ensaios*. Lisboa: Gradiva.
- Matozzi, M. (2016). *Portugueses de torna-viagem. A representação da emigração na literatura portuguesa*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Melo, J. (1997). *Gente feliz com lágrimas*. Lisboa: Dom Quixote.
- Mistral, G. (2015). *Antología ciudadana*. Santiago de Chile: Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Pascuzzo, K., Moss, E., & Cyr, C. (2015). Attachment and Emotion Regulation Strategies in Predicting Adult Psychopathology. *SAGE Open*, 1-15. <https://doi.org/10.1177/2158244015604695>
- Sá, A. (2009). *Terra Nova* [*Barnacle Love*]. Lisboa: Dom Quixote.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13.
- Vasconcelos, E. (1998). *Meus Queridos Mortos*. Lisboa: Gradiva.
- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from Infancy to Adolescence and Early Adulthood: General Introduction. *Child Development*, 71(3), 678-683.
- White, (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: W. W. Norton & Company.
- Woolf, V. (2018). *Mrs. Dalloway*. Lisboa: Relógio d'Água.

histórias; a avó, Helena, que teve três maridos e apenas amou o homem, com quem nunca se casou; e a mãe, Leninha, inconformada com o seu passado e apegada ao amor da sua mãe e avó.

⁶ Narrativa geracional migratória da Ilha de S. Miguel, nos Açores, para Toronto, Ontário, Canadá. O autor trata a imigração dos seus ancestrais como trauma e fala-nos do seu trauma como identidade cindida entre o ser e o não-ser, tratada por William Shakespeare em *Hamlet* (1599-1601), com recurso a termos, expressões, e tradução do falar insular (corisco), num inglês-canadiano híbrido, até, na sua tradução para português, para integração e ressignificação do seu passado e presente.

⁷ Ausência de elementos factuais, nem mesmo *tabanca* (crioulo: povoação, aldeia) aparece no discurso narrativo. A chuva troante é mais condicente com a estação breve de chuvas em Angola, Calambata, entre São Salvador e Cuimba, onde *de facto* o autor cumpriu o serviço militar de 1971 a 1974, como enfermeiro, com o posto de furriel miliciano (Matozzi, 2016: 221).

Prosperar em Tempos Adversos: A II Guerra Mundial e os Avanços na Pedopsiquiatria

Isabel Almeida¹, Joel Brás²

¹ Interna de formação especializada em Pedopsiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

² Psiquiatra Assistente no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

E-mails: isabel_almeidaa@hotmail.com, joelalvesbras@gmail.com

Resumo

Pese embora a II Guerra Mundial marque sombriamente a História, vários foram os contributos que as situações nela experienciadas trouxeram no domínio das ciências da saúde e da doença mental nas crianças e jovens. A submissão a situações-limite, a total desestabilização do contexto familiar, bem como as inúmeras mortes de causa violenta – acabaram por constituir um «tubo de ensaio» às vivências humanas num substrato aterrador. Estas foram alvo de múltiplas análises e investigações, permitindo conceber teorias no continuum saúde-doença mental. Citando Wolf – «A História fez aqui uma cruel experiência social a grande escala» –, mas que permitiu dar passos importantes no conhecimento das emoções básicas da condição humana e das consequências nefastas da ameaça à sua existência. Neste trabalho percorrem-se os trilhos comuns entre um massacre bélico e a lições que dele se tiram na compreensão da psicopatologia na idade pedopsiquiátrica. Serão as crianças um elo mais fraco?

Palavras-chave: II Guerra Mundial, psiquiatria, pedopsiquiatria, psiquiatria da infância e da adolescência, história

Abstract

Despite the Second World War's dark mark in History, it has given multiple contributes to the field of mental health and disease in the pediatric population. The exposure to limit situations, the complete destabilization of the family environment and the countless violent deaths ended up composing a «trial tube» of human experience in a terrifying substrate. This was the target of multiple investigations and analysis, leading to the design of theories concerning the mental health-disease spectrum. Quoting Wolf – “History has here made a cruel psychological experiment on a large scale”, – but this has permitted great steps towards better knowledge of the basic human emotions, and the nefarious consequences of a threatening environment to their balance. The present work roams through common paths between a war massacre and the lessons taken away from it to the understanding of psychopathology in pediatric age. Are children really the weakest link?

Keywords: Second World War, psychiatry, pedopsychiatry, child and adolescent psychiatry, history

Introdução

A II Guerra Mundial foi um marco sombrio na História, mas não podemos negar os seus contributos para avanços nas ciências da saúde, nomeadamente na saúde mental das crianças e jovens. Os autores pretenderam, com este trabalho, enumerar alguns dos nomes e estudos científicos que, durante uma das catástrofes do século XX, mudaram a História da Pedopsiquiatria. Mencionaram ainda aqueles que, posteriormente à época, colheram os frutos amargos do conhecimento que adveio da guerra. Para isso, realizaram uma revisão bibliográfica não sistemática dos estudos e evoluções do estado da arte da Pedopsiquiatria antes, durante e após a II Guerra Mundial.

A II Guerra Mundial e os avanços na Pedopsiquiatria. A Pedopsiquiatria até à II Guerra Mundial

Antes da II Guerra Mundial, a Pedopsiquiatria era exercida a nível comunitário, longe dos grandes centros hospitalares. Cidadãos que trabalhavam em diversas áreas, nomeadamente serviço social, sistema judicial, medicina e filantropia, demonstravam preocupação com a prevenção da delinquência. Esta vontade, aliada ao já decorrente *Mental Hygiene Movement*, motivou o surgimento das *Child Guidance Clinics*, numa reforma liderada pelo neurologista William Healy. Estas clínicas atuavam no sentido de evitar maladaptação psíquica em idade jovem, com abordagens

multidisciplinares, sob fundamentos psicanalíticos. Redirecionaram o foco do tratamento para a prevenção, o que era uma inovação notável, pelo que este modelo se difundiu internacionalmente. Apesar disto, em termos de evidência e resultados, as intervenções eram frustrantes, demoradas, e por vezes generalizando diagnósticos, agrupando a maior parte dos casos em “perturbação de ajustamento”.

Outro local de atuação da Pedopsiquiatria era o sistema de justiça juvenil. Wiliam Healy recusava-se a atribuir, redutoramente, a delinquência e absentismo escolar nos jovens ao atraso mental e herança genética, tal como era feito até à data. Ele procurava explicar estes comportamentos através de uma ótica psiquiátrica e psicológica, averiguando se haveria resolução para a origem destes problemas, e procurava intervir nos mesmos. (Rey *et al.*, 2015)

A chegada da II Guerra Mundial

Em 1939 irrompe a II Guerra Mundial, um evento devastador que resultou na morte de 3% da população mundial, os civis morreram três vezes mais do que os militares, um milhão e meio de crianças judias foram mortas e mais de um milhão e meio de cidadãos foram colocados em situação de refugiados (*“Research Starters: Worldwide Deaths in World War II”*, 2022.).

Durante a Guerra realizaram-se inúmeros estudos científicos, contudo há motivos para adotar reservas nas ilações retiradas dos mesmos. Durante um conflito bélico, a investigação enfrenta dificuldades logísticas, principalmente nas áreas mais fustigadas, onde os achados serão à partida mais ricos. As reações emocionais das crianças dependem de inúmeros fatores, muitos deles independentes da guerra. São exemplos a idade, capacidade intelectual, antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares.

Além disto, a maior parte dos estudos realizados durante este período captam apenas as consequências vividas de forma imediata ou a curto prazo, podendo não captar achados que surgiriam com uma avaliação longitudinal mais prolongada no tempo (Akbulut-Yuksel *et al.*, 2022). Seguem-se, no capítulo seguinte, exemplos de alguns estudos relativos a este período histórico que contribuíram para importantes achados na área da Pedopsiquiatria.

As oportunidades de estudo que a guerra trouxe

Os Registos Militares

Durante a II Guerra Mundial, o exército dos Estados Unidos da América reuniu extensos registos sobre os soldados recrutados. Esta era uma amostra de população extremamente diversa, oriunda de diferentes estratos sociais, faixas etárias, culturas, religiões e etnias. Foi possível recolher inúmeras informações acerca dos seus antecedentes e história de desenvolvimento, e foram elaborados testes inovadores para avaliar a qualidade do seu ajustamento à situação-limite com a qual se estavam a deparar. Os investigadores constataram que, transversalmente, aqueles que tinham o pior desempenho em batalha e pior se adaptaram à realidade do exército tinham, no seu histórico, problemas comportamentais na infância. Durante a Guerra, estes eram expulsos, castigados, punidos, feridos ou mortos com mais frequência ou mais cedo do que aqueles que não tinham tais antecedentes. Assim se ilustrou, de forma objetiva, e com grandes implicações, como as vivências precoces dos indivíduos condicionam o seu desempenho na vida adulta. (Schowalter, 2003).

As Hampstead War Nurseries

Os bombardeamentos aéreos resultavam, que além dos danos físicos, numa grande destabilização social e familiar, e foram extensivamente estudados em termos de impacto na saúde mental da população afetada. Na sequência desta destruição maciça, em 1941, Anna Freud e Dorothy Burlingham abriram as *Hampstead War Nurseries*, onde abrigavam crianças e familiares desalojados pelos ataques aéreos. Para este fim, recorreram a 3 edifícios, onde criaram o *Children’s Rest Centre*, para crianças, em Londres, o *Babies’ Rest Centre*, para bebés, e a *Country House*, numa região campestre, para crianças dos três aos seis anos.

Tratando-se de duas psicanalistas conceituadas, apesar do seu objetivo principal ser prestar auxílio a estes cidadãos, rapidamente perceberam que estas instituições seriam um contexto único para investigação. Um ano depois da inauguração, em 1942, enunciaram os seus objetivos de pesquisa: avaliar as necessidades psicológicas das crianças e quais as consequências de não serem supridas, as reações a bombardeamentos, a separação da família e a influência que a vida precoce, em comunidade, tem no desenvolvimento. Tinham uma amostra de população de fácil acesso durante um período de tempo considerável, em ambiente controlado, o que permitiria uma observação detalhada.

A integração da psicanálise com o método científico da observação experimental revolucionou esta área da psicologia entre os séculos XIX e XX, nomeadamente no estudo da criança. Apesar de gerar controvérsia dentro da comunidade psicanalista, a prática de observar crianças diariamente para estudo não era nova, tendo já Darwin, em 1877 e o próprio Freud, mais tarde, praticado esta técnica. Aliás, este último afirmou que “nenhuma das aplicações da psicanálise despoletou tantas esperanças” como esta. A vantagem sublinhada era a identificação precoce de distúrbios, abrindo portas para intervenções atempadas e inovadoras. Estávamos perante uma aplicação prática da psicanálise de carácter promissor.

Anna Freud e Dorothy Burlingham destacaram-se dentro deste movimento porque a situação extrema vivida na sua época exponenciou as experiências infantis que se propuseram a estudar. Analisaram diversas variáveis e puderam comparar os casos com grupos controlo, sendo que algumas crianças eram até observadas desde o seu nascimento. Alguns parâmetros avaliados foram a comparação entre diferentes tipos de alimentação, como o aleitamento materno exclusivo contraposto com outras dietas, a presença materna comparada com a sua privação, o reencontro com entes queridos e os diferentes períodos nos quais eram atingidos os marcos desenvolvimentais.

Para contenção de custos, quem realizava os registos, além das duas psicanalistas, eram os próprios funcionários das instituições, (muitos deles os próprios pais das crianças que lá viviam). Estes recebiam formação básica em diversas áreas, nomeadamente na Psicanálise, Pediatria, Ginástica pediátrica e Método Montessori (um método de ensino colaborativo, que valoriza a autonomia da criança, as suas capacidades e os seus interesses). Os funcionários escreviam observações em cartões ao longo do dia, da forma mais descritiva possível. Para cada criança havia um cartão no qual estavam especificados diversos dados, desde a idade, peso e altura, a hábitos de sono, desenvolvimento sexual, mecanismos de defesa, e o seu funcionamento relacional.

Freud e Burlingham estudaram também as diferentes reações das crianças aos bombardeamentos aéreos, constatando que eram marcadamente influenciadas pelas reações dos pais. Além disso, muitas crianças, principalmente rapazes, não verbalizavam qualquer comentário sobre o ocorrido, mas acabavam por brincar repetidamente com atividades relacionada com o tema. Descreveram o exemplo de um rapaz de 4 anos que brincava obsessivamente, construindo uma cidade de papel, onde despejava berlindes para simular as bombas, e os seus cidadãos salvavam-se sempre ao último minuto. O seu pai tinha morrido num ataque aéreo nesse ano, e a criança demorou meses a começar a conversar sobre o assunto. Tornou-se claro que muitas das consequências das dificuldades emocionais vividas eram verbalizadas apenas após meses ou anos.

As duas psicanalistas registaram ainda as diferentes reações à separação dos pais, e enumeraram comportamentos regressivos, choro contínuo durante dias, seguimento obsessivo de regras, sentimentos de culpa, entre outros.

Compreendendo a importância da vinculação entre a criança e um cuidador, bem como os danos da sua ausência, testaram a organização de famílias artificiais de acordo com as preferências dos funcionários e das crianças, o que acabou por ter sucesso em certos aspetos: os atrasos desenvolvimentais de algumas das crianças resolveram-se. Algumas, posteriormente, reagiam intensamente à separação ocasional da nova mãe, mas Anna Freud hipotetizou que isso não seria necessariamente mau, e poderia ensiná-los a regular as suas próprias emoções.

Atendendo também à frequente ausência da figura paternal, uma vez que a maior parte dos homens era convocada para o combate, as investigadoras estabeleciam correspondência com os pais biológicos por carta e organizavam visitas frequentes, com boa resposta por parte das crianças institucionalizadas. (Anna Freud National Centre for Childre and Families, acedido em outubro 2022; Midgley, 2007).

Cambridge Evacuation Survey

Assim que a Guerra começou, em 1939, perante a ameaça que pairava sobre Londres, milhares de famílias foram separadas para manter mulheres e crianças em segurança. Mais de um milhão de indivíduos foram afastados das suas casas e deslocaram-se para regiões campestres, nomeadamente Cambridge. Vários psicólogos reuniram-se e decidiram estudar as reações e consequências deste fenómeno, entre eles Susan Isaacs, Sybil Brown, Robert Thouless e John Bowlby. Colheram os dados entre 1939 e 1940, e constataram que 8,2% das crianças se sentia infeliz, principalmente os adolescentes. Foram identificados fatores protetores, nomeadamente a presença de irmãos, visitas dos pais, a alocação de crianças externalizantes a famílias de acolhimento onde estavam já outras crianças, com cuidadores de idade jovem, e a situação oposta (crianças internalizantes com famílias de idade mais avançada, sem outras crianças na casa). Muitos dos refugiados acabaram por regressar a Londres, por solidão, insatisfação dos pais com a casa de acolhimento, ou falta de rendimentos para custear as deslocações para visitas e outros encargos. Em 2013, Michal Shapira, doutorada em História pela Universidade de Tel Aviv, salientou a

importância deste estudo e sublinhou que, se durante as evacuações tivesse sido dada tanta importância à saúde mental como aos bens materiais e bem-estar físico, ter-se-iam evitado inúmeras deslocações de volta para lares em locais de grande risco.

Neste estudo identificaram maior frequência de perturbações ligeiras do que severas, e pareceu-lhes que o contexto da separação tinha mais influência nos danos causados do que a separação em si. (Isaacs *et al.*, 1941; Shapira, 2013)

William Goldfarb, um psicólogo americano, estudou crianças judias abrigadas nas casas de acolhimento de Nova Iorque, para averiguar se havia diferenças em termos de prevalência de distúrbios de comportamento, quando comparadas com crianças que não foram institucionalizadas nesta idade. No primeiro grupo referido estas perturbações eram mais frequentes. Nas instituições, os cuidados médicos contavam com grande atenção ao detalhe e ao bem-estar orgânico: cada criança era deixada num espaço confinado para prevenir o contágio de infeções, e o único contacto humano que tinham ocorria quando recebiam cuidados básicos de enfermagem, por um período breve. Estas crianças desenvolviam uma personalidade mais indiferenciada, menos controlo de impulso, maior apatia, e um contacto que era, no geral, pobre. Estes achados demonstram que a relação com os cuidadores desempenha um papel fulcral na saúde física e mental dos indivíduos, e que não bastam bons cuidados médicos para um bom desenvolvimento infantil (Horst & Veer, 2008).

A investigação de Goldfarb foi uma das muitas que nasceram da conjuntura bélica para inspirar o relatório de John Bowlby para a Organização Mundial de Saúde acerca das consequências da privação materna, um documento que transformou os cuidados infantis por todo o mundo (Rey *et al.*, 2015).

A Pedopsiquiatria após a II Guerra Mundial

No período pós-guerra, múltiplos países não tardaram a instituir políticas promotoras da saúde mental, nomeadamente os EUA, que após um amplo censo determinaram como prioritário investir na formação em Pediatria e Pedopsiquiatria. (Schowalter, 2003)

Ainda nos dias de hoje se colhem os frutos agriados desta Guerra. Foi feito um estudo retrospectivo em 2022 para avaliar os efeitos a longo prazo da experiência de presenciar um bombardeamento em idade jovem. Concluiu que, nos indivíduos expostos precocemente, os efeitos mais notórios a nível de degradação da saúde mental se verificaram entre os 50 e 70 anos de idade. Além disso, quanto mais precoce a idade de exposição, maior o impacto na saúde mental durante estas décadas de vida, o que incluía a exposição a bombardeamentos durante o período fetal.

Outro aspeto curioso do estudo foi a quantificação do impacto socioeconómico que esta afetação da saúde mental trouxe, concluindo que há grandes ganhos se se investir nos cuidados de saúde mental dirigidos a faixas etárias mais jovens, através de planos de atuação de longo prazo. (Akbulut-Yuksel *et al.*, 2022).

Em outro estudo recente, também retrospectivo, avaliou os efeitos da evacuação na saúde mental. Detetou, que há maior probabilidade de patologia depressiva de acordo com a idade e cuidados na evacuação, e que o principal fator mediador era o ambiente familiar de origem. Mais uma vez foi sublinhado o custo de vivências precoces negativas, onde a Pedopsiquiatria pode intervir para controlo atempado de danos.

As consequências das evacuações não se traduzem em doença mental apenas para os protagonistas do evento, mas também para a sua descendência. Um estudo Finlandês concluiu que as filhas de mães previamente evacuadas eram mais hospitalizadas por episódios de perturbação afetiva. Assim se elicitaram as consequências transgeracionais do trauma vivido na infância (Rusby & Tasker, 2009).

Conclusão

A II Guerra Mundial foi um evento devastador, que elicitou a importância das vivências precoces para o desenvolvimento psicológico saudável dos indivíduos. Tornou-se claro que a relação entre a criança, cuidador e ambiente familiar afetam o seu comportamento, saúde mental e física. Os custos socioeconómicos de experiências precoces adversas são consideráveis, e estas têm impacto a longo prazo e atingimento transgeracional. Estes achados tiveram implicações importantes para os conhecimentos e medidas clínicas, sociais e políticas.

Um membro dos Médicos sem Fronteiras proferiu a frase “toda a criança está agora a experienciar múltiplos eventos adversos na infância, e isso é uma das consequências não contabilizadas que ecoará ao longo de gerações”. Infelizmente isto foi verbalizado em 2022 (Kondoleon, 2022). Este trabalho foi redigido numa vertente histórica, mas é terrivelmente atual. Resta-nos esperar que haja mais avanços na área da Pedopsiquiatria para prevenir os danos que já sabemos antecipar.

Referências Bibliográficas

- Akbulut-Yuksel, M., Tekin, E., & Turan, B. (2022). World War II Blues: The Long-Lasting Mental Health Effect Of Childhood Trauma. *National Bureau of Economic Research*, 30284.
- Anna Freud National Centre for Childre and Families. (n.d.). *Our History*. Acedido em outubro de 2022 em <https://www.annafreud.org/about-us/our-history/>
- Horst, F. C. P. Van Der, & Veer, R. Van Der. (2008). Loneliness in Infancy : Harry Harlow, John Bowlby and Issues of Separation. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42, 325-335.
- Isaacs, S., Brown, S., & Thouless, R. (1941). *The Cambridge Evacuation Survey*, 71-75.
- Kondoleon, N. P. (2022). “Nation under stress”: Doctors say mental health a top priority in Ukraine. Acedido a 1 de outubro de 2022 em <https://abcnews.go.com/International/doctors-ukraine-border-mental-health-top-medical-priority/story?id=83578200>
- Midgley, N. (2007). Anna Freud: The Hampstead War Nurseries and the role of the direct observation of children for psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 939-959.
- Research Starters: Worldwide Deaths in World War II*. (n.d.). The National WWII Museum. Acedido em outubro de 2022, em <https://www.nationalww2museum.org/students-teachers/student-resources/research-starters/research-starters-worldwide-deaths-world-war>
- Rey, J. M., Jr, F. B. A., Bernad, C. A., Çuhadaroglu, F. Ç., Evans, B., Fung, D., Harper, G., Loidreau, L., Ono, Y., Püras, D., Remschmidt, H., Robertson, B., Rusakoskaya, O. A., Schleimer, K., Rey, J. M., & Paulo, S. (2015). History of Child Psychiatry. In *e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* 1-72.
- Rusby, J. S. M., & Tasker, F. (2009). *Aging & Mental Health Long-term effects of the British evacuation of children during World War 2 on their adult mental health*. November 2014, 37-41.
- Schowalter, J. (2003). A History of Child and Adolescent Psychiatry in the United States. *Psychiatric Times*, 20(9). Acedido em outubro de 2022 em <https://www.psychiatrictimes.com/view/history-child-and-adolescent-psychiatry-united-states>
- Shapira, M. (2013). Under fire: children and psychoanalysts in total war. In *The War Inside: Psychoanalysis, Total War and the Making of the Democratic Self in Post-War Britain*.

Do *Shell Shock* e da Histeria às Perturbações Neurológicas Funcionais

Filipa Santos Martins^{1,2}, Berta Ramos^{1,3}, Cátia Guerra^{1,3}

¹ Departamento de Psiquiatria, Centro Hospitalar Universitário S. João, Porto, Portugal

² CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

³ Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

E-mail: afilipasantosmartins@gmail.com

Resumo

O aparecimento de queixas ansiosas, pesadelos, confusão, fadiga, assim como queixas somáticas não explicáveis por causa física em soldados expostos a explosões durante a Primeira Guerra Mundial originou as primeiras descrições do *Shell Shock*. Este diagnóstico foi um diagnóstico polémico, sendo os soldados considerados “cobardes” ou “menos masculinos”. O reconhecimento da origem psicológica do *Shell Shock* permite a identificação dos sintomas funcionais e o estudo do trauma na sua etiologia, semelhante à relação entre trauma e histeria. Posteriormente, as duas patologias vão originar diagnósticos diferentes: Perturbações Neurológicas Funcionais e Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Este trabalho propõe-se a fazer uma revisão da literatura existente de forma a traçar parte da história das Perturbações Neurológicas Funcionais a partir do exemplo da Primeira Guerra Mundial, com o intuito de compreender a relação entre a pessoa e o acontecimento nos processos de adoecimento e medicalização associados.

Palavras-chave: *Shell Shock*, histeria, perturbação neurológica funcional, síndromes de guerra, neurose de guerra

Abstract

The appearance of anxiety symptoms, nightmares, confusion, fatigue, and somatic symptoms unexplained by physical causes in soldiers exposed to explosions during the First World War gave rise to the first descriptions of Shell Shock. This diagnosis was controversial since soldiers were considered “cowards” or “less masculine”. Recognition of the psychological origin of Shell Shock allows the identification of functional symptoms and the study of trauma in its aetiology, similar to the relationship between trauma and hysteria. Subsequently, the two pathologies will lead to different diagnoses: Functional Neurological Disorders and Post Traumatic Stress Disorder.

This work proposes to review the existing literature to trace part of the history of Functional Neurological Disorders from the example of the First World War to understand the relationship between the person and the event in the processes of illness and associated medicalisation.

Keywords: Shell Shock, hysteria, functional neurological disorders, war syndromes, war neurosis

Introdução

Os sintomas físicos não explicados medicamente têm um longo percurso na história da Psiquiatria e foram sendo associados a diferentes diagnósticos, tais como: Histeria, Perturbação dissociativa e conversiva, e Perturbações Neurológicas Funcionais. O aparecimento de quadros neuropsiquiátricos nos soldados da Primeira Guerra Mundial, que incluíam movimentos anormais, paralisias, confusão mental, mas sem lesão orgânica evidente, lembravam o comportamento histérico e levaram a acusações de simulação ou cobardia. Contudo, apesar das semelhanças de apresentação e da etiologia traumática (trauma sexual ou de guerra), o “stress de guerra” adquiriu autonomia na forma de *Shell Shock* e atualmente Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Neste trabalho, será feita uma revisitação ao *Shell Shock* de forma a estabelecer um paralelismo com a Histeria e as Perturbações Neurológicas Funcionais.

A vida nas trincheiras era muito difícil (...). No primeiro dia em que ele [o soldado] estava numa trincheira, tinha na sua linha de visão uma pilha de cadáveres, um dos quais tinha o rosto voltado para ele e parecia estar a dormir – isso impressionou-o tanto que não se conseguia livrar dessa visão (...). Os ruídos produzidos pelos projéteis e a incerteza de onde atingiriam causavam grande inquietação e tensão. (Linden & Jones, 2014)

As Primeiras descrições de *Shell Shock* aquando da Primeira Guerra Mundial

Na Primeira Guerra Mundial (28 de julho de 1914 a 11 de novembro de 1918), mais de 70 milhões de soldados foram mobilizados e mais de 9 milhões morreram nos campos de batalha (Pedroso *et al.*, 2017). A par do elevado número de mortos, muitos soldados foram vítimas das explosões, intoxicações por gases tóxicos e disparos de artilharia.

Logos no início da Primeira Guerra Mundial, em 1914, foi publicado um artigo no *British Medical Journal* em que eram descritos casos de soldados com paralisias funcionais, de difícil distinção face às causadas por lesões orgânicas (Elliott, 1914).

Ainda que não existam estimativas precisas, parecem ter sido identificados cerca de 80 000 destes casos no exército britânico, 200 000 a 300 000 no alemão, e pensa-se que os valores sejam semelhantes no exército francês (Lerner, 2001; Crouthamel, 2011; Stone, 2018; Roudebush, 1995).

A denominação *Shell Shock* foi cunhada pela primeira vez por Charles Samuel Myers, em 1915, num artigo publicado na revista médica *Lancet*. Nesse artigo, foram descritos casos clínicos de soldados que apresentavam perda de visão, audição e olfato (Myers, 1915). Myers acreditava que existia uma ligação entre a manifestação somática funcional e a existência de experiências traumáticas precoces. Também argumentava que os sintomas poderiam ser o reflexo do evento stressor (como por exemplo: o aparecimento de surdez funcional após exposição a barulho insuportável). Colocou ainda a hipótese de alguns dos sintomas poderem ser o remanescente de um estado confusional ou estuporoso após um choque agudo. Apesar desta denominação ter perdurado, o próprio Myers veio a manifestar descontentamento com o termo *Shell Shock*, já que o quadro não era restrito aos soldados expostos nas trincheiras.

Debate sobre os mecanismos explicativos do *Shell Shock*

O número crescente de soldados a apresentar estas alterações alimentou o debate sobre o diagnóstico, tratamento e reabilitação destes casos.

O diagnóstico era algo impreciso já que, ainda não se soubesse explicar, admitia-se que a apresentação fosse heterogênea no que diz respeito aos sintomas – desde tonturas, tremores, *tinitus*, amnesia, cefaleias e parestias (Pedroso *et al.*, 2017). Também a apresentação variava no tempo que decorria até à manifestação de sintomas: enquanto alguns soldados apresentavam sintomas durante a guerra, outros manifestavam os sintomas algum tempo depois de terem deixado o combate. Além disso, havia soldados com um curso de doença com períodos de remissão e de novos episódios sintomáticos.

Os sintomas eram diversos e poderiam afetar todos os sistemas de órgãos. Alguns dos quadros mais atípicos correspondiam a síndrome de *les gros ventres de la guerre*, em que o abdómen estava excessivamente proeminente, a lembrar uma grávida em fim de termo (Linden & Jones, 2014). A par dos sintomas neurológicos e somáticos, era usual apresentarem sintomas psicológicos nomeadamente irritabilidade, alterações do ciclo de sono-vigília.

Numa fase inicial, pensava-se que estas alterações se deviam a simulação ou uma lesão do sistema nervoso central provocada pelas intensas explosões e constantes bombardeamentos (Linden, Hess & Jones, 2012; Linden & Jones, 2013; Linden, 2016). Outros consideravam a hipótese de as lesões cerebrais resultarem da intoxicação por monóxido de carbono. Havia ainda quem pensasse que as lesões não passíveis de serem identificadas. Posteriormente, foi levantada a possibilidade de se tratar de uma neurose precipitada pelo stress e pela constante ameaça decorrente da guerra (Tatu & Bogousslaysky, 2014). É também importante mencionar que, atendendo às semelhanças com as apresentações de Histeria descritas por Charcot e pelos seus colegas, no século XIX, este diagnóstico foi associado a estigmas de falta de masculinidade, cobardia e até simulação para evitar responsabilidades militares (Linden, 2016).

Em 1918, a maioria dos médicos britânicos considerava que a explosão era parte de um modelo etiológico complexo, em que fatores físicos e psicológicos interagem (Linden & Jones, 2014). Por exemplo, Frederik Walker Mott considerava que:

Viver nas trincheiras ou abrigos, expostos à humidade, ao frio e, muitas vezes, à fome e à sede, atordoados ou quase atordoados pelo barulho incessante dos canhões, enojados pelos maus cheiros, pelos ratos e pelos insetos torturados por moscas, pulgas, insetos e piolhos, os pequenos horrores da guerra, quando combinados com frequentes espetáculos sombrios e horríveis de camaradas repentinamente abatidos, mutilados, feridos ou mortos, cujas memórias são constantemente recorrentes e excitam um medo de morte iminente ou de serem explodidos enterrados vivos junto a uma mina constituem experiências tão deprimentes para a resistência vital do sistema nervoso que chegará um momento em que até mesmo o homem mais forte

sucumbirá, e a explosão próxima de uma bomba pode produzir uma súbita perda de consciência, não por concussão ou comoção, mas como a ‘última gota’ num sistema nervoso totalmente exausto, desgastado pelo stress da guerra, de trincheiras e falta de sono (Mott, 1917).

O tratamento e recuperação dos soldados

O elevado numero de casos e as exigências da guerra serviam como estímulos para recuperar o máximo numero de soldados o mais rápido possível (Reid & Van Everbroeck, 2014). Além disso, os conhecimentos relativamente à etiologia deste diagnóstico acabou por se repercutir a nível terapêutico.

Inicialmente, atendendo às semelhanças com a Histeria e a preconceitos associados de que estas manifestações apenas ocorriam em homens vulneráveis, pouco viris, os sintomas eram por isso interpretados como sinal de fraqueza. Assim, era considerado que os soldados não eram honrados e o tratamento era sobretudo punitivo em detrimento de curativo. Os médicos recorriam, então, a técnicas dolorosas ou experimentais como a eletroterapia (Tatu & Bogousslavsky, 2014).

Outros, ao considerarem que se tratava de um sintoma psiquiátrico e não orgânico, incentivavam os colegas a esbofetear os soldados que pareciam assustados, ou com défices neurológicos súbitos.

À medida que o conhecimento sobre este diagnóstico foi evoluindo, também o tratamento acabou por sofrer modificações. Passou então a ser realizado encorajamento do tratamento restaurativo, uma vez que era compreendido como sinal de exaustão mental. Assistiu-se uma progressão para terapias mais ativas, que incluíam desde a reeducação, hipnose e massagem, de forma a acordar os sentidos e mostrar que o doente ainda tinha controlo sobre as suas faculdades físicas (Peckl, 2011).

Major Arthur Hurst (1879-1944) era médico, com interesse na área da Neurologia, que contribuiu de forma significativa para a compreensão e tratamento dos soldados com *Shell Shock* (Hurst, 1918a; Linden, Jones, & Lees, 2013). A par disto, é ainda reconhecido por ter realizado o filme *War Neuroses* em que filmava os soldados antes e após o seu tratamento, de forma a ilustrar o processo de recuperação (Hurst, 1918b; Jones, 2012).

O seu método de tratamento começava com uma explicação bastante completa sobre a etiologia dos sintomas, ajustando o nível de linguagem à compreensibilidade do doente e ao seu grau de educação (Hurst & Symns, 1918; Jones & Stone, 2020). Depois, aplicava técnicas que permitiam trabalhar a sugestão do doente. Desta forma, o doente era envolvido no processo terapêutico, compreendendo o que estava a ser realizado. Ao contrário de alguns médicos seus contemporâneos, Hurst apenas recorria a técnicas mais agressivas em casos excecionais uma vez que, para Hurst, era vantajoso o doente cooperar no processo de cura.

Do Shell Shock à Perturbação de Stress-Pós-Traumático

A História fez-se de outras guerras e eventos traumáticos que aumentavam o risco de desenvolver *trauma psíquico* (LeBouthillier *et al.*, 2015). É impossível não pensar em Perturbação de Stress Pós-Traumático quando se pensa em manifestações psiquiátricas em soldados. A Perturbação de Stress Pós-traumático é um diagnóstico que só foi reconhecido em 1980 pela Associação Americana de Psiquiatria, quando foi incluída no DSM-III (APA, 1980), e em 1992 foi incluída no sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1992). De acordo com a descrição do DSM-III, era necessária uma exposição direta do indivíduo com uma situação ameaçadora que cause sofrimento, deve haver continuidade da gravidade dos sintomas e impacto psicológico. Já a atual edição, DSM-V, aponta para uma experiencia sintomática individual após um ou mais eventos traumáticos. Além disso, inclui o subtipo “sintomas dissociativos”, de forma a incluir indivíduos com experiência de despersonalização e desrealização (APA, 2014).

Contudo, faz também sentir refletir sobre a evolução do conceito de Histeria e de que forma é que os preconceitos acerca desta condição tiveram impacto nos soldados que sofriam de *Shell Shock*.

A evolução do conceito de Histeria

As descrições de Histeria em indivíduos do sexo masculino eram raras aquando dos primeiros casos de *Shell Shock*.

O termo Histeria tem sido utilizado desde o tempo de Hipócrates, para descrever sintomas que ocorriam apenas nas mulheres e que eram causados por um distúrbio do útero a exercer a sua influencia nos corpos destas. Assim, a explicação ginecológica para o humor e alterações de comportamento relacionadas com uma serie de distúrbios, incluindo psiquiátricos e neurológicos, durou centenas de anos (Merskey & Merskey, 1993).

Desde o séc. XVII, médicos como Sydenham localizaram a origem destes sintomas histéricos no cérebro e no sistema nervoso em vez do útero. Esta teoria era sustentada pela evidência de que estes sintomas também ocorriam em homens (Trimble & Reynolds, 2016). Começou-se, assim, a pensar que também os homens poderiam padecer de Histeria, sobretudo em situações de hipocondria e melancolia.

No século XVIII e XIX, a Histeria foi classificada como um tipo de neurose, mantendo a teoria de que se tratava de um distúrbio do sistema nervoso (Whytt, 1765).

No século XIX, as explicações patológicas para Histeria continuaram a ser alvo de debate e atenção, já que estes sintomas com frequência mimetizavam os orgânicos, mas poderiam ser distinguidos dos sintomas neurológicos (Richer, 1885).

Os anos 1800s trouxeram um aumento das teorias sobre Histeria: Moritz Romberg explicou a Histeria como uma neurose reflexa causada pela irritação dos órgãos genitais que poderiam promover crises convulsivas, paralisia e bólus histérico (Bonomi, 2009).

No século XIX, assistiu-se à imposição da escola médica Francesa com Briquet, Charcot, Laségue e Janet a dedicarem-se ao estudo de sintomas neurológicos. Pierre Janet apresentou a sua teoria dedicada aos sintomas dissociativos como forma de explicar como é que um indivíduo pode não ter capacidade de controlar os seus próprios movimentos. Pinel argumentava a favor da teoria uterina, desafiando o conceito de histeria masculina. Por sua vez, a origem cerebral era apoiada por Briquet, descrevendo séries de casos em homens que apresentavam vários sintomas neurológicos, tais como espasmos, anestesia, convulsões, paresias, contracturas, e argumentou ainda sobre o potencial de cronicidade (Briquet, 1859). Assim, considerava que a Histeria correspondia a uma neurose encefálica, causada pela ação de uma série de eventos ambientais stressores, no cérebro de indivíduos suscetíveis e vulneráveis, sendo que a parte do cérebro envolvida nas sensações e impressões afetivas estaria afetada e justificaria a clínica (Briquet, 1859; La Tourette, 1895). Reconheceu também que muitos fatores poderiam interagir e justificar o quadro clínico, tais como hereditariedade, predisposição emocional, labilidade, mas também antecedentes de trauma ou abuso emocional ou físico.

É impossível falar em Histeria e não falar em Charcot. As doentes do sexo feminino com comportamentos alterados, como crises epiléticas e histéricas, eram reunidas no mesmo edifício, na unidade de Neurologia do Hospital de *Salpêtrière* em Paris, o que permitiu que Jean-Martin Charcot desenvolvessem as suas teorias sobre estas doenças (White, 1997). Charcot dedicou-se sobretudo à descrição e compreensão dos mecanismos subjacentes à Histeria, enfatizando a predisposição hereditária, presença de agente provocador além de emoções fortes e trauma psicológico (White, 1997). Os doentes reunidos apresentavam vários sintomas neurológicos focais tais como tremores, posturas distónicas, coreia, estereotípicas e contorções bizarras e complexas e, para Charcot, estes sintomas e sinais eram o resultado de uma alteração fisiológica na função neuronal intrinsecamente ancorada em padrões neuroanatômicos. Atendendo à hipótese de simulação, Charcot tentou definir estratégias que permitissem diferenciar as duas perturbações (Hallett, Stone & Carson, 2019).

Assim, no século XIX, a Histeria era considerado um diagnóstico neurológico definido e, embora compreendesse que os sinais e sintomas neurológicos eram semelhantes, Charcot defendia que não eram totalmente iguais (Charcot, 1882). Por exemplo, a fraqueza muscular não era necessariamente acompanhada por alterações nos reflexos osteotendinosos; os doentes assumiam posturas mais variáveis e o grau de envolvimento era mais extenso e incapacitante. Charcot tentou estabelecer a relação temporal entre os sintomas e um evento que causasse stress emocional ou trauma físico que, consequentemente, causariam uma alteração neurofisiológica em doentes predispostos – “uma lesão dinâmica ou funcional”.

Além disso, considerava que a sugestão poderia ter um papel importante como agente provocador e terapêutico, atendendo à facilidade com que os médicos conseguiam hipnotizar estes doentes e pela sugestão conseguiam fazer desaparecer os sintomas.

A histeria masculina não é nada rara, e apenas entre nós, pelo que vejo todos os dias, esses casos muitas vezes não são reconhecidos até mesmo por médicos ilustres. Pode-se admitir que um homem jovem e efeminado pode desenvolver achados histéricos depois de experimentar stress significativo, tristeza ou emoções profundas. Mas o que um trabalhador forte e vital, por exemplo, um engenheiro ferroviário, totalmente integrado na sociedade e nunca propenso a instabilidade emocional antes, pode ficar histérico – assim como uma mulher pode – isso parece estar além da imaginação. E, no entanto, é um facto – ao qual devemos nos habituar. Tal foi o caso de tantas outras ideias atuais (...). (Charcot, 1882)

No século XIX e XX novas teorias envolviam conceitos do subconsciente como dissociação, conversão e conflito intrapsíquico, repressão e ganho secundário. Charcot foi mentor de Freud, pelo que este assistiu às sessões deste de hipnose e aos estudos neuropatológicos de Histeria (Gelfand, 1993).

Em 1895, Breuer e Freud publicaram o livro *Estudos sobre Histeria*, descrevendo cinco casos de estudo em que a hipnose foi usada para controlar os sintomas histéricos. Este estudo levou ao desenvolvimento das bases da teoria psicanalítica bem como a hipótese de conversão que considerava que sintomas eram criados inconscientemente pela conversão de um conflito intrapsíquico. O principal ganho ou benefício correspondia à redução do conflito psicológico experienciado. Os ganhos secundários foram considerados ocorrerem se os sintomas permitissem uma fuga de fontes externas de conflito.

Estas ideias de Freud tiveram um efeito profundo na prática clínica. Esta hipótese da conversão conduziu à adoção do termo Perturbação Conversiva no DSM.

Do Shell Shock e da Histeria às Perturbações Neurológicas Funcionais

O conceito de Histeria continuou a evoluir e, dada a sua heterogeneidade, levou ao seu desaparecimento dos sistemas de classificação. Do seu desaparecimento, foram surgindo diferentes categorias de diagnóstico, tais como Perturbações Dissociativas e Perturbações Somatoformes. Além disso, também evoluiu para diagnósticos como Perturbação de Stress Pós-Traumático e Hipocondria. A relação entre estes diagnósticos oriundos da Histeria perdura já que os sintomas são partilhados nas várias perturbações. Além disso, também os fatores psicossociais, como exposição a trauma, estão frequentemente presentes.

As Perturbações Somatoformes caracterizam-se pela apresentação de sintomas somáticos não explicados por doença conhecida, que resultam em incapacidade e que frequentemente comunicam o sofrimento psíquico (Lipowski, 1988).

A Perturbação Dissociativa corresponde a um grupo diagnóstico em que pode existir perturbação de aspetos da consciência, identidade, memória, comportamento motor ou perceção do ambiente não explicados por doença conhecida.

Enquanto a classificação ICD-10 mantém a designação Perturbação Dissociativa (WHO, 1992), a classificação de perturbação neurológica funcional surge no DSM-5, juntamente com Perturbação Conversiva (APA, 2014). Neste sistema de classificação, é reconhecida a importância de o diagnóstico dever ser sustentado em sinais clínicos positivos no exame físico e não apenas como diagnóstico de exclusão:

- A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial afetadas
- B. Achados físicos a mostrar a incoerência entre os sintomas e as condições médicas ou neurológicas encontradas
- C. O sintoma não é explicado por outro diagnóstico médico ou psiquiátrico
- D. O sintoma causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional, ou noutras áreas da vida importantes para o indivíduo ou requer avaliação médica.

As Perturbações Neurológicas Funcionais correspondem a síndromes clínicas em que se experienciam alterações motoras, sensitivas ou cognitivas, que causam impacto e stress e manifestam um ou mais padrões de défices que são consistentes com a disfunção de sistema nervoso e que mostram variabilidade no desempenho na mesma tarefa ou em diferentes tarefas. As perturbações neurológicas funcionais estão entre as causas de incapacidade mais comuns em neurologia (Carson, Hallett, & Stone, 2016).

Os estudos parecem também indicar que os sintomas têm uma relação inconsistente com o trauma e o stress, embora nem sempre este seja identificável.

O modelo tradicional da conversão considera que o stress psicológico é convertido num sintoma físico. Freud mudou o foco de evento para pensamentos e sugeriu que drives inaceitáveis e geralmente sexuais levavam a que a energia psíquica fosse convertida em sintomas físicos (Breuer & Freud, 1895). Sabe-se que experiências aversivas podem aumentar o risco de Perturbações Neurológicas Funcionais, mas a visão integrada dos mecanismos neurobiológicos e psicológicos inclui fatores perpetuadores, precipitantes e predisponentes.

Presentemente, pensa-se que a abordagem deva ser multidisciplinar e de forma a envolver o doente na compreensão da doença e envolvendo-o no processo de recuperação, com semelhanças face ao método de Hurst.

Conclusões

Os sintomas medicamente não explicados foram e continuam a ser um problema de classificação e tratamento. Além disso, a exposição a acontecimentos adversos e *stressores* está associada a diferentes diagnósticos psiquiátricos cuja categorização e abordagem foi mudando ao longo tempo. Das semelhanças de apresentação de *Shell shock* e histeria emergiram diferentes categorias, estando subjacentes causas culturais de apresentação do sofrimento, científicas de conhecimentos patofisiológicos e neurobiológicos e de governo psiquiátrico que o justificam.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III*. Washington, DC: American psychiatric association.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-V)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Bonomi, C. (2009). The relevance of castration and circumcision to the origins of psychoanalysis: 1. The medical context. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(3), 551-580.
- Breurer, J. E., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig, Germany: Franz Deuticke.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. J. B. Baillière.
- Carson, A., Hallett, M., & Stone, J. (2016). Assessment of patients with functional neurologic disorders. *Handbook of clinical neurology*, 139, 169-188.
- Charcot, J. M. (1882). Deux cas de contracture hystérique d'origine traumatique. Jean-Martin Charcot. *Oeuvres Complètes de J. M. Charcot*, 3.
- Crouthamel, J. (2011). 'The nation's leading whiner': visions of the national community from the perspective of mentally traumatized veterans. *Neuere Medizin-und Wissenschaftsgeschichte*, 26, 72-96.
- Elliott, T. R. (1914). "Transient paraplegia from Shell explosions". *British Medical Journal*, 2(2815), 1005-1006. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.2815.1005>
- Gelfand, T. (1993). *Becoming patrimony: When, how, and why Charcot got into hysteria. History of neurology: Jean-Martin Charcot*. Minneapolis, MN: American Academy of Neurology Publ, 53-68.
- Hallett, M., Stone, J., & Carson, A. (2016). *Charcot, hysteria, and simulated disorders. Functional Neurologic Disorders*, 11.
- Hurst, H. F. (1918a). *Medical diseases of the war*. E. Arnold.
- Hurst, A. F. (1918b). Cinematograph Demonstration of War Neuroses. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 11(neurol_sect), 39-42.
- Hurst, A. F., & Symns, J. L. M. (1918). The rapide cure of hysterical. *Seale-Hayne Neurological Studies*, 1, 27.
- La Tourette, G. G. (1895). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de La Salpêtrière* (Vol. 2). Librairie Plon, E. Plon, Nourrit et Cie..
- LeBouthillier, D., McMillan, K., Thibodeau, M., & Asmundson, G. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 28(1), 183-190.
- Lerner, P. (2001). *From traumatic neurosis to male hysteria: the decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889-1919// Traumatic Pasts: history, psychology and trauma in the modern age, 1870-1930*. /Eds. M. Micale, – NY: Cambridge Press. – 2001.
- Linden, S. (2016). *They Called it Shell Shock: Combat Stress in the First World War*. Helion Limited.
- Linden, S. C., Hess, V., & Jones, E. (2012). The neurological manifestations of trauma: lessons from World War I. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262, 253-264.
- Linden, S. C., & Jones, E. (2013). German battle casualties: The treatment of functional somatic disorders during World War I. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 68(4), 627-658.
- Linden, S. C., & Jones, E. (2014). 'Shell shock revisited: an examination of the case records of the National Hospital in London'. *Medical history*, 58(4), 519-545.
- Linden, S. C., Jones, E., & Lees, A. J. (2013). Shell shock at queen square: Lewis Yealland 100 years on. *Brain*, 136(6), 1976-1988.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.

- Jones, E. (2012). War neuroses and Arthur Hurst: a pioneering medical film about the treatment of psychiatric battle casualties. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 67(3), 345-373.
- Jones, E., & Stone, J. (2020). Hurst Rehabilitated: the treatment of functional motor disorders by Arthur Hurst during the First World War. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 50(4), 436-443.
- Merskey, H., & Merskey, S. J. (1993). Hysteria, or" suffocation of the mother". *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 148(3), 399.
- Mott, F. W. (1917). The Chadwick lecture on mental hygiene and shell shock during and after the war. *British Medical Journal*, 2(2950), 39.
- Myers, C. (1915). A contribution to the study of shell shock.: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Duchess of Westminster's War Hospital, Le Touquet. *The Lancet*, 185(4772), 316-320.
- Peckl, P. (2011). What the patient records reveal: reassessing the treatment of" war neurotics" in Germany (1914-1918). *Neuere Medizin-und Wissenschaftsgeschichte*, 26, 139-159.
- Pedroso, J. L., Linden, S. C., Barsottini, O. G., Maranhão, P., & Lees, A. J. (2017). The relationship between the First World War and neurology: 100 years of "Shell Shock". *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75, 317-319.
- Reid, F., & Van Everbroeck, C. (2014). Shell Shock and the Kloppe: war neuroses amongst British and Belgian troops during and after the First World War. *Medicine, Conflict and Survival*, 30(4), 252-275.
- Richer, P. (1885). *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*. Delahaye et Lecrosnier.
- Roudebush, M. O. (1995). *A battle of nerves: Hysteria and its treatment in France during World War I*. University of California, Berkeley.
- Stone, M. (2018). Shellshock and the psychologists. In *The anatomy of madness* (pp. 242-271). Routledge.
- Tatu, L., & Bogousslavsky, J. (2014). World War I psychoneuroses: hysteria goes to war. *Hysteria: the Rise of an Enigma*, 35, 157-168.
- Trimble, M., & Reynolds, E. H. (2016). A brief history of hysteria: from the ancient to the modern. *Handbook of clinical neurology*, 139, 3-10.
- White, M. B. (1997). Jean-Martin Charcot's contributions to the interface between neurology and psychiatry. *Canadian journal of neurological sciences*, 24(3), 254-260.
- World Health Organization (WHO). (1992). *International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10)*.
- Whytt, R. (1765). *Observations on the nature, causes, and cure of those disorders which have been commonly called nervous hypochondriac, or hysteric, to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves*. Edinburgh: T. Becket & P. du Hondt.

De Kafka a Conrad – O Incognoscível do Trema

Gisela Simões, Sabrina Jesus, Ana Inês Gomes

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE

E-mail: gisela.simoeseoutlook.com

Resumo

Franz Kafka (1883-1924), um dos escritores mais influentes do século XX, foi autor de várias obras marcadas por traços do Expressionismo como a deformação da realidade. Neste ensaio, propomos uma associação entre os romances de Kafka, *A Metamorfose* (1915) e *O Processo* (1925), e os processos fenomenológicos que ocorrem nas fases prodrômicas da esquizofrenia, descritas de forma sistemática e conceptualizadas por Klaus Conrad (1905-1961). A convivência entre a primeira fase descrita por Conrad – Trema – e a atmosfera inalcançável e incognoscível que figura nos escritos de Kafka é discutida à luz das perturbações do pensamento e da vivência do Eu, aspetos cruciais da experiência esquizofrénica e que povoam a literatura de Kafka. O papel da atribuição de saliência aos estímulos, falsa aprendizagem associativa e a vivência de um estado *quasi* delirante pelo leitor na busca constante por empatia e previsibilidade são também discutidas, sensações nutridas pelo constante clima de tensão, trémulo, atormentador e incontrollável.

Palavras-chave: trema, Klaus Conrad, Franz Kafka, esquizofrenia incipiente

Abstract

Franz Kafka (1883-1924) was one of the most influential writers of the 20th century and author of several works marked by characteristics of Expressionism such as the deformation of reality. In this essay, we propose an association between Kafka's novels *The Metamorphosis* (1915) and *The Trial* (1925) and the phenomenological processes that occur in prodromic stages of schizophrenia, systematically described and conceptualized by Klaus Conrad (1905-1961). The similarities between the first phase – Trema – and the unreachable atmosphere in Kafka's writings is discussed in the light of disturbances of thought and the experience of the Self, crucial aspects of the schizophrenic experience that populate Kafka's literature. The role of the attribution of salience to certain stimuli, the false associative learning and the experience of an almost delirious state by the reader in the constant search for empathy and predictability are also discussed, sensations nourished by the climate of tension, also trembling, tormenting and uncontrollable.

Keywords: trema, Klaus Conrad, Franz Kafka, incipient schizophrenia

Introdução

Franz Kafka foi um escritor boémio, nascido a 3 de julho de 1883, em Praga, no ainda Império Austro-Húngaro, e foi considerado umas das figuras da literatura mais influentes do século XX. A sua obra, sobretudo na forma de romances e contos em língua alemã, reluziu uma ficção visionária através da abordagem de temas e arquétipos de alienação, numa arrebatadora atmosfera de inquietação física e psicológica que viria a popularizar-se no termo “kafkaesco” como algo indistinctível, labiríntico e surreal.

Neste ensaio, propomos uma associação entre os romances de Kafka, *A Metamorfose* (1915) e *O Processo* (1925), e os processos fenomenológicos que ocorrem nas fases prodrômicas da esquizofrenia, descritas de forma sistemática e conceptualizadas por Klaus Conrad, com enfoque no primeiro desses estágios, designado de Trema, mediante a exploração da experiência literária criada, suas características e paralelismo psicopatológico.

Franz Kafka: da Vida e Obra ao Enquadramento Literário

Nascido no seio de uma família judia de classe média, em Praga, Kafka concluiu a sua formação profissional na área da advocacia e formação jurídica. Ao longo da sua vida, desvendou-se um escritor prolífico, apesar de pouco

reconhecimento e sucesso durante o seu período de vida, com grande parte da sua obra destruída por sua determinação. Acabou por falecer em 1924, aos 40 anos, vítima de tuberculose, ainda na então penumbra do que viria ser o inimaginável alcance posterior da sua escrita, disseminada em grande parte pelo seu amigo próximo Max Brod.

Dos vários trabalhos publicados, a sua maioria postumamente, viram a ressaltar uma maior visibilidade obras como o romance *Der Prozess* (1925; “O Processo”) e o conto *Die Verwandlung* (1915; “A Metamorfose”), reconhecidas pela expressão de ansiedades e de uma vivência paralela, consideradas por vários críticos como representativas dos desafios sentidos por muitos na Europa e na América do Norte do século XX.

Coligada pela temporalidade e pelo contexto social, a sua obra terá ficado marcada por traços do Expressionismo, nomeadamente pelo rasto indelével da deformação da realidade. Este movimento artístico e cultural, transversal aos vários campos (literatura, arquitetura, pintura, música, cinemas, teatro, dança, fotografia, ...) terá tido berço na Alemanha, no início do século XX, servindo-se da modificação da realidade habitualmente conhecida, de forma a expressar a vivência subjetiva inerente à natureza humana, através da primazia da expressão dos sentimentos e dos estímulos internos face à objetividade mundana. Através de uma paleta cromática diversificada e vincada, bem como através do recurso às temáticas de solidão e miséria, o Expressionismo demonstrou-se um reflexo da angústia e ansiedade que dominavam os círculos artísticos e intelectuais da Alemanha durante os anos anteriores à Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e que se prolongariam até ao fim do período entre-guerras (1918-1939). Fruto das peculiares circunstâncias históricas em que surge, o Expressionismo veio desvelar e sublinhar o lado pessimista da vida e a angústia existencialista do indivíduo que, numa sociedade moderna e industrializada, se vê isolado e submerso em si mesmo. Ante os limites externos, o suscitar de um desejo veemente de transformar a vida, de alargar as dimensões da imaginação e de renovar a linguagem artística, o Expressionismo viabilizou a liberdade individual, a subjetividade, e desafiou o racionalismo com o arrebatamento e os temas proibidos – o excitante, o diabólico, o sexual, o fantástico, o perverso, a guerra, a urbe, o medo, a loucura, o amor, o delírio, a natureza e a perda da identidade individual. Nenhum outro movimento até à data apostara de igual maneira na palavra como veículo de expressão da deformidade, da doença e da loucura, tornadas motivo das suas obras.

Klaus Conrad e os Estados Prodrómicos da Esquizofrenia

Klaus Conrad (nascido a 19 de junho de 1905, em Reichenberg, e falecido a 5 de maio de 1961, em Göttingen) foi um Neurologista e Psiquiatra alemão com importantes contribuições para a Neuropsicologia e para a Psicopatologia, considerado um dos grandes nomes da escola de Psiquiatria alemã.

Conhecido pela introdução do conceito de humor ou atmosfera delirante nas fases prodrómicas do desenvolvimento da esquizofrenia, ficou também reconhecido pela aplicação dos conceitos de Gestalt às afasias, psicoses sintomáticas e à esquizofrenia incipiente. As suas descrições sobre as fases iniciais da esquizofrenia são consideradas impressionantes para a sua época, tendo os seus pontos de vista sobre a origem e desenvolvimento das experiências psicóticas sido considerados na altura como um saber inovador e uma fonte de ideias para a pesquisa em Psicopatologia.

Foi no ano de 1958 que publicou o seu trabalho mais influente – *Die Beginnende Schizophrenie* (“A Esquizofrenia Incipiente”), figurando entre um dos trabalhos mais importantes da Psiquiatria do último século. Para Conrad, coexistiria na psicose um impedimento patológico no desenvolvimento de uma configuração estruturada entre as partes que constituiriam o todo da experiência, traduzido na modificação da relação normal entre o sujeito e o seu ambiente. Partindo deste pressuposto, Conrad estudou e descreveu as etapas atravessadas pela maior parte dos delírios esquizofrénicos, nomeando-as com palavras latinas cuja semântica exprimia o que a Fenomenologia refletia e a Psicopatologia explicava: Trema (do latim *tremere* – abalar, estremecer), Apofania (do grego *apóphansis* – declaração, afirmação, revelação), Apocalipse (do latim *apocalypsis* – caos), surgindo posteriormente a fase de Consolidação e um estado Residual. Estas etapas constituíam marcos do desenvolvimento do processo de adoecer, desde o início da sua formação até ao desmoronamento completo, ou incompleto.

O Trema

Para designar a primeira das fases, Conrad elegeu, então, a expressão Trema, preterindo a de «pródromo», por considerar esta última um conceito nosológico e não fenomenológico. Trema, termo também frequente na gíria teatral, era utilizado pelos atores para designar a angústia e tensão que estes experimentavam antes da entrada em palco e que só desapareceria no momento de abandono do mesmo ou na decisão antecipada de não entrar.

Similarmente, Conrad desenvolveu o termo segundo a noção de correspondência a um estadio de estranheza que precede o aparecimento do delírio, com aumento da tensão afetiva. Assim, o indivíduo sentiria que o ambiente rodeante adquiriria uma aparência estranha e opressiva, prevendo que algo muito importante iria suceder, conduzindo a emoções e sentimentos diversos como excitação, antecipação, suspeição, medo, culpa, inibição depressiva ou estranheza (e, muito habitualmente, uma combinação de vários destes). O indivíduo sentiria, então, que “algo está diferente”, não conseguindo precisar exatamente o que estará em mudança ou que já se modificou.

Na sua obra e palavras, Conrad descreveria: “*Parece frio e hostil para quem o experiencia, como se estivesse na pele de um condenado*”. A atenção seria, então, captada por estímulos anteriormente irrelevantes, o cenário perceptual ganharia uma saliência marcada, corrompendo o processo Gestalt de formação de percepções, podendo esta fase pode prolongar-se durante dias, semanas, meses ou até mesmo anos.

O Trema na assinatura de Kafka – O Processo (*Der Prozess*, 1925)

Esta obra retrata a história de Josef K., um agente bancário que é processado e que desconhece totalmente o motivo da sua acusação. A figura de Josef K. constitui o paradigma do perseguido que desconhece as causas reais da sua perseguição, e que, procurando esclarecê-las, se vê balizado apenas às elucidações alegóricas e falaciosas provenientes de variadas fontes.

A história é fragmentada e o fio condutor assenta na busca perseverante de Josef K. por vencer a acusação imposta pelo sistema de Justiça e os seus inúmeros intervenientes, que chegam a abranger pervasivamente as diversas esferas da vida de Josef K. (incluindo a Igreja, o Banco, o seu advogado e a sua amante), numa aliança que exclui somente o protagonista. Desta forma, Josef K. procura compreender e impor-se à realidade através de recursos lógicos, apresentando um comportamento com coerência interna e coerência com os factos. Todavia, os factos e, principalmente, as relações entre as pessoas na complexa rede da Justiça obedecem a leis que ele – e apenas ele – não compreende e, desta feita, as suas atitudes aparentam afastá-lo da possibilidade de libertação. A cada capítulo, a cada novo encontro, Josef K. afunda-se mais e mais no emaranhado desta teia. O enredo, focado no protagonista e na sua experiência vivencial, reflete continuamente um relato detalhado, preciso e imparcial dos seus processos internos. Talvez por isso, apesar de Josef K. demonstrar uma clara indignação diante as circunstâncias apresentadas, parece não comover o leitor. Mediando-se do raciocínio contínuo, o seu sofrimento apresenta-se sobremodo frio, causando ao leitor uma estranheza ainda maior pela capacidade de perceber uma cisão entre a capacidade intelectual de apreender e conceber os elementos da realidade e a capacidade de os sentir e a eles reagir emocionalmente.

A constante do poder e da conspiração permeia toda a história, de forma absoluta, imutável, inalcançável e incognoscível. A sucessão dos acontecimentos consolida a convicção de que há um cerco se vem a fechar em torno do protagonista, percepção reforçada pelas repetidas advertências que recebe de diversas personagens, afirmando que ele se encontra a experienciar um engano, erro ou ilusão. Josef K. não sabe quem o condena e qual é a sua culpa, mas esta inconsciência não o inocenta, não o redime, nem reduz o seu castigo e este acaba por sucumbir ao tentar deduzir intelectualmente e enquadrar as circunstâncias da sua realidade em categorias racionais.

In O Processo:

“– Não estou com isto a querer dizer que considero tudo uma brincadeira (...). Teriam de participar dela todos os integrantes da pensão, os senhores todos também, e isso iria além dos limites de uma brincadeira. Portanto, não quero dizer que seja uma brincadeira. (...) Mas por outro lado – continuou K. – (...) Tiro essa conclusão do fato de ser acusado e não conseguir descobrir a mínima culpa da qual me pudessem acusar. Isso também é secundário, a questão principal é: por quem sou acusado? Que autoridade conduz o processo? Os senhores são funcionários? Nenhum está de uniforme, caso não se queira chamar de uniforme a roupa que vestem – e aqui se voltou para Franz –, pois ela é antes um traje de viagem. Nessas questões eu exijo clareza e estou convencido de que depois desse esclarecimento vamos poder nos despedir uns dos outros da forma mais cordial possível. (...)

K. fitou o inspetor. (...) Sobre o motivo da sua detenção e a respeito dos seus mandantes, não ficava a saber nada? Entrou numa certa agitação, andou de cá para lá, no que ninguém o impediu, empurrou para dentro os punhos da camisa, apalpou o peito, alisou os cabelos, passou pelos três senhores e disse:

– Isto não faz sentido.”

– A Metamorfose (*Die Verwandlung*, 1915)

Este conto retrata as circunstâncias de um outono de 1912 em que, após três semanas de intenso trabalho, Gregor Samsa se vê bloqueado de prosseguir com as suas demandas profissionais de caixeiro-viajante, quando, ao despertar, se apercebe que se terá transformado numa espécie de inseto repugnante. O primeiro parágrafo, que viria a marcar a literatura ocidental, já continha em si o clímax da trama.

In *A Metamorfose*:

“Um dia de manhã, ao acordar dos seus sonhos inquietos, Gregor Samsa deu por si em cima da cama, transformado num inseto monstruoso.”

O facto central da história ocorre, portanto, pouco antes da narrativa se iniciar, sem que venha a ser desvendada a natureza desta ocorrência. Criado, de imediato, um vale profundo na comunicação com os outros, à cisão da experiência de Gregor ante uma transformação não percebida, segue-se um debate racional com a circunstância. Mais do que a tentativa de compreender a sua origem, o intelecto é, uma vez mais, na literatura de Kafka, a arma do protagonista. Sem desviar o foco dos seus afazeres previstos e agendamentos, Gregor procura movimentar-se no espaço físico e psíquico, ao mesmo tempo que descobre e se confronta com as limitações da sua nova existência, que abrange a incapacidade de chegar aos outros. Na visão de Gregor, o distanciamento criado deve-se, sobretudo, pela incapacidade dos circundantes atingirem e compreenderem a sua experiência.

In *A Metamorfose*:

“Parecia-lhe que seria muito mais sensato deixarem-no agora em paz, em vez de o perturbarem com choros e insistências. É claro que a incerteza que atormentava os outros é que desculpava estes seus comportamentos.”

Gera-se, uma vez mais, a estranheza do leitor face à vivência desligada do protagonista, contudo, deixa-se atingir pelo comovente da dor física e da rejeição projetada na nova figura de Gregor.

– Acedendo ao Trema n’*O Processo* e n’*A Metamorfose*:

1. O Trema representa o **clima de tensão**, anunciador de que algo que está iminente, que é trémulo, atormentador e incontrolável: esta atmosfera imbui a busca incessante pelo esclarecimento da acusação n’*O Processo* e transpõe-se na figura transformada do protagonista d’*A Metamorfose* pela incapacidade de compreensão e controlo da experiência transformada
2. Nesta fase, o **campo psíquico** revela-se algo «estreitado», rodeado de barreiras intransponíveis, movendo-se o indivíduo neste campo como um prisioneiro na sua cela, sem grandes possibilidades de fuga: estes limites são delineados n’*O Processo* na forma dos trâmites e imposições judiciais sorvidas por Josef K. e, n’*A Metamorfose*, pela própria circunstância física de Gregor Samsa, que representa os limites de si mesmo
3. A crescente tensão do «campo» pode conduzir o indivíduo à tentativa de ultrapassar essas barreiras, surgindo então **condutas sem sentido**, alterações do comportamento, ou reações inadequadas à realidade exterior: a experiência subjetiva isolada dos protagonistas nas duas obras, despoleta momentos tensionais com as restantes personagens, parecendo afastar os primeiros do mundo circundante pela perspetiva impassível de ser partilhada, apesar dos seus esforços sucessivos
4. Outra das características desta fase assenta na **desconfiança**, sendo difícil a diferenciação e colocação dos limites entre a desconfiança normativa e a patológica, onde começará o delírio. Podemos afirmar que este ainda não existe enquanto o indivíduo é capaz de «transcendência», isto é, quando ainda existe alguma possibilidade de correção e de cedência à argumentação lógica. Esta ambiência de dúvida e de incerteza face à possibilidade de confiar nos restantes indivíduos releva-se sobretudo n’*O Processo*, sendo cada vez mais pervasiva e abrangendo progressivamente todas as esferas de vida de Josef K. até ao seu isolamento total
5. Nesta fase, que não se assume ainda como uma perturbação patológica estabelecida, produz-se ainda uma vivência percebida de **perda de liberdade**: o indivíduo já não pode mover-se no «campo», pois sente-se rodeado de barreiras, rejeitado num mundo apenas seu, incapaz de comunicar com os outros, com os quais se vem a sentir cada vez mais separado por um abismo, aspetos claramente vivenciados nas figuras dos protagonistas Josef K. e Gregor Samsa. No contexto em que estas personagens se movem, o fundo vivencial deixa de ser

neutro e começa a destacar-se e a adquirir significado, ocupando o que anteriormente transparecia em primeiro plano – a figura. O trivial passa a encerrar em si a possibilidade de significância a qualquer momento, e o leitor tenta construir relações de causalidade inexistentes, que ultrapassam a compreensibilidade

6. O Trema tem uma **duração incerta**, que poderá prolongar-se de dias a vários anos. No entanto, ao desaparecer, surge aquilo que já vinha sendo anunciado pela tensão crescente – o Delírio. Em ambas as obras, Kafka abandona o leitor num estado de submersão de dúvida e incompreensão, nunca alcançando o total esclarecimento da natureza dos factos e das ocorrências que viria (assim contaríamos) com a revelação e força de afirmação acrescentada pela Apofania.

Nasce o Kafkaesco

Um dos efeitos criados pela publicação d'*A Metamorfose* foi a disseminação do termo *kafkaesco* ou *kafkiano* para designar, de uma forma geral, situações absurdas que intrigam e perturbam a mente humana, confusas e assustadoras, especialmente envolvendo regras complicadas e sistemas que carecem de algum sentido, complexos, bizarros ou ilógicos. As personagens de uma cena *kafkaesca* geralmente carecem de autossuficiência para escapar das situações labirínticas.

Aplicado hoje, popularmente, como sinónimo de “surreal”, a sua propriedade é mais espçosa ao abranger um estado de suspensão da realidade, como um pesadelo que segue já depois do acordar. Assenta ainda que a escrita de Kafka é de contornos concretos, detalhados, quase impossíveis de não serem visualizados ou projetados no campo atencional do leitor, adquirindo um maior sentido de realidade que de surrealismo. É, também por isto, que é nutrido o incómodo do leitor e uma frustração comedida pela movimentação das personagens. Levantando os limites da incerteza com pequenos sopros de ilusão de respostas, a magia da escrita de Kafka projeta do mínimo ao infinito o desconforto da crítica e a bizarria para o leitor.

Conclusão

Autor de uma obra inclassificável, Franz Kafka expressou, nas suas mais variadas produções, o absurdo da existência, a possibilidade de solidão entre a multidão, a alienação do ser humano moderno, a sua desorientação na sociedade urbana e industrial e a sua impotência frente a poderes pouco destrincháveis. Pela mão da sua mestria e estilo ilógico, descontínuo e labiríntico, deixa com o leitor vazios de difícil preenchimento, perante os pensamentos e conexões imprevisíveis e perturbadoras que se apresentam e que sorvem a noção de engano, erro ou ilusão. Todo este cenário se enquadra nas descrições fenomenológicas do delírio, ou, mais especificamente, da fase inicial, ou prodrómica da esquizofrenia, designada de Trema, sistematicamente estudadas e caracterizadas por Klaus Conrad, sendo dirigido ao leitor, a cada momento, o desafio inalcançável da compreensibilidade.

Bibliografia

- Castelon, E. (2019). “O Processo” de Franz Kafka e as Neurociências: bases neurobiológicas do delírio. Consultado em julho 2022 em <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/4467>.
- Cardoso, C. M. (2005). O mundo esquizofrénico visto por Klaus Conrad. *Psilogos*, (2), 57-72.
- Chilvers, I. (2007). *Diccionario de arte*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Conrad, K. (1963). *La Esquizofrenia Incipiente*. Espanha: Triacastela.
- Correia, D. T. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. Lisboa: Lidel.
- Gilman, S. (2005). *Franz Kafka*. Londres: Reaktion Books.
- Jaspers, K. (1997). *General Psychopathology* (J. Hoenig, M.W. Hamilton, Trans). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Kafka, F. (1915). *A Metamorfose*. Matosinhos: Cardume Editores.
- Kafka, F. (1925). *O Processo*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Kafka On-line. *A Short Biography of Franz Kafka*. Consultado em julho 2022 em www.kafka-online.info.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1989). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (10.^a Ed.). Wolters Kluwer.
- Maldonado, M. A. (2006). *El Expresionismo y las vanguardias en la literatura alemana*. Madrid: Síntesis.
- Mishara, A. L. (2010). Klaus Conrad (1905-1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 9-13.

- Oyeboode, F. (2018). *Sims' symptoms in the mind: An introduction to descriptive psychopathology*. Sixth edition. London: Elsevier.
- Ploog, D. W. (2002). Klaus Conrad (1905-1961). *History of psychiatry*, 13(51 Pt 3), 339-360.
- Santos M. B., & Rodrigues V. A. (1990). *Esquizofrenia – Perspectiva de Conrad*. V Seminário de Psicologia e Psicopatologia Clínica, ISPA.

St. Vito's Dance: The 1500s Dancing Mania – When, How and Attempts at a Why?

Filipe Oliveira Azevedo, Leonor Santana, Carolina Rocha Almeida

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

E-mails: filipe_eazevedo@hotmail.com; leonorsantanapsiquiatria@gmail.com; carolinaalmeida9@hotmail.com

Abstract

One of the strangest phenomena that plagued medieval Europe involved people dancing erratically, with descriptions of groups of several hundred people. The most famous occurrence was in the 1500s in Strasbourg. It affected adults and children who danced until they collapsed by injury and exhaustion. Treatments were tried, including accompanying the dancers with music or praying the illness away but with little effect. Many different incidents were reported over the years with corroborating sources from various institutions, from medical to clerical reports. The cause of this phenomenon is still poorly understood, with many theories ranging from mass psychogenic illness to epidemic chorea to ergotism. We aim to review this strange phenomenon and the proposed theories that may explain it.

Keywords: dancing mania, mass psychogenic illness, ergotism

One of the strangest phenomena that plagued medieval Europe involved groups of people dancing erratically, with descriptions of groups of several hundred people. With a vast chronological, geographic, and demographic distribution, these strange and poorly understood events elicit questions still relevant in today's practice. In this chapter, we will review the most significant mass dancing illness phenomena, their historical significance, proposed causes and nosological considerations, possible related illnesses, and their meaning for medicine and psychiatry.

The name "dancing mania" was first coined in the 16th century by Paracelsus, a Swiss physician and alchemist. The term is a translation of choreomania, derived from the Greek words "Choreo" meaning dance, and "mania" meaning madness. However, the first recorded instance of a dancing plague occurred in 1021 in Kolbigk, Germany, where a group of 18 people interrupted a sermon by singing and dancing on Christmas Eve. The preacher cursed them to dance and sing for a year until they collapsed in repentance. Although it is unlikely that they have danced for a year, the story remained in the Imaginarium. (Midelfort, 1999; Waller, 2009; Miller, 2017)

A similar poorly explained event happened in 1237 somewhere between Frankfurt and Arnstadt where a group of children were reported to have sung and jumped between the Erfurt and Arnstadt, while shortly after other reports stated that 200 persons danced over a bridge in Maastricht until it collapsed. There were several other events spread all over Europe in the 1300s, in Cologne, Flanders, Franconia, Hainaut, Metz, Strasbourg, Tongeren, Utrecht, France, Germany, and Luxemburg, where reports evolving thousands of people, sometimes dancing for months at a time, appearing to have terrifying visions and begging to be saved from their ailments jumped and danced until they fell often breaking limbs and dying. (Midelfort, 1999; Waller, 2009)

The best-sourced and best-described phenomenon was that of 1518 in Strasbourg, where a woman by the name of Frau Troffea started shaking and dancing uncontrollably and was progressively joined by 400 people who, as if infected by the same illness, started shaking and dancing uncontrollably as well. (Waller, 2009; Miller, 2017)

Reports exist by Paracelsus of the different methods tried to ease their ailments.

These included building a stage for the dancers, playing music along with the dancing, and assigning helpers to keep the dancers from falling. (McAlister, 1977; Waller, 2009; Miller, 2017)

Although there is a considerable disparity in the number of people affected and the duration of the dancing episodes, all reports have in common people dancing involuntarily, painfully, and crying for help. Some considered dancing both the illness and cure and, once stopping the dance, quickly returned to it in an attempt to heal the underlying illness. (Donaldson *et al.*, 1997; Waller, 2009)

Remission from the dancing mania was said to have been achieved through specific prayers or rituals at specific temples, most commonly at St. Vito's or St. John's, as they were usually associated with this illness. These events continued until the late 1700s, after which they abruptly stopped. (Waller, 2009)

There were many proposed theories for this condition such as fungal infections, chorea and psychogenic illness. (McAlister, 1977; Donaldson *et al.*, 1997; Waller, 2009)

An infectious theory was that of ergotism. Ergotism is a disease caused by rye infected with the fungus *Claviceps Purpurea*, which causes symptoms including gangrene convulsions and hallucinations, a promising theory undermined by the fact that it is unlikely that those affected by gangrene and convulsions could have been dancing for days at a time. There was also widespread knowledge of ergotism in the 17th century. Interestingly, ergotism is also one of the proposed factors theorized to be behind the Salem Witch Hunts. (Hagan, 2018)

Some theorize about an epidemic form of chorea, such as Sydenham's Chorea. This is a complication of rheumatoid fever (caused by the bacteria *Streptococcus B*), although this theory is undermined as it is mainly seen in children; Curiously, due to semantic drift, the term St. Vito's dance, which previously referred to unexplained movement disorders such as the dancing mania, changed meaning after the dancing mania's extinction in the 17th century and started referring to what is now known as Sydenham's Chorea. (Eftychiadis & Chen, 2001)

Finally, the most promising theory seems to be that of mass psychogenic illness.

Mass psychogenic illness has been broadly defined as an affection of people of the same social or cultural group, transmitting symptoms by sight or hearing without any apparent underlying cause, also known as mass sociogenic illness and mass hysteria.

Although absent from diagnostic manuals, this affliction in current understanding constitutes a form of dissociative symptoms. We can see where our dancing epidemic fits best, namely ICD-11 Dissociative neurological symptom disorder (presentation of motor, sensory, or cognitive symptoms involuntary discontinuity in the standard integration of motor, sensory, or cognitive functions not consistent with a recognized disease of the nervous system, other mental disorder, or other medical condition.), or trance disorder (characterized by trance states in which there is a marked alteration in the individual's state of consciousness or a loss of the individual's customary sense of personal identity in which the individual experiences a narrowing of awareness of immediate surroundings or unusually narrow and selective focusing on environmental stimuli and restriction of movements, postures, and speech to the repetition of a small repertoire that is experienced as being outside of one's control.) (World Health Organization, 2023)

Arguments in favor of mass psychogenic illness include the role of stress, with wars, famines and crises producing the necessary conditions for the appearance of a culturally relevant divine plague manifested by incontrollable movement. This illness then being validated by medical and ecclesiastical authorities at the time, by drawing attention to the phenomenon by building stages and offering music, went on to progressively affect relatively similar cultural and religious groups. Also in favor of this theory is the fact that treatment was quickly achieved by praying or rituals at specific temples associated with the dance. The main point against this theory is that good practice demands excluding an organic cause before diagnosing a dissociative disorder, something not entirely possible at the time. (Waller, 2009; Miller, 2017)

The role of culture in illness is relevant for all diseases. However, specific cultural syndromes may happen as indigenously recognized illnesses or afflictions – society specific deviations from the normal or healthy presentation. In this case, symptoms, course and social response are often influenced by local cultural factors – for instance, the folk healing systems for the symptoms based on the explanatory model of the experiences, and there is a social, cultural and geographic limit; this may be a geographical region, areas with shared ethnic history or identity. (American Psychiatric Association, 2013)

This is also valid for this mass manifestations of illness, to which one must add the role of authorities and key community figures in mediating these phenomena, as their actions may help shape and modulate the spreading patterns of illness. (Bartholomew & Wessely, 2002)

Other related phenomena, such as the Italian tarantella, illustrate a similar event with a vastly different cultural significance. The tarantella was localized in Italy from the XI to XVII centuries, a dance constituting the only cure to the "lethal" tarantism caused by the bite of the *Lycosa Tarantula*. (Russell, 1979)

A description from 1817 states "when one is in the hold of this ill-wished beast, one has a hundred different feelings at a time. One cries, dances, vomits, trembles, laughs, pales, cries, faints, and one will suffer great pain, and finally, after a few days, if unaided, you die. Sweat and antidotes relieve the sick, but the sovereign and the only remedy is Music." (Cancellieri, 1817)

The *Lycosa Tarantula* is now known to be harmless to humans, and the tarantella seems to have arisen as a culturally specific syndrome with dissociative characteristics. (Russell, 1979)

Other curious cases of mass psychogenic illness have been reported, such as the Tanganyika Laughter Epidemic of 1962 in current Tanzania, where a small group of children started uncontrollably laughing (although other reports alternating laughing, crying, being in pain and other symptoms), spreading these symptoms to other children, families and neighboring regions, lasting from months to years. (Sebastian, 2003)

More recent phenomena have occurred, particularly in times of crisis, including in America in the early 21st century, where in the context of the attacks of 11/09/2001, multiple phenomena were described, including 2300 anthrax false alarms during the first two weeks of October 2001, as well as an episode where multiple persons being assisted after being sprayed with a mysterious chemical in Maryland (later confirmed to be a window cleaner), suffered from nausea, headaches and sore throats, which appeared to have been psychogenic in nature. (Bartholomew & Wessely, 2002)

A particularly interesting and well-described case is that of a school in Nepal in 2018 where a 9-year-old girl complained of abdominal pain and headache and soon started shaking and shouting that a white-dressed lady was trying to drag her, falling to the floor and rolling. Soon she was joined by children in her class and in neighboring classes, until a total of 47 children were affected. Most remitted within the next few hours when leaving the school. A second event was triggered with the visit of a mental health team in a day which attracted a significant media and authority presence. Around 63.8% of children presented with loss of consciousness, 59.5% twisting of limbs, 55.3% psychogenic non-epileptic seizures, 51.1% breathing difficulty, 46.8% shouting and less commonly chest tightness, abdominal pain, running/wandering, headaches, irrelevant talks, and neck pain. The school was closed for the day and the team initiated several counseling and educational interventions with students, parents and relevant community members, with no recurrence of mass events. However, there were sporadic conversive/dissociative episodes in some children. (Poudel *et al.*, 2020)

During the Covid-19 pandemic in Germany a Tourette specialized outpatient center reported an unusually high number of children and teens presenting with psychogenic or at least partly psychogenic Tourette-like symptoms in what was one of the first reported phenomena of social network-induced mass psychogenic illness. They would make exaggerated movements and phrases in the style of a famous YouTuber who also presented the same symptoms. Although some of these patients did have Tourette syndrome, Tourette and psychogenic symptoms both co-existed, with non-Tourette symptoms being eerily similar to those presented by the YouTuber in social media. (Müller-Vahl *et al.*, 2022)

All these different phenomena seem to have a culturally congruent manifestation of suffering in common, quickly propagated through those physically (or virtually) in contact.

Thus, the dancing mania is a fascinating and puzzling phenomenon that occurred in Europe during the Middle Ages. Yet, it can teach us a lot as a cautionary tale about what to expect in similar conditions. We cannot properly exclude causes such as ergotism or an epidemic of Sydenham's chorea, although the most likely explanation based on today's understanding is mass psychogenic illness.

The conflicting reports that state multiple different symptoms are congruent with more recently observed related phenomena where those affected presented with multiple symptoms not always directly related to index cases.

Its spreading pattern based on small index cases and progressing to those in contact (physical or not) precede the cases of physical and even virtual index cases "infecting" susceptible cases producing symptoms, suffering, and increasing demand on health services.

The cultural and social factors of the Dancing Plague were significant as well. The illness was mainly found in regions of Europe with a shared cultural and religious history, and the response to the outbreak of the illness involved local medical and ecclesiastical authorities. Treatment of the illness was achieved through specific prayers or rituals at certain temples, highlighting the influence of cultural beliefs on the manifestation of the disease. The role of authorities in controlling such phenomena is made evident in the well described case of Poudel *et al.* in Nepal, with education and demystification of such phenomena proving key to resolution.

While the Dancing Plague is no longer prevalent in modern times, the phenomenon still provides valuable insight into the role of culture and the mind-body connection in the manifestation of disease. By examining the history of the Dancing Plague, we can better understand the complex interplay between culture, psychology, and physical health and how these factors can contribute to the emergence and spread of illness.

The purpose of studying these phenomena lies not in the danger of a future dancing mania, as our current Western cultural background does not seem to be adequate (although some have purported at different times rock

n' roll or drug-fueled rave parties as the current dancing mania descendants) (Donaldson *et al.*, 1997), but in what it teaches us from a public health front. It teaches us about our vulnerability in times of crises to culturally mediated phenomena as an expression of communal suffering and the role of public authorities and the media in propagating or mitigating its severeness.

Conclusion

We may be currently safe from a dancing epidemic, but as seen by the above examples, we are still vulnerable to similar phenomena. Their quick identification is the only thing that permits correct treatment, alleviates suffering, and avoids costly and unnecessary diagnostic and therapeutic approaches. Although the importance of distant and limited historical events such as the dancing mania may be underestimated, their study may help understand mechanisms of illness, disease and suffering and inform current practice.

Bibliography

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
- Bartholomew, R. E., & Wessely, S. (2002). Protean nature of mass sociogenic illness: from possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. *Br. J. Psychiatry*, 180, 300-306. doi: 10.1192/BJP.180.4.300.
- Cancellieri, F. (1817). *Lettera di Francesco Cancellieri al ch. sig. dottore Koreff*. Available at: https://books.google.com.ar/books?id=FaVdAAAACAAJ&pg=PA6&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [Accessed May 4, 2023].
- Donaldson, L., Cavanagh, J., & Rankin, J. (1997). The Dancing Plague: a public health conundrum. *Public Health* 111, 201-204. doi: 10.1038/SJ.PH.1900371.
- Eftychiadis, A. C., & Chen, T. S. N. (2001). Saint Vitus and his dance. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 70, 14. doi: 10.1136/JNNP.70.1.14.
- Hagan, A. (2018). *From Poisoning to Pharmacy: A Tale of Two Ergots*. Available at: <https://asm.org/Articles/2018/November/From-Poisoning-to-Pharmacy-A-Tale-of-Two-Ergots> [Accessed May 4, 2023].
- McAlister, N. H. (1977). The Dancing Pilgrims at Muelebeek. *J. Hist. Med. Allied Sci.*, 32, 315-319. doi: 10.1093/JHMAS/XXXII.3.315.
- Midelfort, H. C. E. (1999). *A history of madness in sixteenth-century Germany*. 438. Available at: https://books.google.com/books/about/A_History_of_Madness_in_Sixteenth_Centur.html?hl=pt-PT&id=9WXkw2K8O8YC [Accessed May 4, 2023].
- Miller, L. J. (2017). Divine Punishment or Disease? Medieval and Early Modern Approaches to the 1518 Strasbourg Dancing Plague. *Dance Research*, 35(2), 149-164. doi: 10.3366/DRS.2017.0199.
- Müller-Vahl, K. R., Pisarenko, A., Jakubowski, E., & Fremer, C. (2022). Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness. *Brain* 145, 476. doi: 10.1093/BRAIN/AWAB316.
- Poudel, R., Aich, T. K., Bhandary, K., Thapa, D., & Giri, R. (2020). Recurrent mass hysteria in schoolchildren in Western Nepal. *Indian J. Psychiatry* 62, 316. doi: 10.4103/PSYCHIATRY.INDIANJPSYCHIATRY_571_19.
- Russell, J. F. (1979). Tarantism. *Med. Hist.* 23, 404. doi: 10.1017/S0025727300052054.
- Sebastian, S. (2003). Examining 1962's "laughter epidemic." *Chicago Trib.* Available at: https://web.archive.org/web/20120925114554/http://articles.chicagotribune.com/2003-07-29/features/0307290281_1_laughing-40th-anniversary-village [Accessed May 4, 2023].
- Waller, J. (2009). A forgotten plague: making sense of dancing mania. *Lancet*, 373, 624-625. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60386-X.
- World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [Accessed May 4, 2023].

Autism: Who, How and What? A Controversial Historical Perspective

Tânia B. Cavaco, Ana Sofia Milheiro

Hospital Garcia de Orta, Almada

E-mails: tania_cavaco@hotmail.com; milheiro.ana.s@gmail.com

Abstract

For many years, autism was labeled as childhood schizophrenia, and later as schizoid psychopathy, which have been deeply discussed and studied in the past century. Even today, the differential diagnosis between autism, schizoid psychopathy and other disorders may be difficult to establish. The two main psychiatrists who have been credited for being the first describing children with autism are Leo Kanner and Hans Asperger, who have also been a target of great controversy due to having published their works on autism in consecutive years, 1943 and 1944. Despite being the most famous clinicians on presenting pioneer studies on the disorder, other authors less celebrated authors, such as Georg Frankl and Grunya Sukhareva have been gradually acclaimed to as having developed pioneer works on childhood autism prior to Kanner and Asperger, leading to great discussion on the origin and development of the concept of autism.

Keywords: autism, schizoid psychopathy, Grunya Sukhareva, Georg Frankl

Introduction

The official history of autism has been extensively discussed over decades, after Leo Kanner and Hans Asperger published their first works on autism in consecutive years, in 1943 and 1944, respectively (Chown; Hughes, 2016). Regardless of their significant contribution to the history and evolution of the concept of autism, other less renowned authors appear to have developed and published previous works on autism, namely Georg Frankl who have deeply contributed to Kanner's and Asperger's insight on autism, and mostly Grunya Sukhareva, who have presented and published pioneer descriptions of individuals who we would today diagnose as having autism spectrum disorder. This article aims to discuss the history and evolution of autism, and present the contribution of important authors whose influence, input and pioneer work have yet to be acknowledged, thus remaining widely unknown in this field of scientific literature.

From Leo Kanner and Hans Asperger to Georg Frankl

The expression 'autism' was initially coined in 1900s by Eugen Bleuler, a Swiss psychiatrist, who approached this concept as consisting of a focus on inner life, while avoiding the external world (McNally, 2009). Subsequently, Emil Kraepelin, who was a German psychiatrist, has also recognized children presenting autistic-like behaviours which he identified as 'early onset schizophrenia', despite providing descriptions of children which would today be considered to have autism (Wachtel *et al.*, 2013). Other authors have also established different associations, such as Ernst Kretschmer who have encompassed autistic features into schizoid personality disorder. In earlier editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), no distinctions were made between autism and childhood schizophrenia, in which autistic behaviours were considered part of the manifestations of schizophrenia. The concept of autism had been used for the two disorders interchangeably up to the 1970s, when Rutter and Kolvin have classified the two conditions in separate, which resulted in the creation of the group of Pervasive Developmental Disorders, in DSM-III (Chandrasekhar *et al.*, 2020).

For almost 70 years, the conceptualisation of autism as a distinctive disorder has been mainly attributed to two names: Leo Kanner and Hans Asperger. Leo Kanner – a psychiatrist based in Baltimore, Maryland –, published his landmark paper on 'Autistic Disturbances of Affective Contact', in 1943, in the journal *Nervous Child*, describing a disorder that could resemble childhood schizophrenia, but appeared to present some differences. This disorder was named 'autism' and it was included in the DSM-III under this nomenclature (Sanders, 2009). In his paper, Kanner

identified 11 case-studies of boys presenting repetitive and obsessive behaviors, along with communication and social deficits, and echolalia, based on his observations and descriptions from the children's parents. Despite presenting symptoms compatible with childhood schizophrenia, these children appeared distinct from other patients diagnosed with childhood schizophrenia who displayed a normative development prior to the onset of the disorder. On the other hand, these 11 patients described by Kanner, presented the so called 'autistic disturbances', in which they displayed an extreme preference for 'aloneness' from birth, along with a relative obsession with objects, but an absence of affective contact with other people, which was later described as a 'classical early infantile autism' (Kanner, 1943; Sanders, 2009).

Coincidentally, in 1944, Hans Asperger – a pediatrician working in Wien – came to publish his paper 'Autistic Psychopathy in Childhood', in which he described four boys who presented significant similarities to Kanner's publication in 1943 (Asperger, 1944). This condition, many years later, came to be known as 'Asperger syndrome', which was integrated in DSM-IV. In his paper, Asperger describes similar stereotyped behaviour and the same deficits in social interaction in children, as previously described by Kanner, while also reinforcing the striking difference between autistic, *vs.* schizophrenic profiles, in which cognitive and social development were stable, but not regressive. Despite Asperger's conceptualization of autism being recognized in Germany, this was not the case in North America. Asperger's work was only introduced in North America 37 years after its publication and one year after DSM-III being published. Moreover, his article was only translated into English 10 years after its publication, and it took nearly 50 years for the two articles by Kanner and Asperger to be compared and discussed. Although these articles presented important coincidences regarding description and timing, Asperger's and Kanner's works resulted in two distinct disorders in the DSM-IV, despite their similarities. In fact, Asperger's focus on children's verbal skills, appeared to have impacted the criteria for Asperger's Disorder, in DSM-IV (Sanders, 2009).

The apparent strange coincidence of the consecutive publications of Leo Kanner and Hans Asperger have been a major target of discussion, in the past decade. Whilst the two clinicians were previously considered to have worked separately and unaware of each other's work, Silberman (Silberman, 2015) has come to identify an important link between the two clinicians that could put into perspective Kanner's legitimacy, by discovering Georg Frankl's biographical file in an archive of Johns Hopkins Hospital (in Maryland, USA) – where Kanner had his clinic. This letter served as confirmation that Frankl had worked with Asperger, for 11 years, in Vienna, before he met Kanner. According to Silberman (Silberman, 2015), Georg Frankl, who was Asperger's chief diagnostician in the Lazar Clinic, in Vienna, along with Anni Weiss, a senior psychologist, appear to play a central role in the origins of the new disorder (Chown; Hughes, 2016). In the beginning of Asperger's career, in 1931, when he first started working at the Lazar Clinic, as a postdoc, both Frankl and Weiss were already senior clinicians working on cases which were later identified as being autism. Due to the Nazi antisemitism climate lived in Vienna, in the 1930s, Frankl and Weiss who were Jews, were forced to leave the city, and have moved to Maryland (USA). Their works and projects ended up being left behind, unacknowledged and forgotten. At the time, Kanner, who was also a Jew who had escaped Europe many years before, was focused on helping other Jewish doctors entering the USA, among which was Georg Frankl (Muratori *et al.*, 2021).

It is stated that Kanner had not only rescued both Georg and Anni Weiss from the Nazis, but also that, in 1938, him and Frankl started working together at the Johns Hopkins Hospital, on children's disorders with affective contact disturbances. Kanner have therefore been accused of having most certainly known of Asperger's work and findings (Chown; Hughes, 2016). In fact, Frankl's expertise and insight on affective contact in children was soon genuinely recognized and valued by Kanner. His correspondence with Bernard Sachs has been discovered by Todd (Todd, 2015), in which Kanner complimented and acknowledged Frankl's research, as their collaboration emerged, while announcing his recent interest on the topic, as stated: 'I have become very much interested in what Dr Frankl calls the affective contact of children, in that it opens a new approach to the observation and understanding of the mental life of the child' (Todd, 2015, 253). Five years later, in 1943, Kanner is known to have also corresponded with the publisher of the journal 'The Nervous Child', in which Kanner praised Frankl's yet unpublished paper, sharing his plans to have Frankl's paper being published before his own (Frankl, 1943; Kanner, 1943). However, the editor's decision appears to have been to publish Kanner's paper ahead of Frankl's, resulting in Frankl's work being lost and forgotten, once again (Muratori *et al.*, 2021). Therefore, it results apparent that Kanner must have been aware of Asperger's work, through working alongside Frankl and Weiss, in 1930s, and that Asperger was probably a pioneer in identifying autism, in detriment to Kanner. However, mostly, Frankl appears to have been working on the 'affective contact' of children long before both Asperger and Kanner, whose work has promoted the foundation of the conceptualization autism, as we know it, playing unquestionably a pivotal role on the developments

made in the early discoveries on autism. Despite this, Kanner became more dominant in the scientific literature, while being the only name associated with autism for many years (Chown; Hughes, 2016).

Grunya Sukhareva: the yet-to-be acknowledged first author of autism

It has been almost 30 years since Grunya Sukhareva was first introduced and discussed as the first author identifying and presenting autism disorder and its clinical features. Remarkably, the author's descriptions are very close to DSM-5 criteria of autism spectrum disorder. Grunya Efimova Sukhareva (surname transliterated from Cyrillic 'Ssucharewa') was a Jewish child psychiatrist, living in Kiev, who was also the chair of the Moscow Society of Neurologists and Psychiatrists. In 1921, Sukhareva created a therapeutic school for children presenting neuropsychiatric conditions, in which most observations in her clinical studies were made. Sukhareva's possibly most important article was published in 1925, in Russian, which was again published in German, in 1926, in the German journal *'Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie'*, with the title: *'Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter'* (EN: 'Schizoid Psychopathies in Childhood') (Ssucharewa, 1926). In her article, Sukhareva presented a complete case-series description of schizoid characteristics in six children, which she followed-up for two years, at her 'hospital-school'. She hereby presented extremely precise and elaborated descriptions of clinical features that we would today consider a 'high functioning autism'. In her article, she discussed the 'schizoid psychopathy', considering Bleuler's and Kretschmer's classification. Both Sukhareva and Asperger had studied Kretschmer's research on schizoid personality in adults (Manouilenko; Bejerot, 2015).

Currently, 'schizoid personality' in childhood has often the same meaning as autism (Wolff, 1991), as children with this diagnosis share many similarities to those defined by Sukhareva. In her studies, the author identifies differentiating features which are today part of autism disorder, regarding behaviour and motor deficits, stereotypies, affection, and emotion impairments, and sensory abnormalities. Sukhareva also identified a contradictory association of high intelligence levels and motor deficits in all her six cases (Manouilenko; Bejerot, 2015). Remarkably, in Sukhareva's individual descriptions, she in fact reviews two children as being, citing, 'autistic' or as presenting 'autistic reactions'. In her global summary, Sukhareva includes a section titled 'An autistic attitude', where one can read: 'All affected children keep themselves apart from their peers, find it hard to adapt to and are never fully themselves among other children. All these children manifest a tendency towards solitude and avoidance of other people from early childhood onwards; they keep themselves apart, avoid communal games' (Ssucharewa; Wolff, 1996).

In line with what can be read in both Kanner and Asperger's papers published 20 years later, Sukhareva also compared and rejected a diagnosis of schizophrenia, as she identified that schizoid symptomatology in these children had been present since birth and, contrary to what would be expected in a diagnosis of schizophrenia, symptomatology of schizoid psychopathy did not deteriorate (Sher; Gibson, 2021). Moreover, based on histopathological investigation, the author also suggested brain areas – such as frontal lobe, basal ganglia, and cerebellum – to constitute an anatomical substrate to schizoid psychopathy, as an 'inborn abnormality', which are areas currently known for being implicated in autism spectrum disorder (Goryunov *et al.*, 2017).

Sukhareva's work was ahead of her time in many ways. Another revolutionary feature of her studies was her focus in girls. Sukhareva's studies presented a second part named *'Die Besonderheiten der schizoiden Psychopathien bei den Mädchen'* (EN: 'The particular features of schizoid psychopathies in girls'), which was published in 1927, one year after her previous groundbreaking paper. This time, the paper referred to a case-series of five girls presenting autistic symptoms, in which sex differences regarding the disorder were discussed. This contrasted with other authors, such as Asperger and Krevelen, which regarded autism as arising exclusively in males. Whereas Asperger considered autistic symptoms to be present only in girls with postencephalitic statuses, in contrary, Sukhareva defended that 'those who have recovered from encephalitis and have motor skill disorders, display no autistic disposition' (Sher; Gibson, 2021).

Sukhareva's article was published almost two decades ahead of Asperger's and Kanner's. Being a woman living under control of the Soviet Union, and also a Jew, while publishing only in Russian and in German, may all have been limiting factors in her work's divulgation and internationalization (Manouilenko; Bejerot, 2015). Much speculation has arisen on the topic, as the origins of autism are still yet to be determined. Whether Asperger and Kanner were aware of Sukhareva's publications by the time their articles were published, remains a mystery.

Some authors have been arguing that it is very improbable for Asperger to be familiar with Kretschmer's work and not being familiar with Sukhareva's paper, even more when the six boys described by Asperger closely resemble

those described by Sukhareva (Ssucharewa; Wolff, 1996). Other authors go to the point of speculating that Asperger could have refused to credit a Jewish clinician, as he was cooperating with Nazi scientists at the time, and involved in the Nazi euthanasia program (Zeldovich, 2018). Conversely, in 1949, Kanner published an article on autism where he did cite another Sukhareva's paper published, in 1932, and even wrote respectively about her, but even then, he did not mention Sukhareva's 1926 paper. This means that Kanner knew about Sukhareva, but not necessarily that he was influenced by her work, in 1943 (Kanner, 1949).

Despite all speculations and the fact that Sukhareva is yet to be more widely recognized as being the first author to having described autism, academics in Russia have written that Sukhareva is 'rightfully considered the founder of child psychiatry in our country' (Posar; Visconti, 2017), where her works consist of fundamental teaching material for students of child psychiatry (Goryunov *et al.*, 2017).

Conclusions

Most professionals in science aim to make significant breakthroughs and achieve success in their fields, by striving to increase scientific knowledge to what it already known, while opening new insights to what it yet to be discovered. Kanner and Asperger, have been two notorious clinicians acclaimed in the studies of autism, and are both known to have been important contributors to the identification and characterization of autism in children, in the 1940s. Despite great discussion regarding the legitimacy of Kanner's findings on the topic, when contrasted to Asperger's studies, other important clinicians, although still anonymous – such as Georg Frankl – who deeply contributed to and influenced Kanner's studies – and Grunya Sukhareva, are yet to be fully accredited. Especially, Sukhareva who is allegedly the first author to publish clinical descriptions of children with autism, and who is yet to be more broadly acknowledged in the scientific community.

References

- Asperger, H. (1944). "Autistic psychopathy" in childhood. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Chandrasekhar, T., Copeland, J. N., Spanos, M., & Sikich, L. (2020). Autism, Psychosis, or Both? Unraveling Complex Patient Presentations. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 29(1), 103-113.
- Chown, N., & Hughes, L. (2016). History and First Descriptions of Autism: Asperger Versus Kanner Revisited. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 2270-2272.
- Frankl, G. (1943). Language and affective contact. *Nervous Child*, 2, 251-262.
- Goryunov, A. V., Lazareva, I. I., & Shevchenko, Y. S. (2017). G.E. Sukhareva: a course of life and scientific/pedagogical heritage]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 117(4), 59-63.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *The American journal of orthopsychiatry*, 19(3), 416-426.
- Manouilenko, I., & Bejerot, S. (2015). Sukhareva--Prior to Asperger and Kanner. *Nordic journal of psychiatry*, 69(6), 479-482.
- McNally, K. (2009). Eugene Bleuler's four As. *History of psychology*, 12(2), 43-59.
- Muratori, F., Calderoni, S., & Bizzari, V. (2021). George Frankl: an undervalued voice in the history of autism. *European child & adolescent psychiatry*, 30(8), 1273-1280.
- Posar, A., & Visconti, P. (2017). Tribute to Grunya Efimovna Sukhareva, the Woman who First Described Infantile Autism. *Journal of pediatric neurosciences*, 12(3), 300-301.
- Sanders, J. L. (2009). Qualitative or quantitative differences between Asperger's disorder and autism? Historical considerations. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(11), 1560-1567.
- Sher, D. A., & Gibson, J. L. (2021). Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia. *European child & adolescent psychiatry*, 32(3), 475-490.
- Silberman, S. (2015). *NeuroTribes: The legacy of autism and how to think smarter about people who think differently*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- Ssucharewa, G. E. (1926). Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60, 235-261.
- Ssucharewa, G. E., & Wolff, S. (1996). The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled "Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter" by Dr. G. E. Ssucharewa; scientific assistant,

- which appeared in 1926 in the *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60, 235-261. *European child & adolescent psychiatry*, 5(3), 119-132.
- Todd, S. H. (2015) *The turn to the self: a history of autism*. PhD dissertation.
- Wachtel, L. E., Schuldt, S., Ghaziuddin, N., & Shorter, E. (2013). The potential role of electroconvulsive therapy in the 'Iron Triangle' of pediatric catatonia, autism, and psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 408-409.
- Wolff S. (1991). 'Schizoid' personality in childhood and adult life. I: The vagaries of diagnostic labelling. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 159, 615-635.
- Zeldovich, L. (2018) How history forgot the woman who defined autism. *Scientific American*. Accessed 12 Mar 2021, on <https://www.scientificamerican.com/article/how-history-forgot-the-woman-who-defined-autism/>.

O Alienado da Vontade

– A Mudança de Paradigma na Abordagem ao Doente Alcoólico no Séc. XIX

Pedro M. Costa, Joana Teixeira

Centro Hospitalar Psiquiatrico de Lisboa

E-mails: pedromirandacosta@chpl.min-saude.pt; joanateixeira@chpl.min-saude.pt

Resumo

O consumo de álcool e as consequências do uso abusivo têm acompanhado a humanidade ao longo dos séculos. Assim, encontramos diversas referências ao uso de substâncias alcoólicas para fins médicos, recreativos e religiosos. O advento da destilação (século XIV) e a revolução industrial (século XVIII), trouxeram a produção de bebidas alcoólicas em larga escala e a banalização do acesso às mesmas. Consequentemente, começaram a surgir efeitos nocivos na sociedade, nomeadamente na saúde pública. Secundada na corrente dominante da degenerescência, a epidemia dos alienados da vontade, muitas vezes associada a comportamentos violentos e à criminalidade, conduziu a um aumento dos internamentos em estruturas asilares, sendo o consumo de bebidas alcoólicas considerado mais como “causa da loucura” do que a doença em si. O crescente interesse no estudo e tratamento dos problemas de alcoolismo levou a uma mudança de paradigmas conceituais e terapêuticos.

Palavras-chave: álcool, insanidade, asilo, abuso, século XIX

Abstract

Alcohol consumption and the consequences of abusive use have accompanied humanity over the centuries. Thus, we find several references to using alcoholic substances for medical, recreational, and religious purposes. The advent of distillation (14th century) and the industrial revolution (18th century), brought the production of alcoholic beverages on a large scale and the banalization of access to them. Consequently, harmful effects began to appear in society, namely in public health. Supported by the dominant current of degeneracy, the epidemic of alienated will, often associated with violent behavior and criminality, led to an increase in hospitalizations in asylums, with the use of alcoholic beverages being considered more as a “cause of madness” than the disease itself. The growing interest in studying and treating alcohol addiction disorders has led to a change in conceptual and therapeutic paradigms.

Keywords: alcohol, insanity, asylum, abuse, 19th century

Introdução

Desde a antiguidade que há registo do conhecimento de técnicas de produção e de uso de bebidas alcoólicas em várias civilizações. Contudo, é apenas no séc. XVIII, com a revolução industrial, que a produção de bebidas alcoólicas cresce de forma exponencial. Para uma nova experiência inebriante, muito contribuiu a descoberta do processo de destilação, permitindo a obtenção de bebidas de elevado teor alcoólico. Assim, com o desenvolvimento de novas técnicas de produção, associado a uma massificação do consumo, começou a crescer, em paralelo, a problemática dos abusos de bebidas alcoólicas. Os psiquiatras da época foram rápidos a abraçar a causa e a acorrer às preocupações da sociedade burguesa. Durante praticamente todo o séc. XIX dominou a corrente que aproximava o abuso de álcool à loucura, secundada pela Teoria da Degenerescência do Alienista Francês Benedict-Augustin Morel.

Evolução do uso de bebidas alcoólicas

Mudança de paradigma na abordagem ao doente alcoólico no Séc. XIX

Desde a antiguidade que há registos do conhecimento de técnicas de produção e de uso de bebidas alcoólicas em várias civilizações. No Egipto e Mesopotâmia o vinho e a cerveja eram produtos fundamentais na vida social, religiosa e económica, um “presente dos deuses” pela sua capacidade “mágica” em provocar um estado de consciência

alterado. Na Babilónia, no código de Hamurábi, existia já uma tentativa de regulamentação do uso de bebidas em tabernas, impondo medidas para controlo dos excessos. Na Grécia e Roma, o vinho tornou-se elemento importante nas actividades económicas e religiosas, sendo ainda reconhecidas propriedades curativas. Já na Idade Média, seguindo os cânones da medicina hipocrática, bebia-se vinho misturado com água como medida de prevenção sanitária. Apesar das especificidades de cada uma destas épocas e contextos, o consumo de bebidas alcoólicas tornou-se prática convencional assente numa série de regras de conduta para o consumo e comportamento, próprias de cada cultura. Estas funcionavam como instrumento para a construção de identidade e controlo social do uso de álcool, definindo a forma e o momento de beber, priorizando espaços e situações adequadas para o consumo. (Sales, 2010)

No séc. XIV deu-se a descoberta da destilação pelos alquimistas europeus (Arnaud Villeneuve 1250-1313). Até final do séc. XV eram preparadas pequenas quantidades de destilados por boticários ou por médicos (poções terapêuticas e essências). A estas eram atribuídas “*virtudes mágicas*”, capacidade de dissipar rapidamente preocupações, alívio de dores e prolongar a euforia. Estas técnicas vieram permitir a obtenção de bebidas de elevado teor alcoólico, muito acima do existente nas bebidas fermentadas (40-50% vs 4-12%), possibilitando uma nova experiência inebriante (ex: *acquavites* ou *eau-de-vie*). (Sales, 2010)

Apesar da indústria dos destilados se ter iniciado durante o séc. XVI, é apenas no séc. XVIII, aquando da revolução industrial, que a produção e comercialização de bebidas alcoólicas cresce de forma exponencial, graças à modernização das técnicas de produção e redução dos preços. O consumo cresceu também de forma paralela e, com este, vieram os abusos de bebidas alcoólicas, em particular das destiladas. Este aumento galopantes dos consumos foi potenciado pela precariedade em que viviam os trabalhadores da classe operária, com extensas jornadas de trabalho, fadiga, trabalho monótono, elevada exigência de produção e baixos salários, levando a que muitos mitigassem as angústias e preocupações do dia-a-dia com a bebida, praticamente a única “fonte de alegria” que dispunham. (Sales, 2010)

Esta situação começou a preocupar a sociedade Burguesa da época, visto que este problema conduzia à destabilização da ordem e instigava a transgressão das normas sociais vigentes. Assim, o alcoolismo não foi combatido por ser uma “doença” epidémica, mas sobretudo pela destabilização da ordem e dos princípios morais, indisciplinando a classe operária, reduzindo a produtividade. Nesta fase, era sublinhado no discurso dos psiquiatras, que o comportamento de dependência dos homens, era atribuído em grande medida ao incumprimento do papel feminino no lar. Desta forma, a mulher, tutelada pela medicina da época, adquiriu assim um papel de “agente na luta contra o alcoolismo”. (Sales, 2010)

Se no final do séc. XVIII a embriaguez ainda era aceite como parte do quotidiano, no séc. XIX começou a haver uma clara mudança de paradigma, como resultado da crescente industrialização, movida por uma necessidade cada vez maior de força de trabalho confiável. (Snelderst, 2007) Na primeira metade do séc. XIX, mercê da crescente disrupção social e laboral motivada por consumos desregrados, dá-se a formação das primeiras sociedades de Temperança, onde era criticado o consumo excessivo de álcool, promovendo-se a abstinência, influenciando politicamente os poderes decisórios. Na segunda metade do séc. XIX, fruto desta pressão social, liderada por um importante movimento feminista de crescente influencia nas sociedades de temperança, surgiram as primeiras restrições e mesmo proibição ao consumo de álcool, bem como à produção caseira de destilados. (Sales, 2010)

Todavia, na sociedade da época mantinha-se ainda um discurso divergente no que toca aos efeitos do álcool. Por um lado começava-se a reconhecer as consequências nefastas do seu consumo exagerado (1861, os fisiologistas Perrin, Ludger, Lallermant e Duroy consideraram o álcool como um agente tóxico, quer fosse na forma de bebida destilada ou fermentada), por outro, vigorava também a teoria do “*álcool-alimento*”, em que eram reconhecidas propriedades termogénicas, estimulantes do processo digestivo e da circulação sanguínea, sendo assim usado como energizante e como solvente de preparados medicinais (ex: Poção de Todd, criada pelo médico Inglês Bentley em 1860 e replicado em outros países da Europa). (Sales, 2010)

Mercê do impacto económico e social criado, os psiquiatras da época foram rápidos em abraçar a causa, acorrendo às preocupações da sociedade Burguesa, que reclamava medidas limitativas para os consumos desregrados. Nos Estados Unidos da América, Benjamin Rush considerou o consumo excessivo de bebidas alcoólicas como uma “*doença da vontade*”, caracterizada pela perda de controlo e incapacidade do indivíduo se abster do álcool. Em Inglaterra, Thomas Trotter na obra “*Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness*” de 1804, afirmava que o hábito de embriaguez era uma “*doença da mente*”. Já em França, o alienista Esquirol criou o conceito de “*monomania instintiva*”, no qual descreveu a ebriedade como sendo “de carácter que não se poderia dominar”. Na Rússia, Carl Von Bruhl-Cramer (1819), realizou um estudo em que concluiu que a embriaguez resultava de uma “*doença do sistema nervoso*”, que produzia um impulso irresistível para o consumo de álcool, a que denominou de

“*dipsomania*”. A obra do alienista francês Valentin Magnan “*L'alcoolisme*”, fortaleceu o peso social negativo do alcoolismo, descrevendo os afectados como dipsomaniacos que matavam, roubavam, espancavam as suas mulheres, deixavam as respectivas famílias na miséria, prostituindo-se para sustentar o vício.

É apenas em 1849, na Suécia, que é usado pela 1.^a vez o termo “alcoolismo” pelo médico Magnus Huss, para descrever o conjunto de intoxicações alcoólicas que se apresentavam com sintomas físicos e/ou mentais pelo uso excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas. (Sales, 2010; Saxton, 2015) Contudo, a inclusão do alcoolismo na classificação médica não se deu de forma imediata. Os alienistas neste período estavam empenhados na pesquisa do substrato anatómico da alienação mental, no seguimento da racionalidade anátomo-clínica que orientava e acompanhava os modelos médicos vigentes. Nos asilos, frequentemente eram realizadas autopsias de alienados que faleciam, com intuito de investigar potenciais lesões que justificassem as suas alterações mórbidas. A ideia da existência de um factor biológico de natureza hereditária já era destacada por Phillipe Pinel “*Traité médicale-philosophique sur l'aliénation mentale*” de 1801, onde detalhava os efeitos do álcool, paralisando os centros de juízo e de reflexão, privando o acometido da consciência e da liberdade dos seus próprios actos. O alcoolismo era assim aproximado à loucura, na medida em que, em ambos, existia uma ausência de consciência para os actos praticados. À época, existia a convicção de que o consumo de álcool e o número de loucos cresciam paralelamente, sendo uma das razões para a inferência de que o álcool seria gerador da própria loucura. De igual modo houve também a enfatização de que o consumo de bebidas alcoólicas estaria relacionado directamente com o deflagrar de uma predisposição criminógena inata, através da promoção de instintos sanguinários e anulação dos princípios morais. (Sales, 2010)

A crença que a deterioração física e mental consequente do consumo excessivo de bebidas alcoólicas se repercute na descendência, não era incomum. Já na antiguidade, Platão aludia para a uma transmissão de uma geração para outra, da apetência para os consumos abusivos de álcool. Também Aristóteles, Plutarco e Diodoro, corroboravam a mesma premissa, com a noção de “*Ebrii gignunt ebrios*”, isto é, “*um bêbado gera outro*”. É deste caldo de cultura ideológico para a transmissão dos males do álcool, de onde germina e se desenvolve aquela que virá a tornar-se na teoria da degenerescência. (Bynum, 1984) Alienistas como Esquirol e Morel, entre outros, argumentavam que, entre as causas da epilepsia, alienação mental e cretinice em crianças, o alcoolismo dos pais ocuparia o 1.^o lugar. O alcoolismo manteve assim, estreita correlação com a concepção de degenerescência da época, que brotava da teoria da Degenerescência do alienista Francês *Benedict-Augustin Morel* (“*Traité des Dégénérescences*” de 1857). A ideia base desta teoria acabou por se difundir pela medicina europeia do séc. XIX (ex: em Inglaterra, Henry Maudsley), podendo ser reconhecida na diversidade de trabalhos que abordavam doenças consideradas como degenerativas (ex: cirrose hepática). (Sales, 2010) Morel propunha que existiria uma progressiva degeneração do ser humano normal, que se deteriorava progressivamente, de geração em geração, até à extinção. Este processo seria cumulativo e inexorável. Segundo o autor a degeneração poderia resultar de intoxicações (ópio e álcool), condutas sociais impróprias (criminalidade, prostituição, sexualidade degenerada) ou doenças (paludismo, sífilis ou a tuberculose). A hereditariedade era aceite como o factor etiológico major para a génese das doenças mentais, todavia foi relativamente ao alcoolismo onde recaiu a maior preocupação à época, devido à elevada prevalência do mesmo e visto a embriaguez ser considerada uma perturbação da vontade, equiparada a uma verdadeira insanidade. Ainda assim, a teoria da degenerescência teve um papel positivo na consolidação da concepção do álcool como uma substância nociva, ao colocá-la como causa determinante para a degeneração da raça. (Sales, 2010; Saxton, 2015)

Na perspectiva dos psiquiatras da época, as medidas adoptadas com força de lei, estiveram sempre aquém das necessidades. Estas tinham uma vertente tendencialmente conciliadora, que oscilava entre uma atitude mais assertiva no controlo dos consumos e uma preocupação com a vertente económica, actuando com uma permissividade secundada no princípio da liberdade do individuo. Este último aspecto foi intensamente debatido pelos psiquiatras, que sustentavam a legitimidade da criação de asilos especiais para os alcoólicos, visto que, na sua perspectiva, o internamento não contrariava as garantias individuais, alegando ser uma medida preventiva, já que se comprovavam os perigos do consumo abusivo de álcool na degeneração física, moral, da descendência e o seu potencial de perigosidade social. (Sales, 2010)

Tendo em contra o rápido avanço do problema, a resposta terapêutica foi dada através das estruturas asilares (privadas para os ricos; asilos gerais para os pobres), onde os doentes eram internados com diagnósticos de *insanidade*, *mania à potu* ou *delirium tremens*. O internamento temporário ou definitivo nestes estabelecimentos, era tido como o melhor meio de tratamento em virtude da obtenção de uma supressão mantida dos consumos. (Mauger, 2020) O primeiro asilo para inebriados surgiu nos Estados Unidos da América por iniciativa privada, sendo também inaugurado na Europa em 1851, na cidade de Dussendorf, Alemanha. Na Inglaterra, em 1898, estabeleceu-se pela primeira vez na Europa o princípio de internamento forçado aos inebriados crónicos que cometessem actos punidos por lei,

sob influência das bebidas alcoólicas, mas também aqueles cujo o estado de alcoolização constituísse perigo individual ou social (*Inibriate's Act*). As campanhas antialcoólicas dirigidas pelas sociedades de temperança foram, na perspectiva da psiquiatria da época, os meios mais eficientes da luta contra o alcoolismo. (Sales, 2010; Mauger, 2020)

Globalmente o tratamento nestas estruturas seguia o regime habitual dos asilos à época: boa alimentação, ar puro, exercício físico e terapia ocupacional. Houve a tentação de tratar o alcoolismo à semelhança de outras patologias, alvejando a cura. Assim surgiam frequentemente várias publicações acerca de tratamentos médicos para o alcoolismo (JAMA, em todas as edições de 1895 a 1905), ex: “gold cure” (injecções de bicloreto de ouro), estricnina, ópio, banhos de água fria e hipnose foram discutidos e avaliados, uns com mais sucesso que outros. Nos asilos eram igualmente administrados calmantes (hioscina, digitalis, paraldeído, trional, brometo de potássio e sufonal) para controlo da agitação. Apesar de todas estas tentativas de tratamento, o processo terapêutico era normalmente frustrado por recaídas, sendo que o alcoolismo era visto como raramente curável. Existia já uma clara noção na comunidade médica que, para ser alcançado sucesso no processo terapêutico, o doente teria de querer ser curado “*the object of the treatment is not only to cure the craze, but to strengthen the will*”. (Valverde, 1997)

Finalmente, no início do Séc. XX a teoria da degenerescência começa rapidamente a declinar, com o surgimento de uma nova geração de psiquiatras que não mais aceitavam como inevitável, a evolução inexorável de famílias para a extinção (visão de Morel). Para isto contribuiu o trabalho de Pearson e Elderton, em que vincava que o alcoolismo dos pais “*não é fonte de mercado feito*” na saúde da descendência. Também Emil Kraepelin referiu em 1917, que “*fortes forças compensatórias deverão estar em acção no processo hereditário, pois na ausência de reforço de alguma outra fonte, misturas sucessivas de sangue tendem a diluir o traço defeituoso*”, contrariando claramente a visão de Morel. Kraepelin acaba por integrar as alterações mentais por intoxicação alcoólica, no seu modelo nosológico (Kraepeliniano). Por fim, também Sigmund Freud (1893), queixava-se da excessiva ênfase dada à hereditariedade pelos psiquiatras e neurologistas franceses, tendo reiterado no seu artigo de 1896 “*Heredity and the aetiology of the Neuroses*” acreditar na maior importância das experiências de vida iniciais sobre a hereditariedade no desenvolvimento das perturbações mentais. (Bynum, 1984).

Foi o início do fim da teoria da degenerescência e o virar de página na visão e abordagem às perturbações de uso de álcool.

Conclusão

O alcoolismo sofreu profundas transformações no decurso do séc. XIX. Para este processo contribuíram a industrialização, a teoria da degenerescência e os movimentos sociais de temperança. Progressivamente o alcoolismo deixou de ser olhado como um equivalente de loucura, causa/consequência de uma hereditariedade degenerativa inexorável. O processo terapêutico passou a ser alicerçado em estruturas asilares específicas. Apesar da evolução, mantinha-se uma sensação de experimentalismo no que tocava ao tratamento do alcoolismo, com opções de tratamento muito limitadas, sendo que os médicos dependiam mais dos seus próprios julgamentos que de práticas standardizadas. Assim, o sucesso do processo terapêutico dependia, em grande medida, da vontade do doente em ser curado. Não obstante, todo este o processo teve o condão de colocar sobre o álcool, atenção redobrada relativamente aos potenciais efeitos deletérios resultantes de um consumo abusivo.

Bibliografia

1. Sales, E. (2010). *Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX*. Dissertação de mestrado em História do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco.
2. Snelders, S., Meijman, F. J., & Pieters, T. (2007). Heredity and alcoholism in the medical sphere: the Netherlands, 1850-1900. *Med Hist*, Apr, 51(2), 219-36.
3. Bynum, W. F. (1984). Alcoholism and degeneration in 19th century European medicine and psychiatry. *British Journal of Addiction*, 79(1), 59-70.
4. Mauger, A. (2020). “The Holy War Against Alcohol: Alcoholism, Medicine and Psychiatry in Ireland, 1890-1921”, in S. J. Taylor & A. Brumby (Eds.). *Healthy Minds in the Twentieth Century*, pp. 17-52, Palgrave Macmillan Cham.
5. Valverde, M. (1997) ‘Slavery from within’: The invention of alcoholism and the question of free will, *Social History*, 22(3), 251-268.
6. Saxton, L. (2015). *Before addiction: The history of alcoholism in nineteenth century France*. Dissertation. CUNY Academic Works.

Marquês de Sade e a Perturbação de Sadismo Sexual

Rui M. Salgado, Ângela Ribeiro

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Penafiel, Portugal
E-mail: ruimfsalgado@gmail.com

Resumo

A perturbação de sadismo sexual caracteriza-se por um período de pelo menos seis meses de excitação sexual recorrente e intensa resultante de sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, causando sofrimento ou prejuízo no funcionamento do indivíduo. O termo sadismo deriva de referências às obras de ficção de Marquês de Sade, que retratavam vários atos de crueldade sexual.

O objetivo deste trabalho é o de explorar a vida e obra do sujeito por detrás deste termo e diagnóstico associado, *Donatien Alphonse François de Sade*, o Marquês de Sade, e o seu papel como político, filósofo e escritor, notável pela sua sexualidade libertina. Para tal, os autores realizaram uma revisão narrativa biográfica e bibliográfica, assim como consultaram representações artísticas derivadas da vida e obra de Sade.

Palavras-chave: sadismo, parafilia, história, biografia

Abstract

Sexual Sadism Disorder is characterized by a period of at least six months of recurrent and intense sexual arousal resulting from physical or psychological suffering of another person, as manifested by fantasies, urges, or behaviors, causing distress or impairment in individual functioning. The term sadism derives from references to the literary work of the Marquis de Sade, which depicted various acts of sexual cruelty.

The aim of this paper is to explore the life and work of the subject behind this term and associated diagnosis, *Donatien Alphonse François de Sade*, the Marquis de Sade, and his role as a politician, philosopher and writer, notable for his libertine sexuality. The authors carried out a biographical and bibliographical narrative review, as well as consulted artistic representations derived from Sade's life and work.

Keywords: sadism, paraphilia, history, biography

Introdução

O Marquês de Sade, *Donatien Alphonse François de Sade*, foi um aristocrata, filósofo, escritor e libertino francês. Sade é uma figura controversa pois, por um lado, o seu nome está associado aos cargos políticos, com ideais de extrema esquerda, que desempenhou após a revolução francesa, mas, por outro lado, a atos sexuais violentos, como violação, terror e tortura sexual.

Sade serviu de referência para o termo sadismo cunhado pelo psiquiatra austríaco Richard von Krafft-Ebing na sua obra *Psychopathia Sexualis* (1886).

Ao longo do presente trabalho, os autores discorrerão sobre a vida e obra de Marquês de Sade, o surgimento do termo sadismo e a integração do mesmo termo enquanto parafilia e perturbação parafilica nos manuais de classificação de doença mental.

Marquês de Sade

Donatien Alphonse François de Sade nasceu a 2 de junho de 1740 em Paris, filho único dos condes de Sade. A mãe de Sade tinha linhagem com a família real francesa. Durante os primeiros anos da sua infância, Sade foi maioritariamente criado por serventes.

Em 1746, com 6 anos, o seu pai abandonou a família e a sua mãe ingressou num convento, passando a viver e a ser educado por um tio, abade. Este tio, o abade de Sade, seria alcoólico e existem descrições que teria historial de procurar sexo e drogas.

Aos 10 anos, em 1750, ingressou no *Lycée Louis-le-Grand*, em Paris, onde permaneceu durante 4 anos. Este liceu era dirigido por padres jesuítas que infligiam em Sade castigos corporais e de flagelação. Nesta altura Sade era descrito como tendo um temperamento difícil e gerador de conflitos.

Aos 14 anos, em 1764, entrou na academia militar, progredindo na carreira militar até ao cargo de coronel, tendo sido coronel de um regimento na Guerra dos 7 anos.

Regressado da guerra, em 1763 aos 23 anos, Sade casa-se com *Renée-Pélagie de Montreuil*, com quem tem dois filhos e uma filha. Nesse mesmo ano, a 17 maio de 1763, Sade é acusado de atentar contra a moral pública, de blasfémia e profanação contra a religião católica. Começa a frequentar bordéis, onde existe descrições que raptaria meretrizes para atos sexuais que incluíam sodomia, sadismo e masoquismo. Após queixa de uma prostituta, foi preso no dia 29 de outubro na prisão de *Vincennes*. O rei ordenou a sua libertação a 13 de novembro, permanecendo preso num total de 15 dias.

Em 1768, Sade conheceu Rose Keller, viúva alemã de 36 anos na *Place des Victoires*. Posteriormente, eles dirigiram-se em sua carruagem até a residência rural de Sade em *Arcueil*, onde Rose foi posteriormente trancada e mantida cativa. Admite-se que Sade amarrava Rose e flagelava-a com um chicote ao longo de vários dias, tendo sido infligidas várias incisões nas costas, nádegas e coxas de Keller antes de derramar cera quente nas suas feridas. Através de uma janela, Rose conseguiu fugir e informou moradores e autoridades próximas, levando a que Sade fosse preso novamente em junho. Ele foi brevemente detido na então prisão de *Château de Saumur* e posteriormente exilado em seu castelo em *Lacoste* em 1768.

Enquanto estava em prisão domiciliária em *Lacoste*, Sade terá contratado os serviços de uma mulher que acreditaria ser contratada como empregada doméstica, em quem Sade terá provocado o mesmo tipo de atos que a Rose Keller.

Em 1772, Sade terá cometido crimes sexuais com quatro prostitutas com a ajuda do seu criado, Latour. Sade terá chicoteado e realizado sexo anal com as prostitutas. As mesmas conseguiram alertar as autoridades e uma investigação foi aberta levando a que os dois homens, Sade e Latour, fossem acusados de sodomia e ultraje à moral do país e condenados à morte. Eles terão conseguido fugir para Itália, mas, no entanto, foram posteriormente capturados e presos no *Château de Miolans* no final de 1772, conseguindo escapar ao fim de quatro meses.

Sade, mais tarde, refugiou-se em *Lacoste*, onde se reuniu com a sua esposa. Em 1774, Sade participa em vários atos sexuais desviantes para a época, como orgias, com queixas adicionais de sequestro e violação até ao ano de 1777.

Em 1778 apelou com sucesso em relação à sua sentença de morte, tendo sido encarcerado no *Château de Vincennes* onde permaneceu até 1784, altura em que *Vincennes* foi fechado e Sade foi transferido para a Bastilha. Nesta altura Sade escreveu várias das suas obras, pelo que em 1785 escreve *Les 120 Journées de Sodome*, em letra minúscula num rolo de papel contínuo que terá enrolado e colocado na parede da sua cela para esconder esta obra (figura 1).

Em 1789, Sade é transferido para o asilo de *Charenton*. Sade não terá conseguido recuperar o manuscrito antes de ser transferido. A tomada da Bastilha, um grande evento da Revolução Francesa, ocorreu dez dias após a transferência de Sade. O manuscrito foi salvo por *Arnoux de Saint-Maximin* dois dias antes da Bastilha ser atacada.

Em 1790, Sade é libertado de *Charenton*. Durante o tempo de liberdade de Sade, divorcia-se da esposa, publica vários dos seus livros de forma anónima e conhece *Marie-Constance Quesnet*, uma ex-atriz com um filho de seis anos, com quem fica junto para o resto da sua vida. Em 1790, Sade é também eleito para a Convenção Nacional, representando a extrema esquerda. Escreve vários panfletos políticos, nos quais pedia a implementação do voto direto, entre outros ideais. Inicialmente adapta-se bem à nova ordem política após a revolução, apoiando a República, conseguindo obter vários cargos oficiais, apesar da sua origem aristocrática.

Em 1793 foi afastado dos cargos políticos, altura do Reinado do Terror. Era publicamente crítico de *Maximilien Robespierre* e, em 5 de dezembro, foi removido de seus cargos e preso por quase um ano, tendo sido libertado em 1794 após o fim do Reinado do Terror.

Em 1796 acaba por vender o seu castelo em *Lacoste* por dificuldades financeiras.

Em 1801, Napoleão Bonaparte ordena a prisão do autor anónimo de *Justine, or The Misfortunes of Virtue* (1791) e *Juliette* (1797), com fundamentação nos conteúdos das obras. Esteve preso na Prisão de *Sainte-Pélagie* e posteriormente foi transferido para o Asilo de *Bicêtre*. Em 1803, após intervenção da família de Sade, foi declarado como “louco” e transferido para o Asilo de *Charenton*.

Em *Charenton*, Sade teve um relacionamento sexual com *Madeleine LeClerc*, de 14 anos, filha de um funcionário do asilo, tendo este relacionamento durado cerca de 4 anos até à sua morte.

O Marquês de Sade faleceu no Asilo de *Charenton* aos 64 anos de idade a 2 de dezembro de 1814.

O crânio de Sade foi posteriormente removido da sepultura para exame frenológico. O seu filho queimou vários dos manuscritos redigidos pelo pai, incluindo a imensa obra em vários volumes *Les Journées de Florbelle*.

Em resumo, Sade passou cerca de 32 anos em celas, seja em prisões como em manicômios. Na atualidade continua a ser considerado como uma figura controversa. Por um lado, o seu nome está associado à Revolução Francesa e à tomada da Bastilha, mas por outro, a violação e tortura sexual. Foi um defensor da liberdade absoluta, sem restrições de moralidade, religião ou lei.

Obra

A obra de Marquês de Sade inclui romances, pequenas histórias, peças de teatro, diálogos e tratos políticos. É maioritariamente conhecido pela sua obra erótica de combinar pornografia, com ênfase na violência, sexo anal/sodomia, pedofilia, crime e blasfêmia contra o cristianismo com filosofia.

De entre os livros mais conhecidos destacam-se *Les 120 Journées de Sodome ou l'école du libertinage* (escrito em 1785, publicado em 1904); *Justine, or The Misfortunes of Virtue* (1791); *La philosophie dans le boudoir* (1795); *Juliette* (1797).

Apesar do conteúdo da sua obra ser controverso, em 2017 o estado francês declarou *Les 120 Journées de Sodome* como tesouro nacional. Muita da sua obra foi queimada.

Sadismo

O psiquiatra austríaco Richard von Krafft-Ebing cunhou o termo Sadismo a partir do nome de Sade, na sua obra *Psychopathia Sexualis*, na segunda edição da mesma em 1912. Em *Psychopathia Sexualis*, von Krafft-Ebing define sadismo como uma “perturbação de preferência sexual que se foca em infligir sofrimento, dor ou humilhação para alcançar a gratificação sexual”. Nesta obra o psiquiatra aborda vários comportamentos sexuais desviantes para a época, para além do que veio a denominar como sadismo.

A abordagem de von Krafft-Ebing oscilou entre visões e interesses contraditórios. Por um lado, as perversões eram explicadas inicialmente como doença, principalmente no contexto forense. Por outro lado, e em edições posteriores, levou a um reconhecimento de uma variedade de desejos sexuais, contribuindo para uma modernização da sexualidade com o reconhecimento da diversidade sexual.

Parafilia

O termo parafilia surgiu na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) em 1980, como definição de preferência sexual atípica. Nesta altura este termo definia que estas preferências sexuais atípicas seriam perturbação mental.

Apenas em 2013, com a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), houve uma separação entre parafilia e perturbação parafilica, diferenciando quais seriam os comportamentos sexuais patológicos ou não. Até esta data, qualquer indivíduo que participasse em atividades sexuais sadomasoquistas, mesmo que fossem com mútuo consentimento entre as pessoas envolvidas, era considerado como tendo uma perturbação mental. Houve, portanto, um reconhecimento de que a maioria dos indivíduos com interesses sexuais “atípicos” não apresentaria uma perturbação mental sendo que tem havido uma evolução no sentido de “despatologizar” e despenalizar comportamentos sexuais “atípicos” que sejam praticados por indivíduos com mútuo consentimento.

O termo parafilia, assim como definido no DSM-5, representa qualquer interesse sexual intenso e persistente (ou preferencial) que vá para além daquele voltado para a estimulação genital ou para atividades preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física. As parafilias, por si só, não necessitam de intervenção terapêutica, uma vez que não são patológicas.

Os interesses sexuais parafilicos iniciam geralmente na adolescência/início da vida adulta e são mais comuns no sexo masculino, independentemente do grupo étnico ou socioeconómico. Estão descritas mais de 547 parafilias diferentes.

Perturbação Parafilica

A perturbação parafilica, segundo o DSM-5, é uma parafilia que causa sofrimento ou prejuízo no funcionamento do indivíduo ou uma parafilia cuja satisfação implica dano ou risco de dano no próprio ou a terceiros.

Existem vários tipos de perturbações parafilicas, sendo que o DSM-5 apenas caracteriza oito. A sua seleção é justificada por serem perturbações relativamente comuns e porque algumas delas implicam ações de carácter nocivo

e com potencial dano em terceiros, podendo constituir delitos criminais. São divididas entre as perturbações de comportamento anómalo que incluem as perturbações algolágnicas (sadismo e masoquismo) e as perturbações do cortejar (frotteurística, voyeurística, exibicionista); e as perturbações de alvo anómalo: pedofilia, fetichismo e travestismo.

Perturbação de Sadismo Sexual

Segundo o DSM-5, a perturbação de sadismo sexual é definida segundo os seguintes critérios: “A. Por um período de pelo menos seis meses, excitação sexual recorrente e intensa resultante de sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos. B. O indivíduo coloca em prática esses impulsos com pessoa que não consentiu, ou os impulsos ou as fantasias sexuais causam sofrimento clinicamente significativo (ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha) ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo”. Se um indivíduo cumpre o critério A. mas não cumprir o critério B. poder-se-á dizer que tem uma parafilia do tipo sádico. A perturbação de sadismo sexual pode ser definida como o comportamento recorrente de sadismo sexual, mas de forma coerciva ou que cause sofrimento psicológico para o próprio.

A prevalência da perturbação de sadismo sexual na população é desconhecida e amplamente baseada em indivíduos em contextos forenses. É maioritariamente identificada em indivíduos do sexo masculino.

Várias perturbações que são comumente comórbidas com a perturbação de sadismo sexual incluem outras perturbações parafilicas, como a perturbação de masoquismo sexual, entre outras perturbações, como perturbações da personalidade (por exemplo, perturbação de personalidade antissocial) e perturbações do uso de substâncias.

O tratamento destas perturbações passa essencialmente por psicoterapia, por vezes associada a terapia farmacológica. São perturbações de difícil tratamento, pois muitos dos indivíduos com esta perturbação estão pouco motivados para a mudança.

Perturbação de Masoquismo Sexual

É importante salientar que muito ligado ao sadismo vem o masoquismo, pois o comportamento sexual sádico envolve naturalmente o comportamento sexual masoquista.

Segundo o DSM-5, a perturbação de masoquismo sexual é classificada segundo os seguintes critérios: “A. Excitação sexual recorrente e intensa resultante do ato de ser humilhado, agredido, amarrado ou vítima de qualquer outro tipo de sofrimento, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses. B. As fantasias, impulsos ou comportamentos provocam um sofrimento clinicamente significativo (ansiedade, obsessões, culpa ou vergonha) ou um prejuízo no funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes da vida do indivíduo”. Se um indivíduo cumpre o critério A. mas não cumprir o critério B. poder-se-á dizer que tem uma parafilia do tipo masoquista.

Foi igualmente o psiquiatra Richard von Krafft-Ebing, na sua obra *Psychopathia Sexualis*, que cunhou o termo Masoquismo a partir do nome do escritor alemão Leopold von Sacher-Masoch, escritor famoso principalmente pela sua obra mais conhecida *Venus im Pelz* (1870). Em *Psychopathia Sexualis*, von Krafft-Ebing escreve “...acredito ser justificado chamar esta anomalia de “masoquismo”, por que o autor Sacher-Masoch frequentemente fez desta perversão, que até então era praticamente desconhecida ao mundo científico como tal, o substrato de seus escritos. Neste sentido, segui a formação de termos científicos como “Daltonismo”, de Dalton, o descobridor da visão daltónica. Mais recentemente, comprovou-se que Sacher-Masoch não era apenas o poeta do masoquismo, mas que ele mesmo sofria desta anomalia. (...) Como um autor, ele sofreu um ferimento sério até onde a influência e mérito intrínseco de seu trabalho concerne, pois sempre que eliminou esta perversão de seus esforços literários ele se revelou um escritor talentoso, e como tal atingiu grandeza tão real quanto se tivesse agido com sentimentos sexuais normais. Neste respeito, ele é um exemplo notável da influência poderosa exercida pela vita sexualis no sentido de bem e mal sobre a formação e direção da mente humana.”

Conclusões

Tem havido uma evolução na clarificação do que se considera patológico ou não na área da saúde sexual. Os modelos de avaliação e tratamento das parafilias têm evoluído, de uma perspectiva patológica de comportamentos

sexuais não reprodutivos para modelos que consideram patológico apenas quando há comportamento sexual sem consentimento.

Personalidades como Marquês de Sade e Richard von Krafft-Ebing contribuíram para o início da discussão destes temas e para a despatologização e integração de diferentes comportamentos sexuais, como os sadomasoquistas.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Gorer, G. (1953). *The life and ideas of the Marquis de Sade*. Londres: Owen.
3. Bourke, J. (2020). Sadism: a history of non-consensual sexual cruelty. *The International Journal of Forensic Psychotherapy*, 2(1), 1-12.
4. Nitschke, J., Mokros, A., Osterheider, M., & Marshall, W. L. (2013). Sexual sadism: Current diagnostic vagueness and the benefit of behavioral definitions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(12), 1441-1453.
5. Oosterhuis, H. (2012). Sexual modernity in the works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll. *Medical history*, 56(2), 133-155. <https://doi.org/10.1017/mdh.2011.30>.
6. Macedo, T. (2016). *Parafilias e Perturbações Parafilicas: Sadismo Sexual e Masoquismo Sexual*. Dissertação de Mestrado, Porto: ICBAS.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer ao professor Orlando Von Doellinger pelo apoio e contribuição para o trabalho desenvolvido.



Figura 1. Excerto de *Les 120 Journées de Sodome* do manuscrito original do Marquês de Sade

Síndrome de Jerusalém

João Camilo, Ilda Vaz

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

E-mails: jpedrocamilo@hotmail.com, ildavaz25@gmail.com

Resumo

Desde a Idade Média que são reportadas alterações do estado mental nos peregrinos que chegam a Jerusalém. Durante o século XIX, o fenómeno ter-se-á intensificado a ponto de Heinz Hermann em 1937, se referir à “Febre de Jerusalém”. Em 1982, o psiquiatra Yair Bar-El, introduziu a expressão “Síndrome de Jerusalém”, descrevendo manifestações clínicas que têm habitualmente início um dia após a chegada do visitante à cidade. Começa com um quadro de ansiedade e procura activa de isolamento, progredindo depois para o desenvolvimento de ideias obsessivas de temática religiosa com frequente evolução para actividade delirante de cariz messiânico. Observa-se a prática de rituais de purificação de intensidade crescente incluindo automutilação; utilização das roupas de cama de hotel replicando trajes bíblicos, profetização de acontecimentos futuros, e citação de salmos, versículos bíblicos ou cantos religiosos. Não é incomum a necessidade de intervenção policial e internamento psiquiátrico dos turistas acometidos pelo quadro clínico.

Palavras-chave: Síndrome de Jerusalém, psiquiatria, psicose, delírio

Abstract

Since the Middle Ages, changes in the mental state of pilgrims arriving in Jerusalem have been reported. During the 19th century, the phenomenon would have intensified to the point that Heinz Hermann in 1937, refers to the “Jerusalem Fever”. In 1982, the psychiatrist Yair Bar-El introduced the expression “Jerusalem Syndrome”, describing clinical manifestations that usually start one day after the arrival of the visitor to the city. It starts with feelings of concern and isolation, progressing later to the development of obsessive religious ideas with frequent evolution to delusional activity of a messianic nature. The practice of purification rituals of increasing intensity including self-mutilation is observed; use of hotel bedding replicating biblical attire, prophesying of future events, and quoting psalms, Bible verses or religious chants. The need for psychiatric intervention and hospitalization of tourists affected by the clinical condition is not uncommon.

Keywords: Jerusalem Syndrome, psychiatry, psychosis, delusion

Introdução

Historicamente, as primeiras descrições de alteração do estado mental nos peregrinos que chegavam a Jerusalém foram reportadas pelo monge dominicano Félix Fabri (1440-1502), conhecido pelos relatos das suas viagens à Terra Santa na segunda metade do século XV.

É preciso avançarmos no tempo até ao séc. XX, para se fazer referência à “Febre de Jerusalém”, expressão dada pelo psiquiatra Heinz Herman em 1937.

Mais tarde, em 1982, Yair Bar-El também ele psiquiatra, redefiniu a estranha entidade nosológica para “Síndrome de Jerusalém”, algo em que se debruçaria ao longo da sua carreira.

O trabalho de Yair Bar-El

Ao longo de 13 anos (1980-1993) Yair Bar-El contabilizou cerca de 1200 turistas admitidos na Kfar Shaul Mental Health Center, por apresentarem um quadro clínico compatível com a síndrome. Do total dessas admissões 470 foram submetidos a internamento.

Atualmente em Jerusalém, estimam-se que cerca de 100 turistas por ano manifestem os sintomas, dos quais 40 têm de ser internados.

Yair Bar-El, subdividiu a Síndrome de Jerusalém, em diferentes tipologias.

Tipo I

Incluiu nos casos do tipo I, aqueles com história prévia de episódios psicóticos, de actividade delirante com tendencial identificação com uma personagem bíblica, com uma ideia política ou religiosa (diferente da anterior) ou atribuição de propriedades curativas à cidade.

Tipo II

Considerou serem de tipo II aqueles com diagnóstico prévio de perturbação da personalidade (PP), perturbação obsessivo-compulsiva (POC), ou história de comportamentos exuberantes na via pública. Em relação a este tipo verificou serem menos propensos ao internamento.

No que toca às duas tipologias descritas, é intuitiva a compreensão do risco de descompensação de uma patologia psiquiátrica de base a explicar o fenómeno psíquico que poderá resultar da integração no pensamento perturbado do turista, elementos religiosos patentes na envolvimento da cidade.

Tipo III – A síndrome de Jerusalém pura

A tipologia III, também designada de “Síndrome de Jerusalém pura” é deveras a mais rara e intrigante, suscitando maior curiosidade na comunidade científica. Com efeito, entre 1980 e 1993 descreveram-se 42 casos do tipo III.

Bar-El, descreve como critérios para esta tipologia, a ausência de história de doença psiquiátrica, a ausência de conflitos familiares e/ou laborais prévios ou actuais, e a ausência de história de consumo de drogas de abuso.

Exemplificando, o médico refere-se a um turista regular (portanto sem nenhum propósito específico a não ser o de conhecer genericamente a cidade de Jerusalém) que se desloca até lá incluído habitualmente num grande grupo (tendencialmente em viagens organizadas) e que acaba por manifestar pela primeira vez na sua vida um quadro psicótico.

Na descrição apura-se clinicamente uma alteração do comportamento sediada numa perturbação do conteúdo do pensamento sob a forma de actividade delirante de cariz messiânico. Não se descrevem outras alterações no enquadramento do exame do estado mental, enfatizando-se a ausência de alterações da sensopercepção de qualquer modalidade, e a preservação da consciência do Eu.

Além disso o quadro clínico está associado somente à presença física em Jerusalém (pois a saída da cidade fará aparentemente reverter o quadro).

Fases clínicas da síndrome de Jerusalém pura (tipo III)

Porque se identificou um padrão comportamental e clínico nos turistas acometidos por esta síndrome, o psiquiatra israelita, descreveu sete fases de progressão clínica da síndrome “pura” (tipo III).

Num primeiro momento (Fase I) o turista mostra ansiedade, inquietude e agitação no seio do grupo onde está inserido. Posteriormente (Fase II), começa a verbalizar o desejo de se destacar do grupo ou família, e continuar sozinho a visita a Jerusalém. A propósito destas primeiras fases, os guias turísticos da cidade são elucidados pela comunidade médica local para ficarem alerta para este tipos de sinais clínicos, a fim de poderem proceder tempestivamente encaminhando o turista às unidades de saúde locais.

Na fase seguinte (Fase III), o turista manifesta uma grande necessidade de limpeza e pureza, submetendo-se não só a repetidos banhos de imersão e/ou de chuveiro, como também a cortar compulsivamente as unhas das mãos e pés.

Posteriormente, na Fase IV, também designada de “fase de preparação”, começa a envergar tecidos, tendencialmente de cor branca e se disponível linho, recorrendo habitualmente aos lençóis da cama do hotel, usando-o habitualmente como uma toga até aos tornozelos. Também aqui o *staff* hoteleiro está alerta para este tipo de comportamento nos turistas, para atempadamente notificarem as autoridades.

As fases seguintes incluem a Fase V, onde o turista tende a cantar alto, gritar salmos ou versículos bíblicos, habitualmente ainda nos hotéis; a Fase VI diz respeito ao momento em que se desloca em procissão a local sagrado na cidade; e a Fase VII à altura em que ao chegar ao local inicia um sermão, num discurso tendencialmente confuso, com apelos humanitários irrealistas acerca da adopção de um modo de vida saudável baseado em princípios de simplicidade e moralidade.

O quadro clínico tende a regredir em 5 a 7 dias de um modo espontâneo e completo, mas, verifica-se que o distanciamento físico da cidade de Jerusalém, acelera a melhoria clínica. Os psicofármacos não estão por isso indicados (na maioria dos casos).

A psicoterapia está indicada, sobretudo numa fase posterior, pois preserva-se memória dos acontecimentos. Depois do sucedido tende a surgir vergonha pelo comportamento aberrante adoptado, e adicional relutância em voltar a falar sobre o sucedido.

Citando-se como exemplo o que um turista refere numa fase de recuperação, reporta-se: “*abriu-se alguma coisa lá... a obrigação de realizar determinadas ações ou de transmitir a sua mensagem*”.

Conclusão

O esforço descritivo do psiquiatra Yair Bar-El, permitiu verificar a existência de um padrão comportamental transversal aos acometidos por esta síndrome.

Numa perspectiva psiquiátrica, assumir-se-ia o diagnóstico médico de Episódio Psicótico Agudo e Transitório [F23. de acordo com Classificação Internacional de Doenças, versão 10], onde o conteúdo do pensamento perturbado, grudando-se aos estímulos religiosos da cidade, se potencia de modo recíproco.

Sugere-se que uma observação minuciosa deste tipo de fenómenos, à semelhança do que fez Yair Bar-El em Jerusalém, noutros quadros bizarros em contextos religiosos, possa aumentar o conhecimento sobre a semiologia dos mesmos.

Fontes

- Airault, R., & Valk, T. (2018). Travel-Related psychosis (TrP): a landscape analysis. *Journal of Travel Medicine*, 25(1). doi:org/10.1093/jtm/tay054
- Bar-El, Y., Durst, R., Katz, G., Zislin, J., Strauss, Z., & Knobler, H. (2000). Jerusalem syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 176(1), 86-90. doi:10.1192/bjp.176.1.86
- Howard L. (2000). Correspondência. *British Journal of Psychiatry*, (176), 492-498.
- Poleszczyk, A., & Swiecicki, L. (2013). Jerusalem Syndrome. *Psychiatria Polska*, 47(2), 353-360.

Sluggish Cognitive Tempo: História e Evolução do Conceito

Pedro Cotta, Francisca Bastos Maia, Graça Fernandes

Centro Hospitalar Universitário do Porto

E-mails: pcotta2tt@gmail.com, franciscabbmais@gmail.com, gfernandes.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Resumo

O conceito “Sluggish Cognitive Tempo” pode ser definido como uma síndrome comportamental caracterizada por sintomas como sonolência, confusão mental, sensação de estar com o pensamento noutro lugar, lentidão psicomotora, hipoatividade, letargia, apatia e sonhar acordado. Este conceito encontra-se intimamente ligado à história da classificação nosológica da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Com este trabalho, reviu-se a literatura no sentido de perceber a história da origem do conceito e a sua evolução ao longo dos anos. O construto sintomatológico teve origem nos anos 60 e 70, intercalado com a evolução da classificação de PHDA, mas a sua nominalização ocorreu nos anos 80. Percebeu-se como o “Sluggish Cognitive Tempo” se originou como um subtipo de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção mas parece estar a individualizar-se como uma entidade psiquiátrica distinta, segundo a evidência científica mais recente.

Palavras-chave: perturbação de hiperatividade e défice de atenção, sluggish cognitive tempo, psiquiatria

Abstract

The «Sluggish Cognitive Tempo» concept is a behavioural syndrome characterized by symptoms such as drowsiness, mental confusion, a feeling of being elsewhere, psychomotor slowness, hypoactivity, lethargy, apathy and daydreaming. This concept closely links to the history of the nosological classification of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). With this work, we reviewed the literature to understand the history of the concept's origin and evolution over time. The syndromic construct originated in the '60s and '70s, interspersed with the ADHD classification's expansion, but the nominalization of this construct occurred in the 80s. We understood how «Sluggish Cognitive Tempo» originated as a subtype of Attention Deficit Hyperactivity Disorder but seems to be individualizing itself as a distinct psychiatric entity, according to the most recent scientific evidence.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, sluggish cognitive time, psychiatry

Introdução

O termo «Sluggish Cognitive Tempo» refere-se a uma Síndrome comportamental caracterizada por sintomas como sonolência, confusão mental, sensação de estar com o pensamento noutro lugar, lentidão psicomotora, hipoatividade, letargia, apatia e sensação de se estar a sonhar acordado (Becker, Marshall, & McBurnett, 2014). Este conceito encontra-se intimamente ligado à história da classificação nosológica da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) que, por sua vez, se refere a um agrupamento sintomático que inclui duas componentes: a de hiperatividade/impulsividade e a de desatenção (American Psychiatric Association, 2013). Com este estudo, pretendeu-se rever a literatura científica no sentido de perceber a história da origem do conceito e a sua evolução ao longo dos anos.

Discussão

Adentrar naquilo que é a história da Psiquiatria e na história das classificações psiquiátricas parece-nos de importante valor não só no sentido de fomentar uma melhor compreensão da realidade presente – porque, invariavelmente, esta realidade continua a ser afetada pelos eventos passados – mas também porque nos permite ter uma visão longitudinal e holística do raciocínio que os teóricos de outrora tiveram, deixando-nos infundir por pensamentos ou representações que, apesar de outrora terem sido vigentes, ainda influenciam de uma forma ou de outra a nossa prática clínica atual. A história do «Sluggish Cognitive Tempo» está intimamente ligada ao estudo da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Ion & Beer, 2003).

As primeiras descrições da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção remontam ao século XVIII. Os primeiros relatos de quadros que se assemelhavam com a perturbação supramencionada surgiram entre 1773 e 1775 e foram escritos por um médico alemão chamado *Melchior Adam Weikard* (1742-1803), referindo-se este clínico às manifestações sintomatológicas como fazendo parte de um quadro chamado «*Attentio Volubilis*». Este último assemelhava-se de certa forma à apresentação predominantemente desatenta da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Martinez-Badía & Martinez-Raga, 2015). Alguns anos mais tarde, outro clínico chamado *Sir Alexander Crichton* (1763-1856) descreveu a doença da desatenção de forma muito semelhante àquela que encontraríamos, por exemplo, na DSM-IV-TR para definir a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010). A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção chega às classificações diagnósticas em 1968, no DSM-II sob o nome de Reação Hiperkinética da Infância, contando com uma breve descrição e sem subtipos (Lange *et al.*, 2010). Em 1980, o DSM-III expõe a Perturbação de Défice de Atenção (PDA) com dois subtipos: um com hiperatividade e outro sem hiperatividade. A tónica da DSM-III estava primariamente na desatenção, como o nome indica (American Psychiatric Association, 1980). Em 1987, a forma revista do DSM-III-R renomeia a perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, desta vez sem subtipos, pondo ênfase na hiperatividade (Association & DSM-III, 1987). As classificações original e revista da DSM-IV mantêm o nome da perturbação mas reintroduzem os subtipos, desta feita com três subtipos: PHDA subtipo hiperativo/impulsivo; PHDA desatenta e PHDA combinada – com sintomatologia referente ao subtipo hiperativo/impulsivo e sintomatologia referente ao subtipo desatento (American Psychiatric Association, 1994, 2000). O fenótipo da perturbação foi, então, sendo descrita desde o século XVIII até ao século XX por múltiplos médicos e teóricos, chegando às classificações nosológicas da segunda metade do século XX tendo essencialmente deixado de ser vista como uma perturbação que englobava pessoas que sabiam «um pouco de tudo e nada do todo» (Barkley & Peters, 2012) para uma perturbação cuja base neurobiológica e tratamento eficazes estão bem estabelecidos (Banaschewski, Coghill, & Zuddas, 2018).

O estudo do conceito «*Sluggish Cognitive Tempo*» começou a partir de 1980 com o aparecimento da DSM-III e a subdivisão da Perturbação de Défice de Atenção em PDA com Hiperatividade e sem Hiperatividade. Isto levou a que muitos investigadores se debruçassem sobre o tema tentando destrinçar quais as diferenças entre os dois subtipos. Desta investigação retiraram-se dois aspetos interessantes. Em primeiro lugar, os correlatos externos/clínicos dos dois grupos parecem ser diferentes. Por um lado, os doentes com Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade parecem ter mais problemas de conduta, estão menos inseridos no grupo de pares, são mais impulsivos e distráteis. Por outro lado, os pacientes com Perturbação de Défice da Atenção sem Hiperatividade parecem mais socialmente retirados, possuem uma falta de motivação, com mais problemas de ansiedade, são mais tímidos, aparentam ser mais lentos ou preguiçosos e existe a sensação de que estão “a sonhar acordados”, podendo chegar-se à apatia (Becker *et al.*, 2014). Em segundo lugar, não são só estes correlatos clínicos que aparentam diferenciar os dois grupos. Na verdade, quando os investigadores aplicavam itens de escalas de hiperatividade e desatenção, estes repararam que as subescalas de desatenção não se aplicavam uniformemente entre os dois tipos de Perturbação de Défice de Atenção. De certa forma, e como os investigadores esperavam, os doentes com Perturbação de Défice de Atenção com hiperatividade cotavam nas escalas de hiperatividade. Relativamente às escalas de desatenção, tanto os doentes com Hiperatividade como sem Hiperatividade cotavam mas em diferentes itens. Os doentes com Perturbação de Défice de Atenção com hiperatividade cotavam nos itens de distração, desleixo, descuido e irresponsabilidade enquanto os doentes com Perturbação de Défice de Atenção sem hiperatividade também cotavam nestes pontos mas havia um subgrupo destes pacientes que só cotavam em itens de desatenção relativos a lentidão, sonolência ou preguiça, sensação de “sonhar acordado” e apatia (Becker *et al.*, 2014). A partir dos anos 80, o aparecimento de dois subtipos de Perturbação de Défice de Atenção levou à descoberta de 2 subtipos de desatenção sendo que um subgrupo de doentes com Perturbação de Défice de Atenção sem hiperatividade aparentam ter sintomas únicos de “sensação de sonhar acordado”, “confusão mental”, “processamento de informação lento”, “letargia” e “hipoatividade”.

A descoberta deste subgrupo de doentes com Perturbação de Défice de Atenção sem hiperatividade com um núcleo sintomático único levou Lahey *et al.*, em 1984, a cunharem este grupo de indivíduos como possuindo o construto sintomatológico de «*Sluggish Cognitive Tempo*» (Barkley, 2015b). Em 1987 surge a forma revista do DSM-III. Nesta classificação, a Perturbação de Défice de Atenção passa a chamar-se Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção mas os autores excluíram os subtipos face aos dados anteriormente demonstrados. (Association & DSM-III, 1987). Contudo, continuavam a permitir que um indivíduo pudesse ter Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção sem ser hiperativo (Becker *et al.*, 2014). Influenciados pela investigação relacionada com os

subtipos da DSM-III e com o trabalho relacionado com o SCT dos anos 80, o grupo de trabalho da DSM-IV reinstaurou os subtipos na DSM-IV com a diferença que nesta encontramos 3 subtipos: Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção Hiperativa, Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção Desatenta e Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção Combinada. A versão Revista de 2000 da DSM-IV manteve esta classificação (Becker *et al.*, 2014). Acontece que o trabalho de investigação acerca dos subtipos continuou, principalmente com a comparação da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção Desatenta e Combinada que, de forma análoga, se assemelhavam à Perturbação de Déficit de Atenção sem Hiperatividade e com Hiperatividade, respetivamente. A investigação mostrou que, à semelhança do que se encontrou com a Perturbação de Déficit de Atenção sem hiperatividade, a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção desatenta mostrava ser um grupo heterogéneo. Quer isto dizer que dentro desse subgrupo de doentes com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção desatenta, encontravam doentes com altos níveis sintomáticos de «Sluggish Cognitive Tempo» e outro com baixos níveis sintomáticos de «Sluggish Cognitive Tempo» (Becker *et al.*, 2014). A investigação que examinava a validade dos subtipos de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção da DSM-IV e DSM-IV-TR continuava a ser pouco convincente, razão pela qual a investigação sobre esta temática continuou até ao virar do século XX.

De facto, em 2001, uma revisão da literatura muito influente que se debruçou sobre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção combinada e Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção desatenta, concluiu que esta última aparentava ser uma perturbação distinta e não relacionada com a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção combinada. Adicionalmente, os estudos mostraram que dentro do aglomerado sintomático em que anteriormente se colocavam os doentes com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, dois núcleos sintomáticos estavam ligados a esta perturbação: a desatenção e a hiperatividade/impulsividade. Outro núcleo sintomático que tinha vindo a ser referido nos estudos continuava a mostrar-se distinto da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e da desatenção e hiperatividade/impulsividade anteriormente referidas: «Sluggish Cognitive Tempo» (Barkley, 2015a). O ano de 2001 foi um ponto de viragem para o estudo do construto «Sluggish Cognitive Tempo». Por causa do padrão misto de resultados que emergiram na investigação acerca dos subtipos de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e à existência de alguma evidência que demonstrava um subgrupo de sintomas individualizado distinto da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, os autores deixaram de estudar a diferença entre a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção desatenta e a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção combinada e passaram a estudar especificamente indivíduos que possuíam o agregado sintomático de «Sluggish Cognitive Tempo», como entidade nosológica independente (Becker *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, a investigação acerca do «Sluggish Cognitive Tempo» cresceu exponencialmente com um número de artigos que tem vindo a aumentar de ano para ano, conseguindo-se individualizar treze sintomas/itens da condição. É claro, no momento atual, que os sintomas de «Sluggish Cognitive Tempo» são empírica e cientificamente diferentes dos sintomas de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. Becker *et al.* chegaram a treze sintomas de «Sluggish Cognitive Tempo», através de um estudo meta-analítico, que se mostraram consistentemente diferentes dos sintomas característicos da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Becker & Barkley, 2018; Becker *et al.*, 2016). Esses treze sintomas podem ser consultados na *Tabela 1*. Até ao momento várias escalas de autopreenchimento e uma entrevista semiestruturada foram criadas no sentido de incluir alguns destes 13 sintomas (Becker & Barkley, 2018). Apesar disso, a DSM-5 em 2013 e a DSM-5-TR em 2022 não incluíram o «Sluggish Cognitive Tempo» nas perturbações nosológicas ou condições a necessitar de estudo.

1. Apatia/Desmotivação	8. Sonolência
2. Sensação subjetiva de «sonhar acordado»	9. Pensamento lentificado
3. Confunde-se facilmente	10. Comportamento «aluado»
4. Sensação de não estar presente – «in a fog»	11. Olha fixamente
5. Perde o curso do pensamento	12. Cansaço/letargia
6. Perdido em pensamentos	13. Hipoatividade
7. Morosidade psicomotora	

Tabela 1. Itens referentes ao «Sluggish Cognitive Tempo».

Os autores questionaram-se sobre o porquê do «Sluggish Cognitive Tempo» não merecer uma nominalização psiquiátrica que o defina como Perturbação. O DSM-5 propõe que para definir uma Perturbação Mental são

necessários vários critérios. Para que uma perturbação seja reconhecida como tal terá de existir um agrupamento sintomatológico num indivíduo cujas consequências impactem significativamente a vida deste. Adicionalmente, este agrupamento sintomatológico terá que refletir uma disfunção psicobiológica, demonstrando o diagnóstico validade de acordo com vários fatores, nomeadamente significância prognóstica, disrupção psicobiológica e resposta ao tratamento. Os critérios de diagnóstico têm de conseguir distinguir a perturbação em causa de outras perturbações já existentes. Por fim, o reconhecimento de uma perturbação como tal permite que exista maior utilidade clínica por causa desse facto e isso contribuirá para uma melhor conceptualização dos diagnósticos e melhor avaliação e tratamento da referida perturbação (Stein, Palk, & Kendler, 2021).

A verdade é que para o construto do «Sluggish Cognitive Tempo» parece já se ter cumprido alguns destes critérios enquanto outros parecem ainda aguardar confirmação por reduzida existência de evidência científica. Como já foi previamente supramencionado, conseguiu estabelecer-se que o agregado sintomatológico correspondente ao «Sluggish Cognitive Tempo» é uma síndrome distinta de outras perturbações, nomeadamente da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção do qual originalmente este construto se distanciou. A evidência que diz respeito à etiologia e tratamento parece-nos parca para discorrermos sobre ela no presente texto. No entanto, parece-nos de relevante valor mencionar alguns dados epidemiológicos que diferenciam o «Sluggish Cognitive Tempo» da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção: aparenta existir uma proporção semelhante de indivíduos do sexo masculino e femininos a sofrerem desta condição, os sintomas parecem piorar ao longo do tempo (Barkley, 2013) e em termos de comorbilidade não se encontram as comuns Perturbações da Conduta e de Oposição e Desafio que co-ocorrem frequentemente com a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Milich, 2001). Para além disso, advoga-se também uma mudança de designação da Perturbação de «Sluggish Cognitive Tempo» para Perturbação de Déficit de Concentração, uma vez que o primeiro termo pode ser entendido pelo doentes e famílias como pejorativo ou estigmatizante devendo também evitar-se o termo Perturbação de Déficit de Atenção porque pode causar alguma confusão nosológica com a Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperatividade, de quem o «Sluggish Cognitive Tempo» ou a Perturbação de Déficit de Concentração se quer diferenciar. (Barkley, 2015a).

Denota-se que, apesar do construto do «Sluggish Cognitive Tempo» aparentar estar a individuar-se da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção nomeadamente em termos de sintomas e de alguns dados epidemiológicos, a evidência científica é fraca para corroborar os critérios supraidentificados que permitem a nominalização de uma perturbação. Percebe-se assim, a não-inclusão deste conjunto sintomatológico nas classificações diagnósticas mais recentes não significando isso que mais investigação sobre este tema não deva ser realizada no sentido de melhorar a conceptualização diagnóstica, o raciocínio terapêutico e, em última instância, a qualidade de vida dos pacientes.

Conclusão

Percebe-se como o «Sluggish Cognitive Tempo» ou a Perturbação de Déficit da Concentração se originou a partir do estudo dos subtipos da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção mas está a individualizar-se agora como uma entidade psiquiátrica distinta, segundo a evidência científica mais recente. Estabeleceram-se sintomas diferentes e também alguns dados epidemiológicos que aparentam diferenciar esta perturbação da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. No entanto, são necessários mais estudos para que os quesitos que estabelecem uma perturbação psiquiátrica sejam cumpridos.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3rd ed). American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed). American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association (Ed.). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., Revised (DSM-III-R)). Washington, DC: American Psychiatric Press.
6. Banaschewski, T., Coghill, D., & Zuddas, A. (2018). *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford University Press.

7. Barkley, R. A. (2013). Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: Executive functioning, impairment, and comorbidity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 42(2), 161-173. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.734259>
8. Barkley, R. A. (2015). Concentration Deficit Disorder (Sluggish Cognitive Tempo). Em *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4th ed).
9. Barkley, R. A. (2015). Sluggish Cognitive Tempo/Concentration Deficit Disorder. Em *Oxford Handbooks Editorial Board* (Ed.), *Oxford Handbook Topics in Psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhob/9780199935291.013.9>
10. Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of «attention deficit» (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623-630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
11. Becker, S. P., & Barkley, R. A. (2018). Sluggish cognitive tempo. Em T. Banaschewski, D. Coghill, & A. Zuddas (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 147-153). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198739258.003.0015>
12. Becker, S. P., Leopold, D. R., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., ... Willcutt, E. G. (2016). The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(3), 163-178. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.006>
13. Becker, S. P., Marshall, S. A., & McBurnett, K. (2014). Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: An historical overview and introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9825-x>
14. Ion, R. M., & Beer, M. D. (2003). Valuing the past: The importance of an understanding of the history of psychiatry for healthcare professionals, service users and carers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(4), 237-242. <https://doi.org/10.1046/j.1447-0349.2003.t01-1-x>
15. Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
16. Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 379-386. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.379>
17. Milich, R. (2001). ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.4.463>
18. Stein, D. J., Palk, A. C., & Kendler, K. S. (2021). What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychological Medicine*, 51(6), 894-901. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001185>

It Smells Like “Jikoshu-Kyofu”: Quando a Obsessão se Confunde com o Delírio

João Revez Lopes, Joana Romão, Tiago Duarte

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

E-mails: jrevezlopes@gmail.com; joanapereiraromao@gmail.com; tantunesduarte@gmail.com

Resumo

Jikoshu-kyofu é uma entidade clínica descrita pela primeira vez na década de 1960 no Japão que, apesar de inicialmente considerada como circunscrita ao contexto cultural japonês, foi igualmente descrita noutros países. É caracterizada pelo medo decorrente de uma ideia de cariz obsessivo que a pessoa emana um mau odor corporal que incomoda os outros. Daí resulta um grave constrangimento que impele a comportamentos de higiene excessivos ou evitamento social com impacto no funcionamento diário. O seu diagnóstico pode ser desafiante e, como em alguns casos o juízo crítico está afectado, pode ser confundida com uma perturbação psicótica. O tratamento pode contemplar o uso de psicofármacos e psicoterapia.

Palavras-chave: “Jikoshu-kyofu”, obsessivo, delírio, psicose

Abstract

Jikoshu-kyofu is a clinical entity described for the first time in the 1960's in Japan. Although initially considered limited to the Japanese cultural context, has also been described in other countries. It is characterized by fear arising from an obsessive idea that the person emits a bad body odor that bothers others. This results in serious embarrassment, leading to excessive hygiene behaviors or social avoidance, impacting daily functioning. Its diagnosis can be challenging and, as in some cases the critical judgment is impaired, it can be confused with a psychotic disorder. Treatment may include the use of psychotropic medication and psychotherapy.

Keywords: *Jikoshu-kyofu*, obsessive, delirium, psychosis

Introdução

A entidade clínica designada por *jikoshu-kyofu* foi descrita no Japão na década de 60 do século XX. Consiste numa variação de *taijin-kyofusho*, um termo utilizado desde os anos 1920 para descrever o quadro em que pessoas desenvolvem o medo de ofender outras pessoas devido a características físicas, como rubor facial, olhar fixo ou mau odor durante uma interação social. Pensou-se inicialmente que a *jikoshu-kyofu* estaria circunscrita ao contexto cultural japonês mas posteriormente foi também descrita noutros países, inclusive, ocidentais, demonstrando que se trata de uma entidade transversal a diferentes sociedades. (Suzuki, 2014) O trabalho aqui apresentado tem como principal objetivo chamar a atenção para um problema de saúde mental grave que pode ter sérias implicações pessoais e impacto social e salientar o tipo de tratamento disponível.

Características clínicas

É caracterizada por uma preocupação constante que decorre da crença falsa que o próprio indivíduo emana um odor corporal desagradável que é percebido por outras pessoas e que é extremamente incomodativo. (Begum, 2011) Os maus odores mais vezes referidos provêm da cavidade bucal (halitose, isto é, mau hálito), da pele no geral ou particularmente da região anal, genitália, axilas, pés ou virilhas. É comum estes doentes referirem o odor a diversos fluidos corporais como, por exemplo, fezes, flatos, urina, suor, secreções vaginais, sémen ou vômitos. Além disso, é também frequente considerarem que o odor pode ser de natureza não humana, como alimentos estragados, lixo, peixe podre ou queijo. O doente pode referir que emana um destes maus odores ou então uma combinação de dois ou mais. (Phillips, 2006)

É importante referir que estes doentes não percebem o mau odor, tanto que muitas vezes, apesar de considerarem que têm mau odor, não conseguem identificá-lo. Assim sendo, de onde vem esta ideia? O que acontece é que

estes indivíduos interpretam de forma errada os comportamentos de outras pessoas como uma reação ao seu suposto mau odor. Por exemplo, coçar ou tapar o nariz, determinados gestos ou expressões faciais, tossir, fungar, assobiar, fazer algum tipo de comentários, fechar a janela ou o afastamento para outro lugar por parte de pessoas em seu redor surgem em consequência ao mau odor. Até as acções de animais, por exemplo o ladrar de um cão pode ser interpretado como se tratando de uma reação ao mau odor. Este fenómeno é denominado como ideação de autoreferência. Um dos aspectos que pode contribuir para a consolidação desta ideia, visto que muitas vezes a própria pessoa não sente o cheiro, é considerar que tem um problema no aparelho olfactivo que o impede de cheirar adequadamente. (Begum, 2011)

Nos casos mais graves, a crítica (“*insight*”) para esta ideia que a própria pessoa emite um mau odor e que as outras pessoas reagem a esse estímulo está prejudicada ou mesmo ausente. A ideação pode até mesmo adquirir uma intensidade delirante, motivo pelo qual este quadro poder ser confundido com uma perturbação psicótica primária. (Begum, 2011) Além disso, alguns destes doentes referem que eles próprios sentem o odor, o que contribui para a dificuldade em reconhecerem a improbabilidade da situação.

A preocupação excessiva com os outros que resulta da ideia da emanção de um mau odor impele os indivíduos a comportamentos de higiene repetitivos, quase compulsivos, o que, por sua vez, resulta num grave impacto funcional. (Phillips, 2007) É comum que os indivíduos com esta patologia tomem banho e troquem de roupa várias vezes por dia, estejam constantemente a cheirar-se, usem perfumes e desodorizantes de forma exagerada, escovem repetidamente os dentes, utilizem de modo exagerado elixires bucais ou pastilhas elásticas, vistam várias camadas de roupa, mudem hábitos de alimentação ou tomem suplementos dietéticos (se o odor for a fezes ou flatos). (Feusner, 2009) Estes comportamentos têm como objectivo a neutralização do suposto mau odor, de modo a aliviar o intenso desconforto causado por essa constante preocupação. (Begum, 2011) Consequentemente a esta ideação e aos comportamentos associados, surgem sentimentos de angústia, vergonha e um grave constrangimento social, com enorme dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais e no desempenho de atividades que requeiram exposição, como trabalhar em grupo ou fazer apresentações em público. De forma a evitar a ofensa a outras pessoas e em conjunto com os sentimentos que surgem, estas pessoas restringem os contactos sociais até a um estado em que se torna impossível o convívio com outros. Daqui resultam elevadas taxas de absentismo escolar ou laboral e em muitos casos, trocam frequentemente de trabalho, evitam relações afetivo-sexuais e esquivam-se de convívios com a família. (Phillips, 2007) O quadro clínico pode progredir para um estado de isolamento absoluto, com sintomatologia depressiva e ansiosa. (Wan, 2015) Nos casos mais graves, a perturbação pode evoluir para a morte por suicídio.

Epidemiologia

Esta perturbação, apesar de ter sido inicialmente descrita no Japão, já foi igualmente reportada em muitos outros países do mundo. A sua prevalência é ainda desconhecida mas pensa-se que é mais comum no sexo masculino, numa proporção de dois homens para cada mulher. Mais frequentemente, tem início durante a adolescência ou no início da idade adulta. (Arenas, 2013)

A etiopatogenia ainda não foi completamente esclarecida mas, à semelhança de outras perturbações psiquiátricas, envolve diversos fatores que contribuem para o surgimento da doença em indivíduos com susceptibilidade para tal.

Ainda em relação à causa, fatores de vida significativos vivenciados como stressores podem espoletar o desenvolvimento de *jikoshu-kyofu*. Algumas destas vivências traumáticas podem estar relacionadas com odor, enquanto que outras podem não ter qualquer associação com cheiro. Na maioria dos casos, estas experiências giram em torno de familiares, amigos, colegas de escola ou trabalho e de comentários acerca do cheiro da pessoa que estes possam ter feito que, por sua vez, geram sentimentos intensos de constrangimento e vergonha. (Begum, 2011)

A história familiar também desempenha uma papel importante na génese desta doença, uma vez que pessoas que tenham familiares com antecedentes pessoais de doença psiquiátrica (psicótica, afetiva ou outra) têm risco aumentado para desenvolver *jikoshu-kyofu*. (Phillips, 2006)

Personalidade pré-mórbida

A maioria das pessoas que desenvolvem este quadro clínico apresenta um conjunto comum de características de personalidade prévias ao surgimento da doença. Estes indivíduos são habitualmente tímidos, com sentimentos de inferioridade em relação a outros e com tendência para se auto-criticarem. Além disso, são inseguros, muito

sensitivos e com características perfeccionistas. (Wan, 2015) Esta sensibilidade pré-mórbida, após por exemplo um ou mais episódios em que o indivíduo se sentiu desrespeitado ou excluído afecta seriamente a sua auto-estima. Consequentemente, sentem-se humilhados, inúteis, sem valor.

Diagnóstico

Embora a sua existência seja genericamente aceite, não existe consenso se se trata de uma entidade distinta ou se, por outro lado, pode consistir apenas na manifestação de outra perturbação psiquiátrica, dado que algumas das características são comuns a várias doenças.

Dadas as características obsessivas e os comportamentos compulsivos que ocorrem na tentativa de neutralizarem o mau odor, alguns autores defendem que a *jikoshu-kyofu* mais não é do que um tipo de perturbação obsessivo-compulsiva. (Begum, 2011) Outros autores conceptualizam-na como uma perturbação de ansiedade, dado o impacto que a doença tem, ou um tipo de perturbação dismórfica corporal. Como muitas vezes pode haver uma ideação delirante de auto-referência, alguns clínicos abordam esta entidade com um tipo de perturbação delirante persistente ou uma psicose monossintomática do tipo somático ou hipocondríaco. (Feusner, 2010)

Para se fazer o diagnóstico de *jikoshu-kyofu*, têm de estar presentes, além da ideia que o próprio indivíduo emite um mau odor, um nível de preocupação constante e intenso de que esse mesmo odor incomode outras pessoas. (Nir Sterer, 2011) Daí resulta um grau de sofrimento psicológico bastante significativo (com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa), com enorme comprometimento nas diversas esferas da vida pessoal, nomeadamente no contexto social, ocupacional, afetivo ou familiar. Numa tentativa de extinguir esse odor, os indivíduos usam várias técnicas, dedicando a esses comportamentos um enorme período de tempo. Para se fazer este diagnóstico, todas estas características não podem ser mais bem explicadas por outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente esquizofrenia ou perturbação obsessivo-compulsiva, pelo efeito de medicamentos ou substâncias tóxicas de uso recreativo, ou por quaisquer outras doenças médicas ou cirúrgicas.

Em alguns manuais de classificação, a *jikoshu-kyofu* surge como um subtipo de outra entidade designada *taijin-kyofusho* que genericamente envolve a fobia da interacção social. Esta última foi, à semelhança da primeira, primariamente descrita como uma entidade circunscrita ao contexto sócio-cultural asiático (em especial Japão e Coreia). Para alguns clínicos, a *jikoshu-kyofu* é muito próxima ou até idêntica à síndrome de referência olfactiva. No entanto, para outros autores, estas duas entidades são distinguíveis mesmo salvaguardadas as diferenças culturais. Por um lado, nas sociedades ocidentais (mais individualistas), o foco do indivíduo afectado centra-se em si mesmo e no constrangimento que ele próprio sente. Por outro lado, nas sociedades orientais (mais colectivistas), o indivíduo está mais preocupado com o efeito e o embaraço que o seu suposto mau odor provoca nas outras pessoas. (Suzuki, 2004)

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico desta entidade é por vezes complexo, uma vez que na sua apresentação clínica estão incluídas características clínicas que também estão presentes noutras entidades nosológicas.

Habitualmente existe um longo período de tempo entre a manifestação inicial da doença e o seu correcto diagnóstico. Dada a falta de crítica para o carácter psicopatológico da situação, muitos destes doentes recorrem a médicos de outras especialidades que não a Psiquiatria, de forma repetida, na tentativa de obter tratamento para o odor que pensam emanar. As especialidades médicas mais recorridas são Dermatologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia ou Ginecologia. (Robles, 2008) Também é muito frequente recorrerem a dentistas para o tratamento do suposto mau hálito. Muitas vezes são requisitados diversos exames complementares de diagnóstico (endoscopias, por exemplo). A maioria desses doentes procura tratamentos como amigdalectomias ou cirurgias que diminuam a quantidade de suor, chegando mesmo em alguns casos a ser submetidos a diversos procedimentos médico-cirúrgicos, sem sucesso terapêutico. (Newman, 2012) Só numa fase posterior é que alguns acabam por ser encaminhados para a Psiquiatria.

Excluída a existência real de um mau odor, é necessário proceder-se a um diagnóstico diferencial psiquiátrico. Assim, dado o conjunto de sintomas que definem esta entidade, existem várias perturbações psiquiátricas que são incluídas no diagnóstico diferencial.

São elas a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação delirante persistente de tipo somático, a perturbação dismórfica corporal, a perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social ou a síndrome de

referência olfativa. (Arenas, 2013) Em relação a esta última, alguns autores defendem que se trata da mesma entidade, apenas com diferentes designações.

Também pode ser feito o diagnóstico diferencial com outras psicoses, nomeadamente esquizofrenia, visto que alguns destes doentes podem apresentar alterações da sensório-percepção, nomeadamente atividade alucinatória na modalidade olfativa. (Feusner, 2010) No entanto, ao contrário destes, os doentes com *jikoshu-kyofu* não apresentam outros sintomas de esquizofrenia, como ideação delirante de cariz persecutório, alterações da forma do pensamento ou dos limites do Eu, nem agitação psicomotora grave.

Tratamento

O tratamento da *jikoshu-kyofu* pode ser verdadeiramente desafiante e não existe um consenso nesta matéria. O tratamento farmacológico envolve habitualmente a administração de antidepressivos e/ou antipsicóticos. Os antidepressivos mais utilizados são aqueles cujo mecanismo de acção consiste na inibição da recaptação de serotonina (ISRS), por exemplo, sertralina ou escitalopram e em segundo lugar os que inibem a recaptação de serotonina, de noradrenalina e de dopamina – os denominados antidepressivos tricíclicos (ADT), por exemplo, clomipramina. Os antipsicóticos a administrar devem ser preferencialmente aqueles que integram o grupo dos designados antipsicóticos de segunda geração, devido ao perfil de menos efeitos secundários adversos, como por exemplo a risperidona ou a amisulprida. Também são usadas benzodiazepinas para o alívio de sintomas ansiosos. (Arenas, 2013)

Numa grande proporção destes doentes, é também recomendada uma abordagem psicoterapêutica, sendo que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi aquela que, dentro das diferentes linhas de orientação psicoterapêutica, demonstrou maior eficácia. (Lochner, 2003)

Assim, o tratamento da *jikoshu-kyofu* envolve habitualmente uma combinação de antidepressivos, antipsicóticos e psicoterapia, alicerçada numa boa relação entre o médico e o doente.

Prognóstico

Na ausência de tratamento adequado, o quadro tende para a cronicidade, podendo perdurar por décadas, e com propensão para o agravamento dos sintomas. A melhoria ou remissão espontânea são muito raras. O risco maior de não tratar esta perturbação é, à semelhança de outras doenças psiquiátricas, a morte por suicídio. (Phillips, 2006)

Com o tratamento adequado, o prognóstico é melhor. Alguns estudos apontam que, nestas circunstâncias, em cerca de um terço dos doentes se assiste à remissão do quadro clínico, cerca de um terço apresenta melhoria e aproximadamente um terço não melhora, podendo o quadro clínico evoluir o seu curso natural, ou seja, o agravamento. (Begum, 2011)

Conclusões

Como considerações finais deste trabalho, é importante lembrar que os indivíduos afectados pela *jikoshu-kyofu* têm a ideia que emanam um mau odor, que podem ou não sentir, e que este é incomodativo para outros. Concluem isso por interpretarem de forma errada comportamentos ou comentários de outras pessoas. Na tentativa de neutralizar esse suposto mau odor, recorrem a comportamentos repetitivos, ritualizados, com um grande impacto afetivo e funcional, podendo conduzir à auto-reclusão e ao suicídio. Tipicamente, estes doentes têm pouco ou nenhum *insight*, o que pode comprometer o diagnóstico atempado e a eficácia terapêutica. O tratamento envolve na maior parte dos casos uma combinação de fármacos antidepressivos, antipsicóticos e psicoterapia.

Fontes bibliográficas

- Arenas, B., Garcia, G., Gómez, J., Renovell, M., García, V., Olucha-Bordonau, F. E., & Sanjuán, J. (Jan 16, 2013). “[Olfactory reference syndrome: a systematic review]”. *Revista de Neurología*. 56(2), 65-71. doi:10.33588/rn.5602.2012555
- Begum, M., & McKenna, P. J. (Mar 2011). “Olfactory reference syndrome: a systematic review of the world literature”. *Psychological Medicine*. 41(3), 453-461. doi:10.1017/S0033291710001091. PMID 20529415. S2CID 34660521.

- Feusner, J. D., Phillips, K. A., & Stein, D. J. (2010). Olfactory Reference Syndrome: Issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(6), 592-599. doi:10.1002/da.20688. ISSN 1091-4269. PMC 4247225. PMID 20533369
- Lim, L., & Wan, Y. M. (2015). Jikoshu-kyofu in Singapore. *Australas Psychiatry*, Jun, 23(3), 300-302. doi: 10.1177/1039856215579541. Epub 2015 Mar 30. PMID: 25824537.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (Oct-Dec 2003). "Olfactory reference syndrome: diagnostic criteria and differential diagnosis". *Journal of Postgraduate Medicine*. 49(4), 328-331. PMID 14699232.
- Newman, M. G., Takei, H. H., Klokkevold, P. R., & Carranza, F. A. (eds.) (2012). *Carranza's clinical periodontology* (11th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders. pp. 1333-1334. ISBN 978-1-4377-0416-7.
- Sterer, N., & Mel Rosenberg, M. (2011). *Breath odors origin, diagnosis, and management*. Berlin: Springer. pp. 89-90. ISBN 978-3-642-19312-5.
- Phillips, K. A., & Castle, D. J. (2007). "How to help patients with olfactory reference syndrome" (PDF). *Current Psychiatry*. 6(3).
- Phillips, K. A., Gunderson, C., Gruber, U., & Castle, D. (2006). "Delusions of body malodour: the olfactory reference syndrome." In W. J. Brewer, D. Castle, C. Pantelis (eds.). *Olfaction and the brain*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 334-353. ISBN 978-0-521-84922-7.
- Robles, D. T., Romm, S., Combs, H., Olson, J., & Kirby, P. (Jun 15, 2008). "Delusional disorders in dermatology: a brief review". *Dermatology Online Journal*, 14(6): 2. doi:10.5070/D32MC7J245. PMID 18713583
- Suzuki, K., Takei, N., Iwata, Y., Sekine, Y., Toyoda, T., Nakamura, K., Minabe, Y., Kawai, M., Iyo, M., & Mori, N. (2004). Do olfactory reference syndrome and jiko-shu-kyofu (a subtype of taijin-kyofu) share a common entity? *Acta Psychiatr Scand*, Feb, 109(2), 150-155; discussion 155. doi: 10.1046/j.1600-0447.2003.00195.x. PMID: 14725599.

Neuroética e o Caso das Ex-Colónias Portuguesas

Mariana Andrade, Sara Garcia, Filipa Ramalheira

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

E-mail: marianaandrade@chpl.min-saude.pt

Resumo

As correntes normas orientadoras para experiências em humanos foram inicialmente desenvolvidas em resposta aos abusos praticados no passado. Pertinentes discussões culminaram no desenvolvimento dos mais emblemáticos códigos éticos, como o Código de Nuremberg (1947) e, mais recentemente, no conceito de neuroética, ramo da bioética que compreende as implicações éticas, legais e sociais da investigação em neurociência.

A leitura dos documentos históricos encontrados no arquivo da Faculdade de Ciências do Porto “Estudo de 100 fichas psicológicas de Timor” e “Contribuição para o estudo psicológico dos indígenas do Ultramar Português” de Alfredo Athayde (1934) inspira este trabalho. Tratam-se de estudos científicos realizados nos territórios coloniais sob soberania portuguesa no século XX pela Junta das Missões Geográficas e de Investigações Coloniais/do Ultramar, instrumentos usados pelo regime para aproveitamento da mão de obra da população nativa das ex-colónias. Partindo deste exemplo, pretende-se explorar a evolução histórica da investigação em neurociências e suas implicações éticas.

Palavras-chave: bioética, investigação, história, psiquiatria, ex-colónias

Abstract

Current guidelines for human experiments were initially developed in response to past abuses. Pertinent discussions culminated in the development of the most emblematic ethical codes, such as the Nuremberg Code (1947) and, more recently, in the concept of neuroethics, a branch of bioethics that comprises the ethical, legal and social implications of research in the field of neuroscience.

The reading of the historical documents found in the archive of the Faculty of Sciences of Porto “Study of 100 psychological records of Timor” and “Contribution to the psychological study of the indigenous peoples of the Portuguese Overseas” by Alfredo Athayde (1934) inspired this work. These are scientific studies carried out in the colonial territories under Portuguese sovereignty during the 20th century by the Junta das Missões Geográficas e de Investigações Coloniais/Overseas, instruments used by the regime to take advantage of the labor force of the native population of the former colonies. Based on this example, we intend to explore the historical evolution of neuroscience research and its ethical implications.

Keywords: bioethics, investigation, history, psychiatry, former colonies

Introdução

As dinâmicas entre poder político, ideologia e ciência no contexto do colonialismo português novecentista são facilmente ilustradas pelo caso da Junta das Missões Geográficas e de Investigações coloniais/do Ultramar (JIC/JIU). Tratava-se de um organismo diretamente dependente do Ministério das Colónias/ do Ultramar, que vigorou entre 1936 e 1973, e se destinava à coordenação e promoção de trabalho científico nos território além-mar sob soberania portuguesa.

Revisitando o caso das ex-colónias portuguesas, pretende-se refletir acerca da utilização da ciência em prejuízo de determinados grupos sociais ao serviço de agendas políticas. Serão exemplificados outros casos ilustrativos de investigação em seres humanos que culminaram na criação dos códigos éticos atualmente utilizados em ciência até à criação do recente ramo da bioética, a neuroética.

A psiquiatria e psicologia colonial

A Psiquiatria Colonial, também chamada de “racial” ou “etnográfica”, ajudou a reproduzir e difundir preconceitos raciais. Durante a primeira metade do século XX, formou-se, gradualmente, um campo científico independente,

encabeçados por autores de vários países, como Antoine Porot (1876-1965), que dedicou grande parte da sua pesquisa à “Psiquiatria Norte Africana”, trabalhando na promoção da higiene mental e introduzindo a eletroconvulsivoterapia na Argélia; Angelo Bravi (Itália) ou J.C. Carothers (1903-1989), representante da “Escola Este Africana” nos anos 1940. Entre as recorrentes considerações tecidas por estes autores, estava a noção de que a distância ou contacto com a civilização ocidental determinava a evolução da doença mental entre as populações colonizadas (Paul Marquis, 2020).

Através da observação clínica e conceções antropológicas, eram identificados os “traços” psicológicos dos povos indígenas, que descreviam como tendo um desenvolvimento intelectual limitado. Extensos trabalhos levaram à criação de séries de características e generalizações sobre estes povos, trazendo a noção de “primitivismo”, que significaria a “credulidade e inaptidão para a abstração, acompanhada por um comportamento impulsivo, ditado primariamente pelas emoções” (Paul Marquis, 2020).

Através da formulação neuropsiquiátrica de diferença racial, estas teorias contribuíram para a legitimação do domínio colonial, assim como das desigualdades legais e sociais que lhe levaram. Foi esta “patologização” que esteve na base das críticas de Frantz Fanon (1925-1961), psiquiatra e ativista anticolonialista, cujo trabalho abriu caminho para a valorização das crenças locais e modelos culturais em saúde mental (Paul Marquis, 2020).

Revisitando o caso das ex-colónias portuguesas

O caso português da ciência produzida nos territórios colonizados é um tema pouco presente na historiografia. No período entre guerras, vivia-se na Europa um clima de cariz imperialista. Países como a Grã-Bretanha, França, Holanda ou Bélgica, mitificavam os seus impérios em nome da exploração das riquezas do continente africano e do dever de “elear” as raças consideradas inferiores, ao mesmo tempo que difundiam os “benefícios da civilização ocidental” (Alexandre, 2000, p. 229). Neste contexto europeu, o Estado Novo português inaugura, nos anos 1930, uma nova etapa na administração colonial, que passou também ela a ser de cariz mais imperial, nacionalista e centralizadora, apostando na criação de uma “mística imperial”. No meio académico, faziam-se ouvir vozes que denunciavam o atraso na ocupação científica das colónias portuguesas e incentivavam um efetivo investimento do Estado na ciência colonial realizada *in loco* por equipas de investigadores vindos da metrópole. A ciência é apresentada como meio de garantir o sucesso da colonização e assegurar uma exploração racional dos recursos coloniais. Este movimento traduziu-se na realização de exposições e congressos coloniais, publicação de revistas, bem como na reformulação dos programas escolares (Castelo, C., 2012). É estabelecida uma estreita relação entre a colonização, o regime e a identidade nacional, facilitando o processo de sacralização do império e retirando espaço às correntes anticolonialistas (Alexandre, 2000).

Em 1936, é criada a Junta das Missões Geográficas e de Investigações Coloniais (JIC), um organismo diretamente dependente do Ministério das Colónias/do Ultramar destinado à coordenação e promoção de trabalho científico nos territórios de além-mar sob soberania portuguesa. Neste âmbito, foram realizadas várias missões em áreas de saber, como a Geografia, Botânica ou Zoologia, ligadas sobretudo à rentabilização da produção agrícola; bem como na área da Antropologia e Psicologia, que tinham em vista a classificação antropológica dos chamados povos indígenas, em função das suas “características somáticas e das possibilidades psicofísicas dos diferentes povos e tribos coloniais” (Castelo, C., 2012). Estes trabalhos visavam, fundamentalmente, compreender a aptidão para o trabalho dos povos colonizados, bem como fornecer elementos orientadores à política e à administração das populações indígenas.

No final dos anos 1940, foram criadas várias agências que contribuíram para a internacionalização e cooperação entre as potências coloniais no sentido de gerar conhecimento através de programas técnico-científicos. Portugal participa neste movimento, integrando novos organismos internacionais, como o Conselho Científico da África ao Sul do Saara (CSA) ou a Comissão de Cooperação Técnica na África do Sul do Saara (CCTA), participando ativamente em conferências internacionais. A JIC procurou corresponder às recomendações com linhas de pesquisa consonantes (Castelo, C., 2012).

Documentos encontrados no Arquivo da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto ilustram alguns dos trabalhos realizados neste âmbito, como a conferência proferida no I Congresso Nacional de Antropologia Colonial em 1934 “Os Problemas da Mestiçagem” (Figura 1.), ou a “Contribuição para o estudo psicológico dos indígenas do Ultramar Português”, de Alfredo Athayde (Figura 2.).

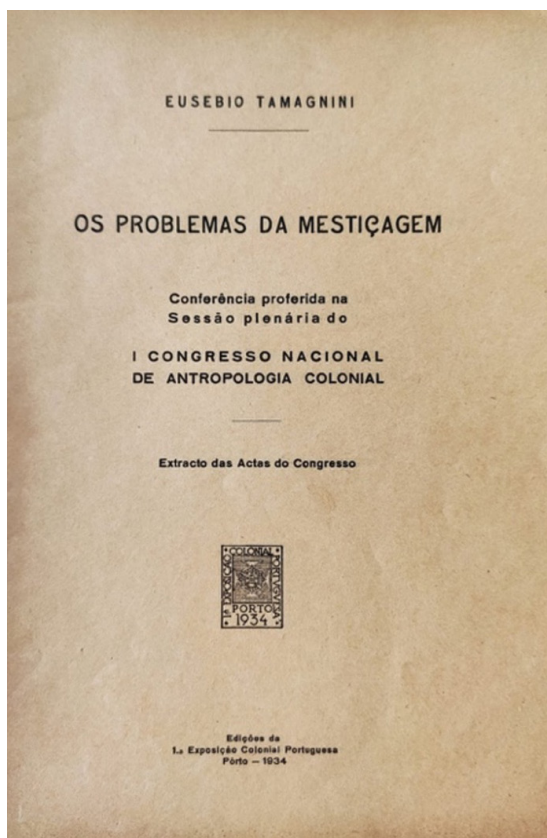


Figura 1. Conferência proferida no I Congresso Nacional de Antropologia Colonial “Os Problemas da Mestiçagem” de Eusébio Tamagnini, Edições da 1.ª Exposição Colonial Portuguesa, Porto – 1934

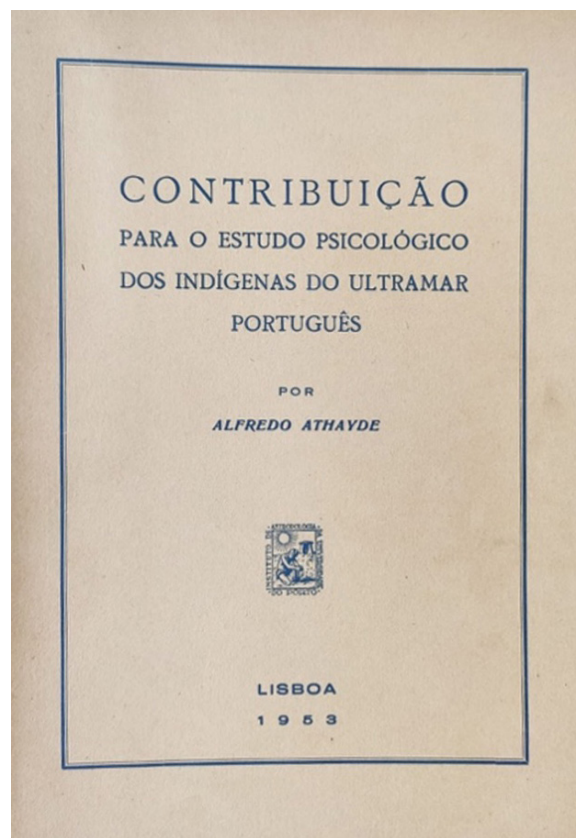
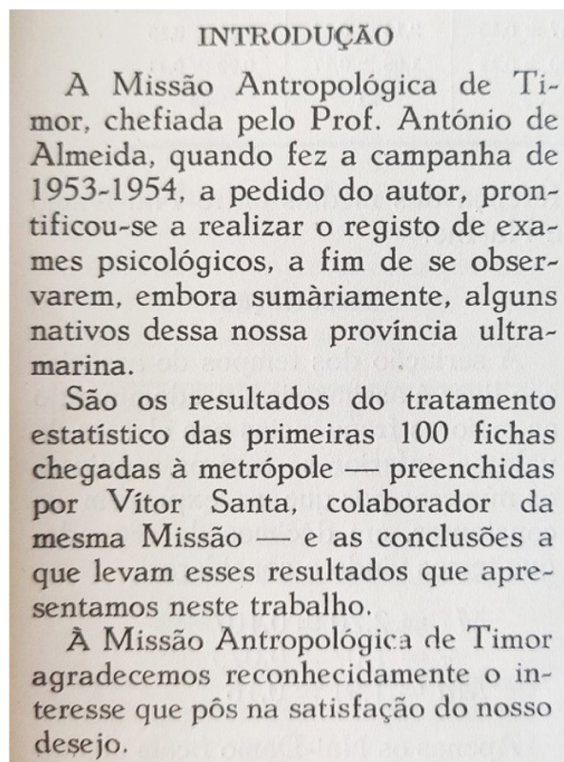
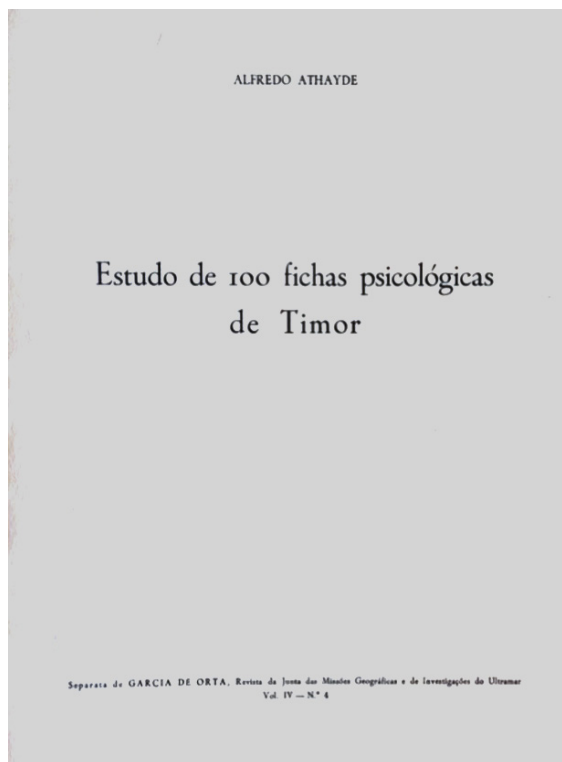


Figura 2. “Contribuição para o estudo psicológico dos indígenas do Ultramar Português” de Alfredo Athayde, Lisboa – 1953

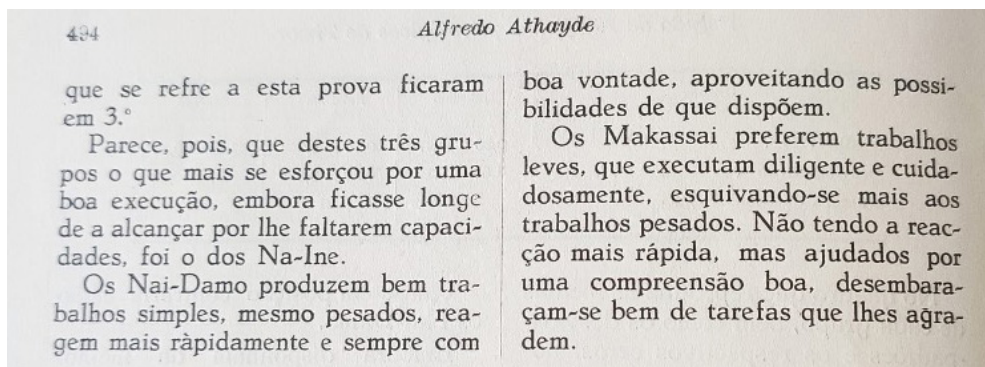
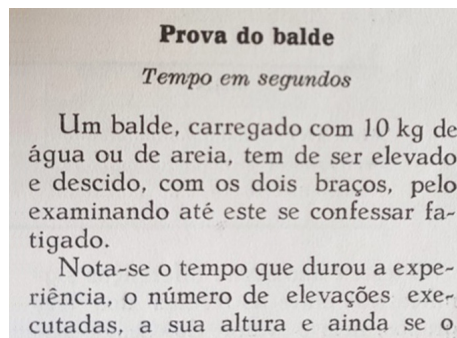
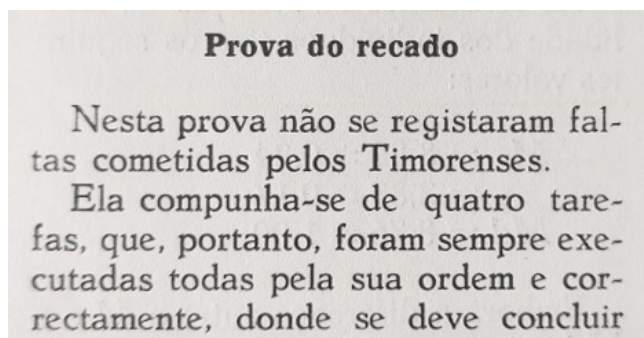
Da Revista da Junta das Missões Geográficas e de Investigação do Ultramar, pode-se retirar o exemplo do “Estudo de 100 fichas psicológicas de Timor”, de Alfredo Athayde (Figuras 3 e 4), que se refere a indivíduos observados em no decurso da “Missão Antropológica de Timor”, aos quais foi realizada uma colheita de dados psicológicos através de provas de aptidões que testavam componentes como a Memória; Associação; Compreensão, através da capacidade de execução de um “recado” (Figura 4); Diligência, através do “cuidado” com que os indivíduos executavam determinadas tarefas; Afirmação; Combinação; Concentração e Provas de trabalho. Estas últimas pretendiam observar a capacidade de trabalho dos vários povos, consistindo, por exemplo, na capacidade de elevar um balde por um número repetido de vezes, avaliando concomitantemente a diligência empregue no desempenho destas tarefas (Figuras 5 e 6).

Este exercício classificatório partia de exaustivos levantamentos antropométricos, fornecendo elementos orientadores à política e administração de populações indígenas. Contudo, não eram contemplados nestes trabalhos as dimensões cultural e social dos povos, contribuindo para a cristalização da imagem dos povos nativos como “raças” mental e civilizacionalmente atrasadas” (Pereira, jul. 2004-jun. 2005, p. 230).

Com o final da Segunda Guerra Mundial em 1945, a adesão de Portugal à Organização das Nações Unidas (ONU) e a conferência de Bandung em 1955, que assinala um marco histórico para o estabelecimento de solidariedade entre povos asiáticos e africanos contra o domínio colonial europeu, o país é confrontado com crescentes pressões a favor da autodeterminação das colónias. Perante esta nova conjuntura política internacional, emergiu na comunidade académica e científica a noção de que os problemas políticos e sociais que o país enfrentava nos territórios ultramarinos exigiam o recurso à investigação no domínio das ciências sociais, nomeadamente sociologia e antropologia cultural. Surge uma expansão sem precedentes da JIU, com a criação de mais de 61 novos organismos, incluindo agrupamentos científicos, laboratórios e núcleos de investigação, ao mesmo tempo que houve um aumento do número de colaboradores e dos trabalhos publicados (Alexandre, 2000). Esta nova fase da Junta deveu-se à necessidade de sustentar em bases científicas as políticas traçadas pelo Estado Novo para o Ultramar nos anos 1950-1960 e o argumento da “missão civilizadora” deu lugar ao ideal de desenvolvimento económico dos territórios africanos, legitimando a soberania portuguesa. Foi criado o Centro de Estudos Políticos e Sociais (CEPS) e, mais tarde, o Centro de Estudos de Antropologia Cultural (1962) e o Centro de Estudos de Desenvolvimento



Figuras 3 e 4. “Estudo de 100 fichas psicológicas de Timor”,
in *Revista da Junta das Missões Geográficas e de Investigação do Ultramar*, Vol. IV – n.º 4



Figuras 5 a 7. “Estudo de 100 fichas psicológicas de Timor”,
in *Revista da Junta das Missões Geográficas e de Investigação do Ultramar*, Vol. IV – n.º 4

Comunitário (1963). Levaram-se a cabo várias missões, algumas das quais com o objetivo primordial de acautelar potenciais ameaças à soberania portuguesa em África (Castelo, C., 2012), seguindo um movimento que se verificava noutras potências coloniais europeias.

Esta visão de desenvolvimento económico como alternativa à descolonização prolongou-se até ao início dos anos 1970. Após a Revolução do 25 de abril de 1974 dá-se início ao processo de descolonização e a Junta das Missões Geográficas entra num longo período de indefinição. Embora o caminho apontado fosse o da cooperação para o desenvolvimento das antigas colónias, a instituição teve dificuldade em libertar-se do estigma e passado colonial. Atualmente, assume o Instituto de Investigação Científica Tropical, e entre as suas prioridades entre as suas prioridades está o acompanhamento e cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio.

Investigação científica em humanos

A investigação em seres humanos tem sido prática comum na evolução científica e tem o objetivo de produzir conhecimento que possa ser generalizado para a população, com o fim último de melhorar a saúde humana. Contudo, a ausência de regulamentação desta investigação conduziu, ao longo da história, a práticas abusivas e pouco criteriosas, geralmente em prejuízo de grupos sociais mais desfavorecidos.

O Código de Nuremberg (1946) surge como um dos poucos resultados positivos das experimentações nazi, considerado o primeiro documento a estabelecer normas éticas para investigação em seres humanos. Consiste em vários critérios, destacando-se o consentimento informado, a existência de uma base científica concreta para a experiência e a aquisição de resultados positivos que não poderiam ser obtidos de outra forma. Acrescenta, ainda, que o interesse do participante deve sempre prevalecer sobre o interesse da ciência ou da sociedade. Partindo de problemas decorrentes do “Estudo da Sífilis Não Tratada de Tuskegee” (1932-1972) é criada, em 1974, a Comissão Nacional Para Proteção de Sujeitos Humanos, da qual resultou o “Relatório Belmont”, que defendia os princípios fundamentais do respeito, beneficência e justiça na conduta ética de investigação em humanos (Algahtani, H., Bajunaid, M., Shirah, B., 2018).

A Declaração de Helsínquia, publicada pela primeira vez pela World Medical Association em 1964, e revista pela última vez em 2013, acrescentou a importância do consentimento livre e esclarecido por escrito e o uso limitado de placebo, propondo que qualquer método novo deve ser testado em comparação com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos comprovados atuais. Incluiu também a afirmação de que “o bem-estar do ser humano deve ter prioridade sobre os interesses da ciência e da sociedade”.

Neuroética – um novo ramo da bioética

Em 1995, o comitê de bioética da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) desenvolveu os primeiros estudos acerca da ética da investigação em neurociências, porém, o termo “neuroética” só foi mais recentemente difundido, após a conferência da Society of Neuroscience “Neuroethics: mapping the field”, em 2002, na qual vários nomes proeminentes nas áreas da neurociência, jornalismo, direito, filosofia, entre outros, se reuniram e debateram os impactos sociais e individuais da investigação nesta área.

Nos últimos anos, tem-se observado um crescente aumento do conhecimento sobre a biologia do comportamento humano, ao mesmo tempo que se verificaram importantes avanços tecnológicos nos métodos de neuroimagem, psicofarmacologia ou neurocirurgia. Isto tem levado ao surgimento de novas ferramentas para diagnósticos e intervenções terapêuticas mais precisos ou a possibilidade de deteção precoce e prevenção de algumas doenças. A par com estes avanços sem precedentes, são levantadas também inúmeras preocupações éticas e filosóficas relacionadas com os limites da intervenção, nomeadamente no que diz respeito à predição do comportamento humano, políticas de privacidade, definição de *self*, questões relacionadas com o livre arbítrio ou com as conceções de saúde e bem-estar (Raul Marino Jr., 2007). Um indivíduo fortemente medicado age como o seu verdadeiro *self*? Até que ponto determinadas intervenções podem afetar a autonomia ou a responsabilidade legal pelas ações? Todas as funções da mente representam funções do cérebro? Os padrões cerebrais descritos por imagens funcionais são mais representativos dos verdadeiros pensamentos, sentimentos ou intenções subjacentes do que o relato subjetivo da pessoa?

É neste contexto que surge um novo campo da bioética que se dedica às implicações éticas, legais e sociais da investigação em neurociência. A Neuroethics society, fundada em 2006 pelo professor Steven Hyman (Universidade de Harvard) tem como missão promover o desenvolvimento e a utilização responsável das neurociências, atuando

em quatro grandes vertentes: (1) a neurociência do Eu, que trata de temas relacionados com a liberdade e responsabilidade, assim como as bases biológicas da personalidade, comportamento e emoções; (2) a neurociência e as práticas sociais, centrada nos processos de aprendizagem e memória, responsabilidade pessoal e criminal; (3) a ética das neurociências, que abrange aspetos relacionados com a neurocirurgia, psicofármacos, terapia génica, próteses neuronais, etc, num esforço de orientar tanto a investigação como a terapêutica em neurologia e psiquiatria; e (4) a neurociência e discurso público, que se refere à formação académica dos investigadores, assim como aspetos relacionados com a divulgação e relação com os media (Raul Marino Jr., 2007). Surge como uma área multidisciplinar com objetivos de trabalho estabelecidos a longo prazo, no sentido de guiar os caminhos traçados pelos investigadores deste milénio.

Considerações finais

As áreas da psicologia, psiquiatria e neurociências foram, ao longo da história, pretexto para experiências em humanos com importantes implicações éticas. O exemplo português da Junta de Investigações do Ultramar, enquanto organismo central da política científica do Estado Novo para as colónias, ilustra o papel da investigação científica na perpetuação da agenda colonialista e exploração dos recursos daqueles territórios, na altura um instrumento usado pelo regime para fazer durar o Império.

Conhecer as fundações históricas da investigação em humanos é fundamental para compreender os códigos éticos em vigor, de forma a prevenir a repetição dos abusos praticados no passado.

Os recentes avanços nas neurociências, nomeadamente o conhecimento da biologia do comportamento humano, a par com avanços tecnológicos nos métodos de neuroimagem, psicofarmacologia ou neurocirurgia, levantam novos desafios éticos para os clínicos e investigadores deste milénio, que devem estar no cerne da sua atenção.

Referências bibliográficas

- Alexandre, V. (2000). *“Velho Brasil, novas Áfricas: Portugal e o Império” (1808-1975)*. Porto: Afrontamento.
- Algahtani, H., Bajunaid, M., & Shirah, B. (2018). Unethical human research in the field of neuroscience: a historical review. *Neurol Sci*, 39, 829-834. <https://doi.org/10.1007/s10072-018-3245-1>
- Castelo, C. (2012). “Investigação Científica e política colonial portuguesa: Evolução e articulações, 1936-1974,” *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19(2), 391-408. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702012000200003>.
- Cheung EH. (2009). A new ethics of psychiatry: neuroethics, neuroscience, and technology. *J Psychiatr Pract*, Sep, 15(5), 391-401. doi: 10.1097/01.pra.0000361279.11210.14. PMID: 19820555.
- Marcus, S. (ed.) (2002). *Neuroethics – Mapping the Field. Conference Proceedings*. The Dana Press, S. Francisco/CA, USA .
- Marquis, P. (2020). Colonial psychiatry (nineteenth-twentieth century), *Encyclopédie d’histoire numérique de l’Europe* [online], ISSN 2677-6588.
- Pereira, R. M. (2005). Raça, sangue e robustez. Os Paradigmas da Antropologia Física Colonial Portuguesa. *Cadernos de Estudos Africanos*, (7/8), 209-241. doi:10.4000/cea.1363
- Raul Marino Jr. (2007). Neuroética – uma nova extensão da bioética”. *Revista Brasileira de Bioética*, 3(2), 150-156.
- Suárez Richards, M. (2013). Psiquiatria y neuroética [Psychiatry and neuroethics]. *Vertex*, May-Jun, 24(109), 233-240. Spanish. PMID: 24255906.

A Cura Divina? Uma Breve História da Psilocibina

Rui Pedro Andrade, Ana Lúcia Costa, Hugo Afonso

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

E-mails: ruiandrade43@gmail.com, analuciacosta_2012@hotmail.com, hugo.afonso89@gmail.com

Resumo

Conhecida pela sua capacidade de provocar alterações no estado de consciência, a Psilocibina é um exemplo dos chamados Psicadélicos Clássicos.

Com uma história ancestral, já foi identificada em mais de 100 espécies distintas de cogumelos, mais comumente *Psilocybe*. Acredita-se que estes cogumelos surgiram nas regiões europeias e africanas, estimando que a sua origem precede a dos humanos modernos.

Identificada em 1958 e sintetizada pela primeira vez em 1959 por Albert Hofmann, a Psilocibina foi comercializada, com o nome Indocybin, como coadjuvante de psicoterapia no tratamento de perturbações depressivas e de ansiedade, até a sua utilização ter sido proibida em 1971, no seguimento do combate político ao movimento de contra-cultura americana.

Após um período negro, o recente aumento exponencial na investigação fez da Psilocibina a substância psicadélica mais utilizada na investigação clínica, com resultados promissores em várias Perturbações Psiquiátricas, com destaque para a Depressão Resistente ao Tratamento.

Palavras-chave: psilocibina, história, psicadélicos, psiquiatria

abstract

Known for its ability to cause changes in the state of consciousness, Psilocybin is an example of the so-called Classic Psychedelics.

With an ancestral history, it has been identified in more than 100 different species of mushrooms, most commonly *Psilocybe*. It is believed that these mushrooms arose in European and African regions, estimating that their origin predates that of modern humans.

Identified in 1958 and synthesized for the first time in 1959 by Albert Hofmann, Psilocybin was marketed under the name Indocybin as an adjuvant to psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders, until its use was banned in 1971, following the political fight against the counterculture movement by the American government.

After a dark period, the recent exponential increase in research has made Psilocybin the most used psychedelic substance in clinical research, with promising results in several Psychiatric Disorders, with emphasis on Treatment-Resistant Depression.

Keywords: psilocybin, history, psychedelics, psychiatry

Introdução

A psilocibina pode ser encontrada em mais de 200 espécies de cogumelos (Nichols, 2020), mais comumente do género *Psilocybe*, em todos os continentes, com exceção da Antártida (Geiger *et al.*, 2018).

Esta substância (O-fosforil-4-hidroxi-N,N-dimetiltriptamina) é uma indolalquilamina, estruturalmente similar ao neurotransmissor endógeno serotonina, sendo ambas derivadas da triptamina (Geiger *et al.*, 2018; Tylš *et al.*, 2014).

Após ingestão, a psilocibina é absorvida, metabolizada hepaticamente e rapidamente desfosforilada em psilocina, a qual apresenta uma semi-vida de 3 horas. Esta atua em múltiplos recetores serotoninérgicos, mas também histaminérgicos, alfa-adrenérgicos e dopaminérgicos e inibe os transportadores de serotonina dependentes de sódio (Geiger *et al.*, 2018; Tylš *et al.*, 2014).

A ingestão de psilocibina produz um estado subjetivo de alteração da consciência, primariamente motivado pelo agonismo parcial da psilocina nos recetores serotoninérgicos 2A (Geiger *et al.*, 2018).

A experiência subjetiva pode variar desde sedação moderada e aumento acuidade visual (doses baixas), até alterações de consciência, percepção, humor, pensamento e ainda da experiência do tempo, espaço e self (doses altas), a designada experiência psicadélica, com uma duração de 4 a 7 horas (Geiger *et al.*, 2018).

Origem

O consumo de psilocibina pelos humanos modernos ter-se-á iniciado há milhares de anos com propósitos não só religiosos, mas também medicinais, por indígenas na região da meso-américa (Carhart-Harris & Goodwin, 2017; Geiger *et al.*, 2018).

Porém, a origem da psilocibina parece ser ainda mais ancestral, precedendo a origem dos humanos modernos e, até, dos Australopitecos. Esta, na família *Inocybeaceae*, surge à cerca de 10 a 20 milhões de anos, com evidência do seu aparecimento nos continentes africano e europeu, estimando-se a mesma origem temporal para a família *Psilocybe* (Geiger *et al.*, 2018).

Esta evolução temporal sugere uma inevitabilidade no contacto dos hominídeos ancestrais com cogumelos contendo psilocibina (Arce & Winkelman, 2021; Geiger *et al.*, 2018). A presente suposição é suportada por vários fatores, entre os quais, o conhecimento atual da dieta destes nossos parentes distantes, a qual consistia em comida originária do solo das florestas, como os cogumelos, e ainda o facto de a prática de auto-medicação ser uma realidade nos primatas e humanos no paleolítico (Arce & Winkelman, 2021).

Levando em conta as capacidades de alteração dos estados de consciência e percepção decorrentes do consumo destes fungos, foram surgindo teorias que tentam relacionar o consumo de psilocibina com a evolução da espécie humana, a *Stoned Ape Theory* de Terence McKenna, de 1992, e a mais recente e complexa *Human Socio-Cognitive Niche Theory* de Rodríguez Arce e Winkelman, de 2021 (Arce & Winkelman, 2021).

De forma mais concreta, os registos do contacto humano pré-histórico com a psilocibina estão dispersos por todo o globo, desde gravuras de há 9000 anos nas paredes da Montanha Tassili n'Ajjer na Argélia, ou o Mural Selva Pascuala de há 6000 anos em Espanha, até às pedras com forma de cogumelo, datadas de há 3000 anos, encontradas na Guatemala (Geiger *et al.*, 2018).

Com o avançar dos séculos e milénios, o consumo e a influência deste fungo ficaram mais restritos à região mesoamericana, permanecendo esquecidos pelo resto do mundo até à chegada dos exploradores espanhóis a esta região, no século XVI (Van Court *et al.*, 2022).

A ocidentalização desta história da psilocibina inicia-se, então, por Bernardino de Sahagun, frei franciscano espanhol, que viajou para o México em 1529, tendo realizado estudos de investigação etnográficos. De Sahagun aprendeu a língua do povo Azteca, passando mais de 50 anos da sua vida a estudar a cultura, crenças e história deste povo. Estas décadas de estudo culminaram na criação da sua *Magnum-opus*, intitulada “Historia general de las cosas de la Nueva España”, onde é mencionada repetidamente a *Carne dos Deuses*, o sagrado cogumelo da Mesoamérica (Nichols, 2020).

Contudo, este entusiasmo não era partilhado pela Inquisição Espanhola que castigava e reprimia o consumo de cogumelos contendo psilocibina, acabando mesmo por surgir uma condenação oficial pela Igreja Católica em 1620. O consumo destes fungos passou então para a clandestinidade, mantendo-se reservados a cerimónias ritualísticas em determinados grupos étnicos mexicanos, dos quais são exemplos os Chatinos, Chinantecos, Matlazincos, Mazatecos, entre outros (Van Court *et al.*, 2022).

Século XX, do Boom à proibição

Não obstante a história milenar dos cogumelos contendo psilocibina e o registo do século XVI de de Sahagun, a existência destes cogumelos permaneceu controversa, sendo inclusivamente negada por franjas da sociedade até ao século XX (Nichols, 2020).

A sua redescoberta é iniciada por Robert Weitlaner que, em 1936, consegue obter espécimes destes fungos que, infelizmente, chegam a Universidade de Harvard em tal estado de decomposição que impossibilitava a sua identificação. Porém, dois anos volvidos, Richard Evans, botânico de Harvard, após ter a possibilidade de assistir a cerimónias ritualísticas em Huautla, no México, consegue obter três espécimes de cogumelos utilizados nos rituais que, desta vez, foram identificados como *Psilocybe caerulescens*, *Panacolus campanulatus* e *Stropharia cubensis* (Nichols, 2020).

Começa, assim, a viagem de contornos quase alucinantes do século XX.

Em 1952, surge uma personagem importantíssima, porém inesperada, nesta história: Robert Gordon Wasson. O banqueiro e micologista amador, influenciado por um artigo escrito por Evan Schultes, viaja para o México à procura deste fungo de características “mágicas”. Numa dessas expedições, em 1955, e acompanhado por um repórter fotográfico, consegue participar num ritual, dirigido pela curandeira de etnia Mazateca Maria Sabina e acaba por publicar a crônica desta viagem na *Life Magazine*, em 1957, com impacto cultural significativo (Nichols, 2020; Tylš *et al.*, 2014). Neste artigo, Gordon Wasson descreve a sua experiência e visões pessoais, sem condenar a psilocibina, referindo que, na sua opinião não aparentava possuir características aditivas, mencionando, ainda potenciais aplicações clínicas da mesma (Wark & Galliher, 2010).

Ainda nesse ano, e continuando com a extrema influência de Gordon Wasson, um micologista francês, Roger Heim, que o acompanhou ao México, consegue cultivar espécimes de *Psilocybe* e acaba por enviar uma amostra de cogumelos para Albert Hofmann (Nichols, 2020), surgindo aqui o interesse científico, acadêmico e clínico nesta substância.

Hofmann, responsável pela síntetização da dietilamida do ácido lisérgico (LSD) em 1943, acaba por conseguir identificar e sintetizar laboratorialmente a psilocibina, em 1958 e 1959, respetivamente (Geiger *et al.*, 2018; Nichols, 2020), bem como o seu produto desfosforilado, a psilocina, sem antes ingerir 2,4g de cogumelos desidratados de forma a comprovar as suas propriedades psicoativas (Nichols, 2020).

Com este desenvolvimento laboratorial, rapidamente se inicia a distribuição em massa de psilocibina, sob o nome Indocybin, sendo comercializada pela farmacêutica Sandoz, logo a partir de 1960, como adjuvante de psicoterapia (Geiger *et al.*, 2018).

A psilocibina passa, assim, a ser bastante utilizada por psicólogos e psiquiatras em investigação e prática clínica (Carhart-Harris & Goodwin, 2017). Nas duas décadas seguintes, centenas de artigos foram escritos e mais de 40000 pacientes receberam administrações de psilocibina (Carhart-Harris & Goodwin, 2017; Tylš *et al.*, 2014). Esta era utilizada como ferramenta para melhor compreender a etiopatogénese de algumas doenças mentais, como a perturbações psicóticas, mas também com intuito terapêutico em perturbações neuróticas, aditivas e em pacientes em fim de vida (Tylš *et al.*, 2014).

Os ensaios clínicos realizados e publicados da altura apresentavam resultados promissores, associados a efeitos adversos mínimos e altos níveis de segurança (Tylš *et al.*, 2014), contudo a metodologia aplicada é discutível, não existindo, por exemplo, standardização dos diagnósticos, aferição concreta da severidade dos sintomas, ou ainda randomização dos participantes e grupos-controlo nas investigações (Carhart-Harris & Goodwin, 2017).

O paradigma de resultados clínicos promissores e metodologias duvidosas é o Projeto de Psilocibina de Harvard que, não sendo o primeiro, nem o mais importante é, sem dúvida, o mais conhecido.

Em 1960, Timothy Leary e Richard Alpert (posteriormente conhecido como Ram Das) criam este projeto na Universidade de Harvard, após ambos já terem consumido psilocibina com experiências subjetivas positivas e profundas. Os resultados preliminares deste projeto foram promissores, contabilizando administrações de mais de 4000 doses de fármacos com propriedades psicadélicas. Contudo, desde a sua criação, que este projeto se vê envolvido em controvérsia. Por exemplo, em 1961, é realizado a *The Concord Prison Experiment*, na qual é administrada psilocibina a 32 reclusos. Adicionalmente, era prática habitual o consumo destas substâncias por parte dos investigadores e, posteriormente, contrariamente ao pedido expresso da direção, a psilocibina passou a ser administradas aos alunos. Gradualmente, se verificou um cada vez maior interesse cultural/místico em detrimento do interesse científico, culminando na *The Good Friday Experiment*, em 1962, realizada com propósito maioritariamente religioso, na qual foi administrada psilocibina a 10 estudantes e placebo a outros 10, numa igreja, na Sexta-Feira Santa. Estas metodologias questionáveis rapidamente chamaram a atenção de outros professores de Harvard, sucedendo-se múltiplas reportagens no jornal do campus, bem como pedidos de demissão requisitados pelos seus pares. Esta tensão acaba por extravasar o meio universitário, sendo que ainda no ano de 1962, a psilocibina surge em reportagens no *New York Times*, como substância que “pode causar em graves consequências para a saúde mental e estabilidade de pessoas normais”. Em 1963, o Projeto de Psilocibina de Harvard é encerrado (Wark & Galliher, 2010).

Porém, os erros já tinham sido perpetrados e não haveria forma de voltar atrás.

A psilocibina há muito que tinha ultrapassado as paredes dos laboratórios e se tinha tornada uma droga recreacional bastante popular (Tylš *et al.*, 2014), passando a ser indissociável do movimento de contracultura americana na década de 60 (Carhart-Harris & Goodwin, 2017). Adicionalmente, com o encerramento da sua investigação académica, Leary e Alpert tornaram-se figuras de proa do movimento anti-guerra do Vietname, os consumidores de psilocibina passaram a ser ostracizados e considerados um perigo para o estilo de vida americano convencional (Wark & Galliher, 2010). Este conflito político-social culminou na classificação da psilocibina como uma Substância de Categoria I pela *Food and Drugs Administration* (FDA), em 1971 (Geiger *et al.*, 2018; Tylš *et al.*, 2014). Esta classi-

ficção descreve-a como não tendo utilidade terapêutica, como insegura a sua utilização sob supervisão clínica, estando associada a um alto risco de dependência (Tylš *et al.*, 2014).

Ainda assim, a psilocibina manteve-se como uma droga recreacional bastante popular (Geiger *et al.*, 2018) e também como substância utilizada em cerimónias ritualísticas, principalmente no México (Van Court *et al.*, 2022).

A investigação científica parecia, porém, ter os dias contados.

Renascimento no século XXI

A verdade é que, durante mais de 25 anos, este pareceu um capítulo fechado, até que, no final da década de 90, o interesse clínico nas propriedades da psilocibina renasce (Carhart-Harris & Goodwin, 2017; Tylš *et al.*, 2014), com investigação a surgir na Alemanha, Estados Unidos da América e Suíça (Carhart-Harris & Goodwin, 2017).

Nos dias que correm, a psilocibina tornou-se o psicadélico clássico mais utilizado na investigação científica (Geiger *et al.*, 2018). Esta opção prende-se com vários motivos que tornam a psilocibina mais atrativa: a sua duração de ação é inferior à do LSD; como ainda vamos abordar, tem um bom perfil de segurança, produzindo efeitos adversos limitados (Geiger *et al.*, 2018; Tylš *et al.*, 2014); não tem carácter aditivo (Tylš *et al.*, 2014); possui um peso político-social menos relevante do que o LSD, por exemplo. Não tendo a conotação negativa deste último (Geiger *et al.*, 2018; Tylš *et al.*, 2014).

Assim, atualmente, existe uma multiplicidade de estudos neuroimagiológicos e psiofarmacológicos, que demonstram a sua tolerabilidade, segurança e potencial clínico.

Com este renascimento, mais de 200 artigos já foram publicados e mais de 2000 pacientes receberam administrações de psilocibina em condições controladas (Tylš *et al.*, 2014).

A investigação recente, tentando emendar os erros do passado, utiliza uma abordagem mais cuidadosa nos estudos experimentais, associada a uma abordagem mais crítica dos resultados obtidos (Carhart-Harris & Goodwin, 2017), onde se incluem, então, diversos ensaios clínicos randomizados controlados por placebo (Nichols, 2020).

Começando pela sua segurança, a evidência demonstra que a psilocibina possui uma toxicidade muito baixa, não demonstrando toxicidade em órgãos isolados. Adicionalmente, uma dose letal é difícil de estimar, sendo bastante superior à dose psicoativa. Não obstante estarem descritas mortes associadas ao seu consumo, estas não decorrem da toxicidade da psilocibina, mas sim devido a efeitos adversos decorrentes da alteração do estado de consciência por ela provocada ou consumo de outros cogumelos tóxicos não contendo psilocibina (Tylš *et al.*, 2014).

Esta perigosidade é então controlada em contexto investigacional e clínico, sendo que a investigação demonstra a sua segurança nestes contextos através do controlo do *set* e *setting*. O conceito de *set* diz respeito às expectativas pessoais e que podem ser controladas em sessões psicoterapêuticas de preparação; O conceito de *setting* corresponde ao meio envolvente durante as sessões de administração de psilocibina. Se é verdade que as alterações do estado de consciência e percepção podem induzir comportamentos perigosos por parte do indivíduo, também é verdade que estes podem ser minimizados através de preparação e psicoeducação adequadas e criação de um meio envolvente seguro, sendo esta administração guiada por um profissional treinado (Tylš *et al.*, 2014). Assim, esta não é uma simples administração de um fármaco, mas sim um processo psicoterapêutico assistido por um fármaco, neste caso, a psilocibina. Curiosamente, estes conceitos adotados mais recentemente espelham e parecem ser adaptados do conhecimento e experiências indígenas, onde se incluem uma preparação extensa e criteriosa, um controlo do meio envolvente durante a cerimónia ritualística e o acompanhamento de um xamã com experiência na “viagem psicadélica” (Van Court *et al.*, 2022).

Os efeitos adversos mais comuns são: midríase, aumento da pressão arterial, tonturas, tremores, náuseas e vômitos, visão turva, parestesias e hiperreflexia, desaparecendo totalmente em, no máximo, 24 horas (Tylš *et al.*, 2014).

Quanto a efeitos adversos de maior gravidade, o risco de psicose prolongada parece rara em indivíduos saudáveis, existindo relato de casos em indivíduos com predisposição pessoal para o desenvolvimento de perturbações psicóticas. Por sua vez o risco de *Hallucinogen Persisting Perception Disorder* também é raro, parecendo estar associado ao consumo recreativo. De facto, a prevalência de sintomas psiquiátricos a longo prazo em sujeitos saudáveis e pacientes psiquiátricos é de 0,08-0,09% e 0,18%, respetivamente (Tylš *et al.*, 2014), contrariando a percepção de que psicadélicos como a psilocibina aumentam o risco de desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Geiger *et al.*, 2018).

De facto, não só não aumentam este risco, como tem sido demonstrado potencial clínico para diversas perturbações mentais, como a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbações do Uso de Substância (tabaco e álcool), Sofrimento Psicológico Associado a Doenças Oncológicas e Perturbações Depressivas (Carhart-Harris & Goodwin, 2017; Tylš *et al.*, 2014).

Dentro deste vasto leque de potencialidade, a que mais se destaca é a sua utilização nas Perturbações Depressivas, cujos resultados imediatos e sustentados no tempo da sintomatologia depressiva, bem como a melhoria nos sintomas ansiosos e redução a ideação suicida, consubstanciados em estudos de fase II, garantiu à Psilocibina o reconhecimento, por parte da FDA, enquanto *Breakthrough Therapy* para o tratamento da Depressão Resistente ao Tratamento e, posteriormente, da Depressão Major (Van Court *et al.*, 2022).

É impossível não falar desta revolução científica, sem falar da experiência subjetiva de carácter espiritual e místico decorrente o consumo de psilocibina. De facto, a literatura tem demonstrado que indivíduos voluntários sem qualquer contacto prévio com psilocibina ou outro psicadélico, atribuem, de forma sustentada no tempo, um significado pessoal e espiritual significativo a esta experiência, associado a alterações positivas do comportamento, atitude, realação com o próprio e os outros (Geiger *et al.*, 2018; Tylš *et al.*, 2014). Estas características espirituais e místicas também são verificadas em pacientes com diagnóstico de perturbações psiquiátricas, havendo resultados aparentes da sua relação com a eficácia terapêutica e carácter preditor de eficácia a longa-prazo (Geiger *et al.*, 2018), o que, de certa forma, acaba por confirmar as experiências levadas a cabo no Projeto de Psilocibina de Harvard, nomeadamente a *Good Friday Experiment*, levada a cabo com propósitos espirituais e religiosos (Tylš *et al.*, 2014). Neste caso, surge a controvérsia sobre a importância, ou não, da experiência subjetiva no contexto clínico. Surgem, então, dois polos opostos entre aqueles que defendem que esta experiência é irrelevante para a prática clínica e aqueles que defendem que, não só tem importância, como dever ser explorada de forma estruturada de forma a ser potenciada (Carhart-Harris & Goodwin, 2017).

Toda esta investigação recente contraria a campanha alarmista iniciada na década de 60. Não só a administração de psilocibina em contexto clínico controlado é segura, como a Psicoterapia Assistida por Psilocibina aparente ter um potencial terapêutico considerável que merece ser explorado.

Conclusão

Ao percorrermos os vários e longos séculos de informação documentada, verificamos que a história da psilocibina, aos olhos do ocidente, se repete em ciclos de interesse clínico e mediático e proibição/repressão.

Com o renascimento científico do século XXI, a literatura sugere uma aparente eficácia clínica, bem como segurança na sua administração em contextos controlados. Desta forma, não estão reunidos os critérios para a atual classificação de Substância de Categoria 1, sendo que poderemos vir a assistir a uma reclassificação pela FDA.

Em simultâneo, assistimos a um, cada vez maior, interesse mediático pelas substâncias psicadélicas e, consequentemente, a um risco do uso generalizado fora do contexto clínico/seguro, associado a todos os riscos do consumo não controlado de psilocibina.

Assim, é essencial uma abordagem imparcial aos riscos, benefícios e utilidade clínica da psilocibina, considerando factos e resultados fidedignos e reproduzíveis, não cedendo a influências do seio político e/ou mediático.

Bibliografia

- Carhart-Harris, R. L., & Goodwin, G. M. (2017). The Therapeutic Potential of Psychedelic Drugs: Past, Present, and Future. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 42(11), 2105-2113.
- Geiger, H. A., Wurst, M. G., & Daniels, R. N. (2018). DARK Classics in Chemical Neuroscience: Psilocybin. *ACS chemical neuroscience*, 9(10), 2438-2447.
- Nichols, D. E. (2020). Psilocybin: from ancient magic to modern medicine. *The Journal of antibiotics*, 73(10), 679-686.
- Rodríguez Arce, J. M., & Winkelman, M. J. (2021). Psychedelics, Sociality, and Human Evolution. *Frontiers in psychology*, 12, 729425.
- Tylš, F., Páleníček, T., & Horáček, J. (2014). Psilocybin – summary of knowledge and new perspectives. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 24(3), 342-356.
- Van Court, R. C., Wiseman, M. S., Meyer, K. W., Ballhorn, D. J., Amses, K. R., Slot, J. C., Dentinger, B. T. M., Garibay-Orijel, R., & Uehling, J. K. (2022). Diversity, biology, and history of psilocybin-containing fungi: Suggestions for research and technological development. *Fungal biology*, 126(4), 308-319.
- Wark, C., & Galliher, J. F. (2010). Timothy Leary, Richard Alpert (Ram Dass) and the changing definition of psilocybin. *The International journal on drug policy*, 21(3), 234-239.

Drugged-Up Nazis: Drug Use in the Third Reich and its Influence on the War

Sabrina Jesus, Gisela Simões, Inês Gomes

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE

E-mail: sabrina.von.jesus@gmail.com

Abstract

From the foot soldier to the Führer, drug use permeated Nazi Germany, exerting an influence which ultimately steered the course of history. The military efficiency of the Third Reich has been extensively studied and although traditionally associated to its technological and innovation superiority, one trick remained up the sleeves of these men. Amphetamines were inserted, albeit in opposition to the Nazi antidrug stance, within the military strategy. Playing into the Third Reich's obsession with physical and mental superiority this drug was widely supplied to the armies and their officials offering the possibility of becoming *Übermensch*. This presentation aims to explore what happens when a population, along the totality of its hierarchy, is subjected to the effects of psychotropic drugs and their consequences. The authors draw from descriptions of historical events which were propelled by the force of stimulants and literary accounts of drug-use during World War II.

Keywords: substance use, historical figures, drug use, addiction

A certain unsettling unease would spread among the general population if word got out that Vladimir Putin was receiving methamphetamine injections or that Kim Jung Un had an alcohol issue or if all their soldiers were powered by cocaine. The prospect of senior world leaders and their soldiers wrestling with complex politico-military crises while under the influence of drugs is dreadful to contemplate. But the fact is that 20th century history is rife with such examples, but the example we are going to focus on exploring is if the Third Reich was, quite literally, an altered state.

The *Übermensch* is a concept in the philosophy of Friedrich Nietzsche and was described as a goal for humanity to set for itself. The term *Übermensch* was used frequently by Hitler and the Nazi regime to describe their idea of a biologically superior Aryan which became a philosophical foundation for National Socialist ideas. And this idea was personified in the Nazi leader, Adolf Hitler, who was portrayed as a kind of *übermensch*, a vegetarian teetotaler, who was willing to work tirelessly on behalf of his country, and who would not allow anything to corrupt him – not even caffeine.

It is no wonder that when the Nazis seized power in 1933, “seductive poisons” were immediately outlawed, with Nazi ideology being fundamentalist and unremitting in its antidrug stance. Social use of drugs was considered both a sign of personal weakness and a symbol of the country's moral decay. In the years that followed, drug users would be deemed “criminally insane”; some would be killed by the state using a lethal injection whilst others would be sent to concentration camps. Interestingly and frequently, as it happens with any idealistic construction, there is the failure to live up to it as the pressure is too great and the temptation too strong – and the Nazis were no different.

The Nazi party's office of racial purity claimed that the Jewish character was essentially drug-dependent, in addition to other negative descriptions. According to them, both needed to be eradicated from Germany. As it turns out, hypocrisy infected the Nazi regime with many members of the party using drugs regularly, from the soldiers of the *Wehrmacht* (German armed forces) all the way up to the top of the hierarchy including Hitler himself.

All the drugs we know today at one point were German products. Heroin, for example, was a patent by the Bayer Company. Cocaine was a trademark of the Merck Company in Darmstadt. And a very special molecule that was to serve a significant role in the war was first synthesized in the 1930s by the pharmaceutical company *Temmler-Werke*, known commercially as Pervitin, this molecule was more commonly known as methamphetamine. Amphetamines – often called “pep pills,” “go pills,” “uppers” or “speed” – are a group of synthetic drugs that stimulate the central

nervous system, reducing fatigue and appetite and increasing wakefulness and a sense of well-being, which is the ideal condition in which you would like to have the soldiers fighting for your cause in.

The quintessential drug of the modern industrial age, amphetamines, arrived relatively late in the history of mind-altering substances – commercialized just in time for mass consumption during World War II by the leading industrial powers. That war was not only the most destructive war in human history but also the most pharmacologically enhanced. One could state that “it was literally sped up by speed.”

Few drugs have received a bigger stimulus from war. As Lester Grinspoon and Peter Hedblom wrote in their classic 1975 study *The Speed Culture*, “World War II probably gave the greatest impetus to date to legal medically authorized as well as illicit black market abuse of these pills on a worldwide scale.” Japanese, American and British forces consumed large amounts of amphetamines, but the Germans were the most enthusiastic early adopters, pioneering pill-popping on the battlefield during the initial phases of the war. While other drugs were banned or discouraged, methamphetamine was touted as a miracle product when it appeared on the market in the late 1930s.

Nazi Germany after 1938 has been described as a “methamphetamine dictatorship,” a society in which the drug was relatively ubiquitous. The drug was first used to treat psychological inhibition and endogenous depression and to augment what was referred to as “the will to get healthy.” The tablets were wildly popular and could be purchased without a prescription in pharmacies. A praline chocolate with 14 mg of Pervitin was marketed to the general public as a double edged pleasure dose.

It was at this stage that the growing popularity of Pervitin was met by voices of concern from the medical community. These, however, appear to have had only a limited effect on the drug’s spread, with these warnings falling on deaf ears. A military doctor, Otto Ranke, experimented with Pervitin on 90 college students and decided, based on his results, that the drug would help Germany win the war. Using Pervitin, the soldiers of the Wehrmacht could stay awake for days at a time and march many more miles without resting. Soon, the military became one of Temmler’s key customers.

Indeed, the little pill was the perfect Nazi drug: “Germany, awake!” the Nazis had commanded in their propaganda. Energizing and confidence boosting, methamphetamine played into the Third Reich’s obsession with that ideal of physical and mental superiority. In sharp contrast to drugs such as heroin or alcohol, methamphetamines were not about “escapist pleasure”, so the thesis for their use could be defended, albeit rather loosely. Aryans, who were the embodiment of human perfection in Nazi ideology, could now even aspire to be superhuman – and such superhumans could be turned into super soldiers. “We don’t need weak people,” Hitler declared, “we want only the strong!” Weak people took drugs such as opium to escape; strong people took methamphetamine to feel even stronger.

What is known from various records are that the German soldiers in World War II were amped up by methamphetamine, which enabled them to keep fighting for days without sleeping, giving them an incredible edge over those that surrendered themselves to the great enemy of sleep every night. A so-called “stimulant decree” issued in April 1940 permitted that some 35 million methamphetamine pills were delivered to the German armed forces from April through July 1940 alone!

Amphetamine use impacted the trajectory of World War II in various degrees. It gave German soldiers an edge because methamphetamine in certain doses reduces fear and the desire for sleep. This was crucial in the invasion campaign against Belgium, Holland, and France that started on May 10, 1940. The German military wanted to get through the Ardennes Mountains without stopping, to reach the French border town Sedan, a real *blitzkrieg*. Methamphetamine was part of the strategy to reach Sedan within three days and three nights so that the Allies, who were mainly in Belgium, didn’t have time to race back and defend the French heartland.

The strategy to run through the Ardennes Mountains without stopping was considered concocted from the mind of a mad-man and deemed impossible, even within the high command in Germany. The *Wehrmacht* was not as powerful as the Allies but armed with the methamphetamine Pervitin, the Germans advanced through difficult terrain, going without sleep, and marching without stopping, which wouldn’t have happened if it weren’t for their meth altered minds.

Late in the war, the German navy attempted to develop a new drug that would allow submarine operators to stay awake for five days and five nights – long enough to travel undetected up the Thames and attack the Allied troops who were amassing for the Battle at Normandy. An experimental drug named D-IX, which was developed Nazi Germany in 1944. A formula which contained in each tablet: 5 mg of oxycodone, 5 mg of cocaine, and 3 mg of methamphetamine. The worse part was that they experimented this on Holocaust Jewish prisoners, they could march in a circle for up to 90 kilometres per day without rest while carrying a 20-kilogram backpack under the influence of D-IX. But before they could use this drug on soldiers, the war ended and Nazi Germany tasted defeat.

According to Ohler, who provides a certain explanation for this chemical dependence by the Nazi regime, by stating that “if you are fighting an enemy bigger than yourself, you have no choice. You must, somehow, exceed your own strength.”

There is no doubt that The Third Reich was permeated with drugs, including cocaine, heroin and most notably crystal meth, which was used by everyone from soldiers to housewives and factory workers. When it comes to the Führer what was his reality in terms of drug use. According to historical records, he was prescribed more than 90 varieties of injections and pills, including amphetamines, animal hormones and cocaine. And although Germany's defeat in World War II was made by bad strategic planning on Hitler's part, this may have been fueled by drugs prescribed to him by his personal physician, Dr. Theodor Morell. This doctor prescribed for Hitler, whose mental and physical health has been the source of much speculation, a cocktail of medications. Most notoriously, he relied on daily injections of the “wonder drug” Eukodol (oxycodon), a designer opiate and close cousin of heroin, which puts the user in a state of euphoria – and often renders them incapable of making sound judgments – and cocaine, which he started taking regularly from 1941 onwards. Again, Ohler states that we “can't blame drugs for everything (...) but they certainly played a role in his demise, keeping the supreme commander stable in his delusion.”

Conclusion

We have to contextualize this drug use, and understand that they did not understand or know what they were taking at the time, thus they did not know the addictive potential and the catastrophic consequences of taking such substances. But we do know that the British reacted to German methamphetamine use in WWII by developing an amphetamine program. The Americans then learned from the British and gave amphetamine to soldiers in the Korean and Vietnam Wars. American soldiers who were active in the most recent Iraq war have used amphetamines. There is a description of a drone pilot who used the wakefulness-promoting drug modafinil before a shift started and a downer when the shift ended. Thus, we can surmise that most modern armies continue to be drugged-up armies.

The world must know what happened, and never forget, American General Eisenhower, 1945.

Works Cited

- Andreas, P. (2020). *Killer High: A History of War in Six Drugs*. Oxford University Press.
- Ohler, N. (2015). *Der totale Rausch: Drogen im Dritten Reich*. Cologne, Germany: Kiepenheuer & Witsch
- Snelders, S., & Pieters, T. (2011). Speed in the Third Reich: methamphetamine (Pervitin) use and a drug history from below. *Soc Hist Med*, 24, 686-699.
- Steinkamp, P. (2006). Pervitin (methamphetamine) test use and misuse in the German Wehrmacht. In E. Eckart (ed.). *Man, Medicine, and the State: The Human Body as an Object of Government Sponsored Medical Research in the 20th Century* (pp. 61-71). Stuttgart, Germany: Steiner.

Electroconvulsivoterapia: O seu Início Sombrio Durante a Segunda Guerra Mundial

Miguel Pão Trigo, Pedro Melo Ribeiro, Bruno Afonso da Luz

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

E-mails: mtrigo@chalgarve.min-saude.pt, pribeiro@chalgarve.min-saude.pt

Resumo

A electroconvulsivoterapia (ECT) foi criada em 1938 por dois investigadores italianos, Ugo Cerletti e Lucio Bini, e rapidamente se espalhou como uma terapia nova e eficaz para determinadas doenças mentais. No entanto, a história inicial da ECT, particularmente durante a Segunda Guerra Mundial, está associada ao nazismo e à sua terrível história. Logo após sua invenção, a ECT foi usada como uma forma de tortura e arma silenciosa, como no hospital do campo Auschwitz III/ Monowitz, onde os médicos usaram o dispositivo para experiências que se revelaram fatais. Embora, ao longo do tempo, a ECT se tenha tornado um tratamento seguro, eficaz e indolor para doenças mentais, a sua associação aos crimes de guerra nazis contribuiu para o estigma que, ainda hoje, este tratamento possui. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão sobre a história da ECT, iluminando o seu início sombrio, e sua imagem maioritariamente negativa e polémica.

Palavras-chave: electroconvulsivoterapia, experiências médicas, nazis, História da Psiquiatria

Abstract

Electroconvulsive therapy (ECT) was invented in 1938 by two Italian researchers, Ugo Cerletti and Lucio Bini, and it quickly spread as a new and effective therapy for mental illness. Unfortunately, the early history of ECT, during the Second World War, is indissolubly associated to Nazi Germany and its domination. Shortly after its invention, ECT was used as a form of torture and silent weapon, as at the Auschwitz III / Monowitz camp hospital, where doctors used the device for deadly experiments. Even though advancements have made ECT a safe, effective, and painless treatment for mental illnesses, its connection to Nazi war crimes has contributed to the treatment's continued stigma today. The aim of this work is to review the history of ECT, shining a light on its dark beginning and its mainly negative and controversial image.

Keywords: electroconvulsive therapy, medical experiments, nazis, History of Psychiatry

Introdução

A ECT consiste num tratamento psiquiátrico eficaz e seguro, que induz alterações na atividade elétrica cerebral através da condução de corrente elétrica. Atualmente realizada sob sedação, e utilizada para tratar quadros graves de depressão, catatonia, mania, esquizofrenia, doença bipolar e epilepsia, nem sempre foi essa a realidade. O objetivo deste artigo é a realização de uma revisão da literatura sobre a perspetiva histórica da eletroconvulsivoterapia, destacando o seu início sombrio, associado à Segunda Guerra Mundial e à Alemanha Nazi. Para tal, a pesquisa foi realizada utilizando os termos de pesquisa *electroconvulsive therapy*; *electroshock*; *nazi*; *history of psychiatry*, nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e MedScape.

Descoberta da eletroconvulsivoterapia

A ECT é uma intervenção terapêutica em Psiquiatria, que consiste na utilização de estímulos elétricos com a finalidade de induzir uma convulsão controlada, e promover a reorganização e o funcionamento normal do cérebro. Apesar do mecanismo de ação preciso ser desconhecido, a eletroconvulsivoterapia induz atividade convulsiva através de choques elétricos nos lobos frontais.

Tal como muitos tratamentos em Psiquiatria, e na Medicina em geral, a ECT foi descoberta por acaso e as raízes da sua criação estão alicerçadas no conceito de usar uma doença para tratar outra.

No início do século XX, o tratamento de transtornos psiquiátricos era feito apenas com psicoterapia e institucionalização dos doentes, que ficavam sob medicações com efeito sedativo, e em observação hospitalar. Assim, os doentes passavam meses, anos ou até mesmo o resto das suas vidas internados nessas instituições. Além de doentes com perturbações psiquiátricas, nesses locais, encontravam-se também doentes sem perturbações diagnosticada, mas com comportamentos considerados fora do normal, pelo que eram considerados “loucos”. Um exemplo desses doentes, eram aqueles que tinham simultaneamente esquizofrenia e epilepsia, o que permitiu que as equipas médicas verificassem que, após uma crise convulsiva, os sintomas psicóticos apresentavam uma melhoria significativa.

Em 1934, Ladislav J. Meduna (1896-1964) observou que existiam maiores concentrações de microglia em certas secções cerebrais de doentes com epilepsia, quando comparados com doentes com esquizofrenia, e teorizou que as convulsões poderiam ser usadas para tratar doenças psiquiátricas, tendo começado a experimentar diferentes maneiras de induzir convulsões. Em 1934, descobriu que o Metrazol/Cardiazol, um fármaco estimulante, produzia convulsões se administrado em doses suficientemente altas. Surpreendentemente, Meduna observou que os sintomas psicóticos dos seus doentes diminuía após uma convulsão induzida por este fármaco, pelo que o novo tratamento ficou conhecido como terapia convulsiva. No entanto, o Metrazol/Cardiazol começou a apresentar efeitos secundários, tais como danos neurológicos graves, sensação de terror antes do surgimento das convulsões, e convulsões violentas (que, por vezes, resultavam em fraturas vertebrais). Por essas razões, os psiquiatras começaram a procurar formas alternativas de induzir convulsões.

Uma equipa de médicos italianos liderada por Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964) procurou criar um método elétrico de indução de convulsões, com início mais rápido e menos efeitos colaterais.

Segundo alguns autores, um dia, Cerletti estava a comprar carne num talho e reparou que o talhante dava um choque elétrico nos crânios dos porcos, antes de os abater, uma vez que a eletricidade fazia com que o animal entrasse num estado de “*coma anestesiado*”. Assim, no seguimento desta observação, Cerletti colocou a hipótese de que a eletricidade, quando aplicada em humanos poderia produzir um efeito anestésico semelhante, antes de provocar convulsões. Começaram por testar a sua técnica em cães e, inicialmente, inseriam um eléctrodo na boca e outro no ânus, mas observaram que isso provocava paragens cardíacas nos animais, pelo que focalizaram a corrente elétrica no crânio.

Mais tarde, em 1938, Cerletti e o seu colega psiquiatra Lucio Bini desenvolveram o primeiro aparelho de ECT. Foi em Abril de 1938 que induziram, pela primeira vez, uma convulsão num doente psicótico de 39 anos, que vagueava pela estação de comboios, em Roma. Aplicaram 110 volts de corrente alternada por 0,2 segundos e induziram com sucesso uma convulsão. Após um total de 11 sessões de tratamento, o paciente teve alta e foi reintegrado na comunidade.

E assim, de um “acaso”, nasceu a terapia electroconvulsiva. A partir da década de 1940, a ECT foi adotada por quase todas as grandes instituições psiquiátricas do mundo, como tratamento para doenças mentais graves.

Eletroconvulsivoterapia na Segunda Guerra Mundial

Apesar do início sombrio, até hoje a ECT é considerada uma das primeiras grandes intervenções terapêuticas na psiquiatria, que até então apenas oferecia internamentos prolongados, com a história natural da doença a seguir o seu curso.

Em Agosto de 1939, apenas alguns dias antes da invasão da Polónia pelo exército alemão, Bini e Cerletti apresentaram os resultados da sua pesquisa, já com 3000 casos de indução artificial de convulsões em humanos, no 3.º Congresso Internacional de Neurologia, em Copenhaga.

Apesar de alguma relutância inicial, a Siemens-Reiniger-Werke (SRW) conseguiu apresentar um aparelho de eletrochoques alemão, com o nome de *Konvulsator*, no final de junho de 1940.

Inicialmente, os membros da elite académica nazi, viam a eletroconvulsivoterapia como uma contradição do dogma genético da esquizofrenia. Consideravam que “esquizofrenia central” era uma doença hereditária recessiva, cujo único tratamento possível era a prevenção primária por esterilização.

No final de junho de 1941, o SRW só tinha vendido cinquenta *Konvulsator*, sendo que apenas dezoito dispositivos foram vendidos para instituições psiquiátricas, dos quais apenas cinco foram para “asilos mentais”. Os baixos números de vendas do *Konvulsator* foram resultado de uma política radical de austeridade na Psiquiatria que consistia em deixar os doentes com “vidas indignas de viver”, morrer à fome.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo, iniciou-se na Alemanha o programa de eutanásia: o extermínio de pessoas com deficiência intelectual e transtornos psiquiátricos graves. Assim, o estigma associado a esta terapia teve início

durante a Segunda Guerra Mundial, em que os nazis apoiavam o seu uso, uma vez que, sendo um tratamento muito eficaz, esperava-se que ajudasse a esvaziar as instituições psiquiátricas, libertando camas para soldados feridos. Pelas mesmas razões, a organização secreta encarregada de aniquilar pacientes psiquiátricos no chamado Programa T4, organizado por Paul Nitsche (1876-1948), em nome do *Reich Working Party for Mental Asylums*, promoveu a utilização da ECT. Desde o seu início em outubro de 1939, até à sua descontinuação oficial em agosto de 1941, milhares de doentes com esquizofrenia, deficiência mental, epilepsia, demência ou doença de Huntington, perderam a vida nestas circunstâncias.

Em 1944 um médico membro do partido nazi chamado Emil Gelnj, que recebeu o título de psiquiatra após apenas três meses de prática médica, modificou a estrutura da máquina criada anteriormente, e usou a ECT para executar prisioneiros guerra. Quando a Segunda Guerra Mundial chegou ao fim, acrescentou mais quatro elétrodos a uma máquina de ECT, permitindo que a corrente elétrica fluísse por minutos (e não milissegundos) e executou 149 pacientes cujas vidas considerava “inúteis”.

Em teoria, a análise da ECT no período da Segunda Guerra Mundial, revela ações na introdução de uma nova terapia médica, que vão muito além das questões da eficácia terapêutica. Neste período da História, as necessidades médicas e clínicas tiveram apenas um papel subsidiário, tendo, de certa forma, convertido este procedimento numa arma criminosa.

Conclusões

A história inicial do desenvolvimento e rápida disseminação da ECT pela Europa, durante a Segunda Guerra Mundial, está ligada às políticas da Alemanha nazi e ao seu domínio de grandes partes do continente. Na Alemanha nazi, a organização secreta T4 mostrou interesse na nova técnica terapêutica pelo seu potencial para traçar uma linha clara entre os pacientes que poderiam ser curados, e aqueles que não responderiam ao tratamento e seriam executados. Estes fatores também ajudam a explicar porque é que a SS apoiou a introdução da ECT em Auschwitz. Permitiu aos médicos dos campos de concentração o acesso a instalações que lhes permitiam desenvolver os seus estudos e ambições científicas.

Poucos tratamentos usados em psiquiatria têm um passado tão rico quanto o da eletroconvulsoterapia (ECT). A descoberta da ECT atraiu muito interesse em uma época em que havia poucas intervenções efetivas para transtornos psicóticos. Os pesquisadores continuam a investigar a ECT e terapêuticas relacionadas; revisitar a história da ECT pode ajudar a esclarecer as origens do campo da neuromodulação.

Referências bibliográficas

- Czech, H., Ungvari, G. S., Uzarczyk, K., Weindling, P., & Gazdag, G. (2020). Electroconvulsive Therapy in the Shadow of the Gas Chambers: Medical Innovation and Human Experimentation in Auschwitz. *Bulletin of the history of medicine*, 94(2), 244-266. <https://doi.org/10.1353/bhm.2020.0036>
- Editorial: Shrinks: The Untold Story of Psychiatry, by Jeffrey A. Lieberman, M.D., with Ogi Ogas: A Critical Discussion. (2015). *Psychodynamic psychiatry*, 43(3), 331-347. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.331>
- Eletroconvulsoterapia: estigmas e resultados*, Medscape – 13 de janeiro de 2021.
- Gazdag, G., Ungvari, G. S., & Czech, H. (2017). Mass killing under the guise of ECT: the darkest chapter in the history of biological psychiatry. *History of psychiatry*, 28(4), 482-488. <https://doi.org/10.1177/0957154X17724037>
- Rzesnitsek, L., & Lang, S. (2017). ‘Electroshock Therapy’ in the Third Reich. *Medical history*, 61(1), 66-88. <https://doi.org/10.1017/mdh.2016.101>

As Rapsódias de Johann Christian Reil como Base da Palavra “Psiquiatria”

Andreia Certo, João Castro Rodrigues, Eva Mendes

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

E-mails: andreia.certo@chvng.min-saude.pt, joao.castro.rodrigues@chvng.min-saude.pt,

eva.mendes@chvng.min-saude.pt

Resumo

Johann Christian Reil cunhou a palavra *Psychiaterie* (Psiquiatria), demonstrou maneiras completamente novas de tratar doentes mentais, falou dos “loucos” como pessoas doentes que precisavam de cuidados médicos e defendeu a psiquiatria como uma continuidade da mente e do corpo, uma especialidade médica inseparável da medicina geral, contrariando a ideia da disciplina filosófica. Neste sentido, foi um protagonista na luta contra o estigma do doente mental. As principais questões abordadas por Reil foram expostas no seu livro “*Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerstörungen*” (Rapsódias sobre a aplicação de métodos de tratamento psíquico às perturbações mentais) sendo que muitos dos seus conceitos e argumentos são fundamentais para o pensamento atual sobre psiquiatria.

O seu contributo alargou-se para outras áreas da medicina nomeadamente para a fisiologia e neuroanatomia.

Palavras-chave: Johann Christian Reil, psiquiatria, rapsódias

Abstract

Johann Christian Reil, coined the word *Psychiaterie* (Psychiatry), demonstrated completely new ways of treating the mentally ill, spoke of the “crazy” as sick people in need of medical care, and defended psychiatry as a continuum of mind and body, a medical specialty inseparable from general medicine, contradicting the idea of a philosophical discipline. In this sense, he was a protagonist in the fight against the stigma of the mentally ill. The main issues addressed by Reil were exposed in his book “*Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerstörungen*” (Rhapsodies on the Application of Psychic Treatment Methods to Mental Disturbances) and many of his concepts and arguments are fundamental to current thinking about psychiatry.

His contribution extended to other fields of medicine, namely physiology and neuroanatomy.

Keywords: Johann Christian Reil, psychiatry, rhapsodies

Introdução

Johann Christian Reil foi o autor de “*Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerstörungen*” (Rapsódias sobre a aplicação de métodos de tratamento psíquico às perturbações mentais), uma obra que permitiu dar nome à disciplina da Psiquiatria (Stagnaro, 2015). Reil nasceu a 20 de Fevereiro de 1759, na Alemanha, e na sua vida profissional foi médico, professor, diretor hospitalar e um servidor público muito dedicado, tendo também fundado as primeiras revistas alemãs de fisiologia e psiquiatria (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Kaplan, 2012). Ao longo da sua vida foi um descobridor, sendo considerado um pioneiro em várias áreas avançadas para a sua época, que hoje ainda têm aplicabilidade (Kaplan, 2012).

Tendo como objeto de estudo a literatura disponível sobre Reil, pretende-se explorar os conceitos e argumentos publicados nas suas obras que são fundamentais para o pensamento atual sobre psiquiatria.

Notas Biográficas de Reil

Reil nasceu a 20 de Fevereiro de 1759, em Rhaude (Frísia Oriental), no noroeste da Alemanha (Kaplan, 2012). O primeiro de uma fratria de cinco, filho de um pastor alemão Johann Julius Friedrich Reil e de Anna Jansen-Streng (Binder; Schaller; Clusmann, 2007). Em 1779, com 20 anos de idade, ingressou no curso de Medicina em Gottingen mas, ao fim de um ano, foi transferido para a Universidade de Halle (centro da Alemanha), onde terminou o curso após apresentação da sua dissertação sobre doença biliar (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Marneros, 2008) (Schochow; Steger, 2014). Para poder exercer medicina na Prússia, tinha de realizar um curso obrigatório em Berlim

e durante esse tempo ficou a viver na casa do médico e filósofo Marcus Herz, figura que lhe ensinou a filosofia de Immanuel Kant (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Stagnaro, 2015). Regressou a Rhaude para exercer medicina no entanto, em 1787, foi convidado para lecionar na Faculdade de Medicina da Universidade de Halle, onde esteve durante 23 anos (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Marneros, 2008). Em 1787, foi nomeado como médico oficial da cidade e tornou-se diretor do hospital da cidade de Halle (Kaplan, 2012) (Marneros, 2008) (Schochow; Steger, 2014). Foi também o responsável por promover a cidade como um centro de balneoterapia, usando os banhos para o tratamento de doenças (Kaplan, 2012). Na sua casa em Halle, dava consultas particulares, tendo tido como paciente Johann Wolfgang von Goethe, que sofria de problemas renais e que chegou a fazer balneoterapia (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Schochow; Steger, 2014). Neste contexto, Reil terá escrito um relatório (apenas descoberto em 1937) onde descreveu as características dos cálculos renais, a sintomatologia associada ao diagnóstico de litíase renal – dor no flanco com irradiação para a virilha e hematúria macroscópica – bem como o tratamento recomendado que incluía a balneoterapia, determinados fármacos e ervas medicinais (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Kaplan, 2012).

Em Outubro de 1788, com 29 anos, casou com Johanna Wilhelmine Leveaux, com quem teve dois filhos e quatro filhas (Kaplan, 2012).

Em 1810, mudou a sua vida para Berlim, mais concretamente para a Universidade de Berlim que tinha sido recentemente criada. (Marneros, 2008). Tornou-se reitor da Faculdade de Medicina, tendo oportunidade para reformular o curso à luz daquilo que acreditava ser o melhor método de ensino, e ajudou a fundar o Hospital *Charité*, um dos maiores hospitais da Europa (Binder; Schaller; Clusmann, 2007).

A 22 de Novembro de 1813, com 54 anos, Reil acabou por falecer após contrair tifo enquanto médico na Batalha das Nações, em Leipzig, durante as Guerras Napoleónicas (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Marneros, 2008) (Kaplan, 2012) (Stagnaro, 2015). Muitas são as formas de homenagear um nome tão importante, sendo que em Halle existe uma rua, uma esquina, uma montanha, uma farmácia, um centro médico e uma estátua com o nome de Reil (Marneros, 2008). O túmulo de Reil localiza-se onde é atualmente o jardim zoológico de Halle (Binder; Schaller; Clusmann, 2007).

As Rapsódias de Reil

Foi no ano de 1803 que Reil publicou a sua obra *“Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen”* (Rapsódias sobre a aplicação de métodos de tratamento psíquico às perturbações mentais) num único volume, dividido em 28 secções, com 504 páginas (Stagnaro, 2015). Usou poemas, canções e a prosa para se expressar (Schochow; Steger, 2014). O propósito inicial quando Reil redigiu as Rapsódias era de estas serem publicadas numa revista de um amigo chamado Heinrich Balthasar Wagnitz, um teólogo, luterano e adepto do movimento filantrópico, no entanto, tendo em conta o texto extenso e o espaço reduzido na revista, foram rejeitadas (Stagnaro, 2015).

Nas Rapsódias, ele procurou expor as problemáticas em relação ao tratamento da doença mental e reformular o pensamento quer sobre doença mental, quer sobre a especialidade que se dedica a tratar dela. Resumidamente, os pontos-chave de Reil foram (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Marneros, 2008) (Stagnaro, 2015):

- A doença mental é universal no sentido em que todos podemos ser acometidos, *“todos estamos expostos e não podemos evitá-lo, nem pelo entendimento, nem pela posição, nem pela riqueza”*. Neste sentido, apela à não estigmatização do “louco” e à humanização dos cuidados do doente mental.
- As instituições dedicadas ao tratamento da doença mental são a base dos cuidados de qualidade, alertando para as condições degradantes dos asilos com quartos *“estreitos, sufocantes, escuros, superlotados”* culpabilizando as entidades governamentais desta situação. Reil defendeu que o tratamento em regime de internamento em instituições públicas de qualidade é assim uma opção adequada e eficaz para o tratamento da doença mental.
- As instituições dedicadas ao doente com doença mental devem ser divididas em dois tipos. Por um lado, para os doentes *“loucos incuráveis”*, devem existir instituições que proporcionem um ambiente seguro e contentor de forma que o doente não se prejudique a si e a terceiros, e que a sua vida seja a mais feliz e ativa quanto possível. Por outro lado, para os doentes com doença mental curável, devem existir instituições com recursos humanos e terapêuticos capazes de aplicar o *“método de cura psíquica”* num ambiente confortável e familiar, como se de uma pousada se tratasse. Reil realçou ainda a importância deste tipo de instituição proporcionar aos pacientes um dia-a-dia ativo, com atividade física, alimentação saudável, atividades artísticas e exercícios intelectuais. Acrescentou ainda que, neste tipo de instituição, não deve haver distinções por classe social ou género, embora este último ponto possa carecer de alguma reflexão.

- Os métodos terapêuticos para a doença mental dividem-se de acordo com a sua ação física (cura cirúrgica, mas onde também se inclui a balneoterapia), química (alimentos, medicamentos, ervas, consoante os efeitos no organismo) e psíquica (onde se inclui a psicoterapia), sendo que Reil defendeu que a terapia psíquica é um método de terapia equivalente à cirurgia e farmacoterapia.
- A psicologia é um conhecimento fundamental para o treino médico, esclarecendo que é uma ciência que pode ser considerada auxiliar da medicina e ao mesmo tempo fazer parte dela. Neste contexto, Reil particularizou o tratamento do delírio defendendo que, embora a farmacoterapia (terapia química) possa atuar nos sintomas, ela não elimina a causa do delírio, ficando patente a necessidade da psicologia.
- A doença mental como uma fragmentação do eu propondo a existência de três forças (autoconsciência, consciência e atenção), sendo que a desintegração de alguma delas produz doença mental. Neste sentido, Reil propôs um esquema mais objetivo em relação à etiologia do adoecer. As doenças mentais podem ser classificadas de acordo com os sintomas já que *“os tipos de perturbações do espírito são lesões específicas da dinâmica do cérebro em relação à sua função como órgão da alma, que devem ser reconhecidas por um conjunto de sintomas constantes”*. Apesar disso, Reil mostrou estar ciente que a sua proposta nosológica não incluía todas as formas das doenças mentais, *“as variedades nascem da relação da loucura com as suas múltiplas causas, da diversidade da sua intensidade e da sua duração, da sua combinação com outras doenças da alma ou do corpo e, finalmente, das modificações que sofre a doença considerada abstratamente quando na verdade afeta um indivíduo”*. Desta forma, Reil propôs dividir a *loucura* em quatro formas: delírio fixo, fúria/frenesim/mania, idiotice e demência.
 - Delírio fixo: *“O delírio fixo consiste numa distorção parcial da capacidade de representação em relação a um objeto ou a uma série de objetos homogêneos; uma distorção que o paciente não admite e que, por conseguinte, limita a liberdade da sua capacidade de desejar e determina-a de forma obrigatória de acordo com a sua ideia fixa”*, ou seja, definiu como características de um delírio as ideias fixas e a convicção subjetiva de que o delírio é verdadeiro. Neste sentido, refletiu sobre a possibilidade de ocorrerem ideias fixas sem delírio, dando exemplos que hoje são consideradas ideias obsessivas.
 - Fúria/Frenesim/Mania: *“O carácter principal da fúria, talvez o único, é uma energia precipitada, sem repouso, tensa ao mais alto grau, que se exprime por atos aparentemente autónomos, mas sem qualquer consciência de um fim produzido pela sensibilidade ou pela razão, e que é o produto de uma comoção anormal do organismo”*, ou seja, caracterizou os doentes com fúria como impulsivos e não conscientes dos perigos. Acrescentou que a doença pode ser aguda (mania) ou crónica (frenesim).
 - Idiotice: *“uma distorção geral e uma fraqueza das capacidades da alma, sem fúria e sem demência, mas muito próxima desta última”*, ou seja, incluiu nesta forma de *loucura* os pacientes com comportamentos pueris e bizarros e com capacidade crítica prejudicada.
 - Demência: *“O meu conceito de demência é um conceito geral. Abrange toda a impotência do intelecto, como espécie ou subespécie, quer seja modificada de uma forma ou de outra, quer resulte de uma fraqueza do próprio intelecto ou de influências de outras capacidades da alma que atuam sobre o intelecto”*, ou seja, englobou neste campo pacientes com diminuição da capacidade de julgamento. Defendeu que a demência pode ser uma doença específica (lesão orgânica do cérebro) ou um sintoma colocando em hipótese várias causas, desde concussões, paixões, febre, tristezas, substâncias psicoativas, bebidas alcoólicas, entre outras.
- É prioritário agir com medidas de suporte nos intervalos de doença menos evidente em que os sintomas ficam menos intensos, que Reil denominou de *intervalos lúcidos*. A proposta passa por reforçar a autoestima dos pacientes e minimizar o autoestigma (sobretudo nos que estiveram internados).
- Quem padece de doença mental poderá ter a responsabilidade penal diminuída ou até nula.
- As doenças físicas podem desencadear doença mental e vice-versa.

Reil e a palavra Psychiaterie (Psiquiatria)

Depois da obra de 1803, onde pela primeira vez deixou a sua marca, foi em 1808, que Reil no artigo *“Über den Begriff der Medicin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik der Psychiaterie”* (Sobre o conceito de medicina e suas ramificações, particularmente em relação à revisão do tópico da psiquiatria) de 118 páginas para a revista *“Beiträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege”* (Contribuições para o avanço de um método de tratamento por meios psíquicos) introduz o termo *“Psychiaterie”* (Marneros, 2008) (Kaplan, 2012) (Schochow; Steger, 2014). Mais tarde, este termo alemão foi transformado em *“Psychiatrie”* (Marneros, 2008).

Neste artigo, Reil defendia a continuidade da mente e do corpo e o princípio da ligação da psiquiatria e da medicina sendo por isso a favor da criação de uma especialidade médica que chamou de *“Psiquiatria”* e em que

somente os melhores médicos a exerceriam (Marneros, 2008) (Kaplan, 2012). Ou seja, para Reil a doença resultava do desequilíbrio entre três domínios em ligação: mental, químico e físico, sendo que não havia doenças puramente mentais, puramente químicas ou puramente físicas (Marneros, 2008). Neste contexto, a psiquiatria era um dos ramos da medicina, tal como a cirurgia e a farmácia sugerindo que as escolas de medicina formassem três tipos de médicos: Doutor em Psiquiatria, Doutor em Cirurgia e Doutor em Farmácia (hoje Medicina Interna) (Marneros, 2008) (Kaplan, 2012) (Stagnaro, 2015).

A verdade é que após Reil ter publicado o seu artigo, o termo “psiquiatria” começou a ser utilizado em outras obras, em palestras e até a ser lecionada Psiquiatria na Universidade de Halle (Marneros, 2008) (Stagnaro, 2015).

A terminação “-iatria” (do grego *iatros*, “médico”) foi importante para Reil porque reforçou a sua ideia que a Psiquiatria fazia parte da medicina e não da filosofia, opondo-se aos filósofos que tendiam a transformar a doença mental numa forma de psicologia filosófica (Kaplan, 2012) (Stagnaro, 2015).

Por ser considerado o fundador da Psiquiatria alemã, pelos seus esforços para que a psiquiatria fosse integrada na medicina, e pelo seu papel ativo na reforma das instituições psiquiátricas, ficou conhecido como o “Pinel alemão” (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Kaplan, 2012) (Marneros, 2008) (Schochow; Steger, 2014).

Reil e o contributo na fisiologia e neuroanatomia

Reil foi também um importante nome da fisiologia médica e um renomado neuroanatomista, tendo fundado as primeiras revistas de fisiologia na Alemanha (tal como as primeiras de psiquiatria) (Kaplan, 2012). Em 1795, fundou a primeira revista de fisiologia “*Archiv für die Physiologie*” numa tentativa que a fisiologia fosse o fundamento científico da medicina (Binder; Schaller; Clusmann, 2007). Esta revista teve 12 volumes publicados até 1815 (Stagnaro, 2015). Reil publicou também livros sobre febre e tratamento de várias doenças, ficando lembrado como um importante internista dos séculos XVIII e XIX (Marneros, 2008). De referir, que em 1816 publicou sobre eutanásia onde defendia o alívio do sofrimento emocional e do desconforto físico, ao invés da aceleração da morte (Stagnaro, 2015).

Tendo como objeto de estudo o cérebro, Reil publicou vários trabalhos onde descreveu várias estruturas anatómicas: ilha de Reil (ínsula), fita de Reil (lemnisco medial), triângulo de Reil (trígono do lemnisco), vale de Reil (valécua do cerebelo), coroa radiante de Reil (coroa radiada) e linhas de Reil (sulcos transversais) (Binder; Schaller; Clusmann, 2007) (Kaplan, 2012) (Marneros, 2008) (Stagnaro, 2015). Por essas contribuições, Reil foi considerado um dos fundadores da neurologia (Binder, Schaller, Clusmann, 2007).

Conclusões

A vida de Johann Christian Reil foi relativamente curta mas repleta de descobertas de interesse atual. É um nome por vezes, esquecido pela disciplina que foi responsável por nomear. Foi também quem descreveu a psicoterapia como um tratamento essencial para as doenças mentais, equiparando-a a abordagens farmacológicas.

Teve um papel importante na luta contra o estigma da doença mental, uma problemática ainda muito atual. Também ele, demonstrou a importância de hospitais e instituições humanizados para doentes com doença mental, um modelo de atendimento que ainda está longe de ser uma realidade.

Assim, Johann Christian Reil deve ser recordado pelos seus contributos na compreensão e cuidado dos doentes mentais e um exemplo inspirador de como ser um bom médico.

Referências bibliográficas

- Binder, D. K., Schaller, K., & Clusmann, H. (2007). The seminal contributions of Johann-Christian Reil to anatomy, physiology, and psychiatry. *Neurosurgery*, 61(5), 1091-1096.
- Harms, E. (1960). Johann Christian Reil, 1759-1813. *The American Journal of Psychiatry*, 116(11), 1037-1039.
- Kaplan, R. M. (2012). Johann Christian Reil and the naming of our specialty. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 20(2), 157-158.
- Marneros, A. (2008). Psychiatry's 200th birthday. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 193(1), 1-3.
- Schochow, M., & Steger, F. (2014). Johann Christian Reil (1759-1813): pioneer of psychiatry, city physician, and advocate of public medical care. *The American journal of psychiatry*, 171(4), 403.
- Stagnaro, J. C. (2015). Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatria. *Asclepio*, 67(2), 108.

Uma História Sobre o Suicídio

Ana Sofia Miranda, Joana Miranda, Ana Batista

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Leiria

E-mail: anasofiamirandaa@gmail.com

Resumo

O suicídio é um comportamento humano complexo, multivariável, que se entende, muitas vezes, como a comunicação de um pedido de ajuda. Apesar de o suicídio ser um tópico antigo e que sempre ocupou a mente humana, o conhecimento que temos hoje e que nos permite tomar medidas preventivas, resultou do surgimento e da vulgarização do método científico no Ocidente, no século XIX e XX. Enquanto este método não foi adotado, o suicídio não foi visto senão sob um prisma social, moral e criminal, o que levou a um reconhecimento tardio das suas características clínicas. Uma análise histórica da evolução do suicídio e de como este era discutido na sociedade e representado nas artes, mostra-nos a importância da compreensão dos fundamentos filosóficos e práticos do método científico. Um saber que hoje parece óbvio, mas que percorreu um caminho, que ao conhecê-lo, nos oferece uma compreensão profunda e empática do suicídio.

Palavras-chave: suicídio, ocidente, morte, método científico

Abstract

Suicide is a complex and multivariable human behavior that is often understood as cry for help. Although suicide is an old topic that has always occupied the human mind, the knowledge we have today, that allows us to take preventive measures over it, has evolved from the popularization of the scientific method in the West, in both 19th and 20th centuries. While this method was not accepted, suicide was only understood from a social, moral and criminal perspective, which delayed the recognition of its clinical characteristics. An historical analysis of the evolution of suicide and how it was discussed in society and represented in the arts, shows us the importance of understanding the philosophical and practical foundations of the scientific method. A knowledge that today seems clear, although it had followed a path, which, when known, offers us a deep and empathetic understanding of suicide.

Keywords: suicide, western, death, scientific method

Introdução

O suicídio, etimologicamente deriva de duas palavras latinas *sui*, que significa “a si mesmo” e *cidium*, derivado de *caedo*, que significa “eu mato, eu corto”.

Ainda que o suicídio seja um comportamento humano conhecido e descrito há muitos séculos, a palavra “Suicídio” só terá aparecido no século XVII. Para além disso, este comportamento continua a ser apontado como pouco coerente, um comportamento contra a própria vida instintiva, e continua a despertar intriga e curiosidade.

Segundo os dados da OMS relativos a 2019, houve 192 pessoas por dia que cometeram suicídio, havendo por trás deste número incontáveis tentativas. Em 2019, foi a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo.

Hoje em dia, o suicídio está associado a doença mental, nomeadamente à depressão, sendo um marcador importante de saúde individual, social e pública. Hoje sabe-se que existem técnicas diagnósticas e abordagens psicoterapêuticas e psicofarmacológicas que contribuem para a sua prevenção.

Porém, só no o século XIX é que esta associação foi feita, a partir do momento em que se começou a compreender os fundamentos do método científico e a usá-los como forma de encontrar soluções para problemas que até à época não tinham resposta. Antes, o comportamento suicidário era discutido unicamente sobre a perspetiva moral, religiosa, penal.

Era Clássica

A Era Clássica era rica na pluralidade de opiniões acerca da morte voluntária. Os testemunhos que nos chegam colocam o suicídio na discussão moral e filosófica, havendo diferentes escolas com diferentes ideias.

Algumas das ideias discutidas foram absorvidas pelo Estado e foram criadas algumas leis, conhecidas como as Leis de Atenas, que impediam legalmente o ato suicida.

Aristóteles (século IV a.C.) condenava o suicídio por o considerar uma ofensa à pátria, uma vez que considerava que todos os seres humanos eram seres sociais, essenciais à vida em comunidade e não seria moralmente justo que os indivíduos agissem motivados por interesses pessoais, negligenciando o seu papel na sociedade.

Já Platão (século V e IV a.C.) apresenta-nos uma reflexão ambígua em relação à moralidade do suicídio. Em linhas gerais condenava o suicídio, entendendo que o corpo do suicida deveria ser enterrado anonimamente, mas clarificou algumas exceções onde reconhecia a legitimidade suicida. Tais situações eram: (1) quando o indivíduo era condenado pelo Estado (exemplo de Sócrates, seu mestre); (2) quando perante uma calamidade cruel e inevitável; (3) quando perante uma desgraça vergonhosa e intolerável.

Em oposição, destacam-se os pensadores do Epicurismo e do Estoicismo que valorizavam a liberdade individual para decidir entre a vida e a morte. Para além disso, para estes grupos, a vida apenas valeria a pena, se fosse digna e sem sofrimento, sendo absurdo conservá-la se tal não fosse possível. Este pensamento foi desenvolvido ao ponto de considerarem o suicídio um ato honroso em situações onde este fosse para servir os outros e à pátria; quando impedia o indivíduo a ser forçado a cometer um ato ilegal ou moralmente condenável; quando a pobreza ou a doença se sobrepunham ao bem-estar; e para defender a própria honra. Séneca (século I a.C.) diz

“(...) em toda forma de escravidão o caminho para a liberdade está aberto. Se um homem está doente da alma e miserável pela sua própria imperfeição, ele pode acabar com suas tristezas junto com sua própria vida.”

em Seneca – *Dialogues and Essays*, a new translation by John Davie

Por sua vez, na expansão e crescimento do Império Romano, continuava a haver diversas atitudes perante o suicídio, oscilando entre opiniões que consideravam o suicídio um ato hostil e cobarde, e opiniões que o enquadravam numa manifestação possível da liberdade individual. Nesse contexto e também por razões económicas, o suicídio foi proibido apenas para os escravos e para soldados. Portanto, alguns suicídios eram interpretados com respeito, de forma honrosa e como ato de coragem, por exemplo mulheres enviuvadas ou mulheres violadas, homens capturados por inimigos ou idosos, enquanto que outros eram moralmente condenados. Um dos arquétipos romanos de um suicídio visto como ato honroso é o de Lucrécia: uma nobre que se suicidou com um punhal, após ter sido violada pelo filho do rei de Roma, o que terá catalisado a revolta contra a monarquia de Roma e a transição para a República.

Porém, não há depoimentos que associem o suicídio a uma consequência de uma doença mental. A sua discussão limitava-se principalmete à moralidade, legitimidade e justiça do ato.

Idade Média

Na idade média, o suicídio passou a ser visto com outros olhos, muito por influência do crescimento e do aumento de poder da igreja católica. A discussão acerca da sua moralidade foi abandonada, fixando-se a ideia de que a morte voluntária do próprio iria contra os princípios cristãos. Por vários séculos, as pessoas que cometiam tentativas de suicídio eram excomungadas e as pessoas que efetivamente cometiam o suicídio não tinham direito a rituais fúnebres e os seus bens eram confiscados pela Igreja, retirando o direito dos familiares à herança. O suicídio passou a ser criminalizado.

Santo Agostinho de Hipona, no século IV d.C., foi um dos grandes impulsionadores deste pensamento, considerava o suicídio uma violação do sexto mandamento “Não matarás”; a dor existe para ser sofrida e, portanto, uma pessoa não deve cometer um pecado contra o próprio mesmo em situações de sofrimento.

Mais tarde, no século XIII d.C. São Tomás de Aquino teorizou através da **lógica esta proibição no seu livro *Summa Theologiae*** onde explica que o suicídio: (1) era contrário à Lei Natural, (2) privava a sociedade da contribuição de um indivíduo e (3) só Deus tem o direito de decidir quando uma pessoa pode viver ou morrer.

Esta posição da Igreja Católica foi-se reforçando ao longo dos séculos ao combater e oprimir grupos religiosos, consideradas heresias pelo catolicismo, que consideravam o suicídio uma prática aceitável e até louvável sob certas condições, como por exemplos os Cátaros.

Foi então uma era onde o suicídio foi criminalizado e proibido, associado ao pecado, e nunca atribuído a sofrimento psíquico.

Renascimento e a Era Moderna

A partir do século XIV houve uma reaproximação às referências da antiguidade clássica ao mesmo tempo que, com o avanço da ciência e com a valorização da racionalidade, o dogmatismo religioso começou a ser questionado. Desenvolveu-se uma corrente humanista, e mais tarde o iluminismo, onde o ser humano era colocado como peça central da vida e da existência e a razão era valorizada, em oposição aos argumentos de autoridade da Igreja Católica.

O tema do suicídio, com o regresso aos autores clássicos, voltou a ser discutido em termos de moralidade e decência, e por vezes até admirado. O suicídio passou a ser discutido mais abertamente e foi até representado, novamente, de forma heróica e dramática na pintura.

A literatura foi uma das artes que foi bastante contaminada e que contaminou as populações da época, com ideias acerca da morte voluntária, principalmente após a invenção da imprensa no século XV. No século XVI Thomas More, baseando-se no estoicismo, publicou o seu livro “Utopia” onde expunha uma posição de empatia para com o suicida, nomeadamente quando este se encontrava perante um sofrimento incurável, salvaguardando que o suicídio deveria ser um ato ponderado racionalmente.

Assim, o tema do suicídio foi contaminando o pensamento das elites intelectuais, ganhando popularidade, alcançando o auge com a publicação da obra “Hamlet” de Shakespeare em 1600 que levantou claramente a questão: “*To be, or not to be: that is the question.*”. De notar que o suicídio passou a ser associado a desespero, a sofrimento espiritual e a estados de melancolia e até mesmo de insanidade. Os suicidas eram vistos mais como vítimas do que como assassinos, sendo o ato desculpabilizado. Este entendimento do ato suicida, motivado pela melancolia, foi o primeiro passo para a remoção do suicídio do domínio da moralidade, religião ou criminalidade e abriu o precedente para a sua tolerância.

No século XVIII, com as ideias trazidas pelo iluminismo, principalmente o desenvolvimento do método científico é que o destino do homem saiu do controlo de Deus para passar a pertencer ao próprio homem. Os argumentos de autoridade perderam força perante os argumentos através da observação e experimentação. Filósofos como Voltaire e David Hume defenderam o suicídio como moralmente permitido, havendo então uma real descriminalização, dado este passar a ser considerado uma decisão pessoal.

Numa outra linha, o suicídio passou a ser narrado por alguns autores com um certo romantismo, relacionado com amores impossíveis. Das obras mais conhecidas, salienta-se “Os sofrimentos do Jovem Werther” de Goethe, que ficou conhecido por ter supostamente desencadeado uma onda de suicídios na Europa, apesar de tal efeito nunca ter sido demonstrado. Ainda assim, o termo “efeito Werther” é conhecido hoje na psiquiatria como um fenómeno em que ocorre uma onda de suicídios após um suicídio amplamente divulgado.

Século XIX e XX

O século XIX, herdando as mudanças de pensamento nos três séculos anteriores e também devido às transformações ocorridas na sociedade trazidas pela Revolução Francesa e pela Revolução Industrial, integrou uma mudança extraordinária quanto ao suicídio. Gradualmente, a discussão acerca do suicídio abandonou o âmbito mais teórico da filosofia e da teologia. Com a instituição e solidificação do método científico como processo de investigação, o suicídio passou a ser conceptualizado como um problema passível de estudado e compreendido sem preconceito. Nasceram novas áreas de conhecimento: a sociologia, a psicologia e a psiquiatria, passando o suicídio a ser associado a um problema individual mental e social. Havendo uma mudança de paradigma que ainda não tinha havido na história.

Jean-Étienne Esquirol, psiquiatra (ou alienista) francês que viveu na transição do século XVIII para o século XIX, seguindo as pegadas de Philippe Pinel, foi dos primeiros a associar o suicídio a alterações de estados mentais, sintoma de alienação mental.

Por sua vez, o primeiro grande estudo estatístico realizado acerca do tema, foi feito por Émile Durkheim, sociólogo francês, que compilou e publicou os seus resultados no livro (1897) “*Le suicide: Étude de Sociologie*” em 1897. Esta análise estatística e epidemiológica sobre o tema permitiu compreender o fenómeno da morte voluntária e destacou alguns fatores de risco que ainda hoje são atuais, como por exemplo, a ausência de laços sociais e/ou familiares. Para além disso, Durkheim ainda distinguiu quatro tipos de suicídio com diferentes motivações, relacionadas com o nível de integração do individuo na sociedade e com o nível de regulação dessa sociedade.

Ainda no início do século XX, Freud teorizou o suicídio como agressividade internalizada e dirigida ao *self* quando não pode ser dirigida ao outro, e associou-o a um instinto de morte, em oposição a um impulso de vida (*libido*), presente em estados melancólicos/depressivos.

Assim, a identificação de o suicídio como um problema de saúde, a compreensão dos seus fatores de risco, das suas características, abriu caminho para a possibilidade de se encontrar soluções ou tratamentos, conferindo ao tema uma certa nota de esperança. Muita investigação foi feita ao longo do século XX, tendo nascido a Suicidiologia, que é uma ciência especializada no estudo do comportamento suicida e parasuicida.

Atualmente entende-se o suicídio como um comportamento humano complexo, multicausal e multicultural, muitas vezes associado a doença mental, que deve ser entendido livre de culpa, imoralidade, desprezo ou julgamento. Investigação relacionada com os fatores de risco ou fatores protetores-continua a ser feita, de forma a estabelecerem-se intervenções preventivas, quer a nível individual e público.

Ainda assim, a morte voluntária continua a ser um ato dramático, visto como contra-instintivo e difícil de compreender e continua por isso a ser motivo de inspiração para a filosofia, a literatura e o cinema.

Conclusão

Na Era Clássica, a discussão do ato suicidário centrava-se na sua moralidade e legitimidade, havia uma pluralidade de opiniões. Com o crescimento e empoderamento da Igreja Católica, o suicídio foi criminalizado, impassível de ser discutido, pois era visto como pecado inconfessável. Por sua vez, o Renascimento resgatou as ideias clássicas acerca do tema, abrindo portas a novos pensadores. O suicídio era entendido por alguns como um ato heróico, por outros como expressão de liberdade individual e começou a ser associado também a estados de sofrimento.

Porém, o conhecimento que temos hoje só foi possível através do surgimento e da vulgarização do método científico no século XIX e XX, que permitiu uma mudança de paradigma na forma como o suicídio era discutido.

O suicídio é então entendido no Ocidente como um comportamento humano complexo, multivariável, associado a sofrimento psíquico e doença mental. Hoje é possível entender alguns dos fatores que o motivam, suas características clínicas e é possível ajudar no tratamento das patologias mentais que lhe são subjacentes e idealmente até instituir medidas e planos preventivos deste comportamento.

Bibliografia

- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, Feb, 16(1), 5-13. doi: 10.1002/wps.20375. PMID: 28127906; PMCID: PMC5269502.
- Gearing, R. E., & Lizardi, D. (2009). "Religion and Suicide." *Journal of Religion and Health*, 48(3), 332-341.
- Green, P. (1972). Suicide, Martyrdom, and Thomas More. *Studies in the Renaissance*, 19, 135-155. doi:10.2307/2857090
- Healy, R. (2006). Suicide in Early Modern and Modern Europe. *The Historical Journal*, 49(3), 903-919. doi:10.1017/S0018246X06005577
- Kirkland, L. R. (1999). To end itself by death: suicide in Shakespeare's tragedies. *South Med J.*, Jul, 92(7), 660-666. doi: 10.1097/00007611-199907000-00003. PMID: 10414473.
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Minois, G. (2001). *History of suicide: Voluntary death in western culture*. American Psychological Association.
- Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 – Direção-Geral da Saúde Programa Nacional para a Saúde Mental
- Retterstøl, N. (1998). "Suicide in a cultural history perspective, part 1 Western culture; attitudes to suicide up to the 19th century", *Norwegian Journal Suicidologi*, 2, 31.
- Valach, L., Konrad, M., Young, R. A., & Dey, P. (2002). Attempted Suicide Stories: Suicide Career, Suicide Project and Suicide Action. In *Action Theory Primer for Applied Research in the Social Sciences. A Qualitative Research Approach*, University of St. Gallen, New York: Prager.
- WHO (2013). *World Suicide prevention day*. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html
- Wray, M., Colen, C., & Pescosolido, B. (2011) The Sociology of Suicide. *Annual Review of Sociology*, 37(1), 505-528

“O Aviador” (2004): Uma Viagem pela Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Joana Cardão, Afonso Matos, Inês Azevedo Silva

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

E-mail: joanacardao17@gmail.com, afonsohmatos@gmail.com, inesazevedosilva.psiquiatria@gmail.com

Resumo

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma doença heterogénea e de carácter crónico, caracterizada pela presença recorrente de sintomas obsessivos e/ou rituais compulsivos, que se associam a uma deterioração do doente em termos de ansiedade, tempo e interferência com o funcionamento.

“O aviador” é um exemplo brilhante do que é viver com esta doença, considerada pela Organização Mundial de Saúde uma das 10 principais causas de incapacidade. Interpretado por Leonardo Dicaprio, o filme retrata a história verídica de Howard Hughes, um norte-americano aviador, engenheiro aeronáutico e cineasta, que, no final do século XX viu a sua vida dominada pela POC – encarcerado num quarto de hotel, numa atmosfera praticamente hospitalar, onde mantinha as cortinas fechadas, urinava em garrafas e obrigava todos os que se aproximavam dele a usar lenços de papel para cobrir a comida que lhe levavam, que tinha que ser medida e cortada com precisão.

Palavras-chave: Perturbação Obsessivo-Compulsiva, obsessões, compulsões

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a heterogeneous and chronic disease, characterized by the recurrent presence of obsessive symptoms and/or compulsive rituals, which are associated with a deterioration of the patient in terms of anxiety, time and disruption of their daily activities.

“The Aviator” is an excellent example of what it is like to live with this disease, considered by the World Health Organization one of the top 10 causes of disability. Played by Leonardo Dicaprio, the film portrays the true story of Howard Hughes, an american aviator, aeronautical engineer and filmmaker, who, at the end of the 20th century saw his life dominated by OCD – incarcerated in a hotel room, in an “almost hospital” atmosphere, where he kept the curtains closed, urinated in bottles and forced everyone who came near him to use tissues to cover the food they brought him, which had to be measured and cut precisely.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, obsessions, compulsions

Introdução

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma doença heterogénea e de carácter crónico, caracterizada pela presença recorrente de sintomas obsessivos e/ou rituais compulsivos, que se associam a uma deterioração do doente em termos de ansiedade, tempo e interferência com o funcionamento.

Ainda que o verdadeiro interesse na POC como entidade psiquiátrica só tenha surgido em 1960, as primeiras descrições de sintomatologia obsessivo-compulsiva remontam-nos 300 anos no tempo, destacando-se, à época, pela sua estranheza e, até, bizarria. Ora, desde sempre que, estas características tão associadas à sintomatologia psiquiátrica, foram notadas e serviram de inspiração no processo criativo dos artistas. Como exemplo deste encontro entre a arte e a Psiquiatria, em 2004 a sétima arte presenteou-nos com “O aviador”, filme que retrata a história verídica de Howard Hughes, um norte-americano que se viu dominado pelos sintomas nucleares da POC.

Howard Hughes

Nascido a 24 de dezembro de 1905, em Humble (Texas, Estados Unidos da América), Howard Robard Hughes Junior, além de um dos homens mais ricos do mundo, foi um aviador, engenheiro aeronáutico, produtor e realizador de cinema. O seu percurso académico iniciou-se em 1922 na Universidade de Rice (Houston, Estados Unidos da América) e no Instituto de Tecnologia da Califórnia (Pasadena, Estados Unidos da América), que acabou por

abandonar dois anos depois, após falecimento dos pais, para assumir o controlo da *Hughes Tool Company*, empresa da família.

Em 1926, após contrair matrimónio com Ella Rice, Hughes aventura-se no mundo cinematográfico, mudando-se para Hollywood, para a produção e realização de diversos filmes, entre os quais se destaca *Hell's Angels* (1930), um épico de guerra, que estreia três anos após a sua génese. No mesmo ano de estreia, e após ter mantido a sua esposa em cativeiro pelas ideias de contaminação que já o amedrontavam, o seu casamento termina, tendo Rice regressado para Houston, cidade natal de ambos.

Nos anos que se seguiram, e dado o seu gosto pela aviação, Hughes investe acentuadamente nesta área: funda a sua própria companhia aérea, que denominou *Hughes Aircraft Company*; adquire a *Trans World Airlines*, outra companhia de voo; e supera recordes mundiais de velocidade ao pilotar aviões que o próprio projetou – destacando-se, em 1937, a conquista do *Harmon International Trophy*, sendo eleito o melhor aviador do mundo; Hughes estaria então no pico da sua carreira e popularidade. Todavia, desta ascensão também resultaram contratempos, enfatizando-se um acidente de voo em particular, do qual derivaram várias lesões físicas, condicionantes da funcionalidade do engenheiro. Assim, o mesmo viu-se obrigado à toma de medicação analgésica, à época codeína e diazepam, para a qual ficou posteriormente dependente.

Apesar dos inúmeros sucessos pela qual, até então, a sua vida teria sido pautada, Hughes nunca deixou de ter um funcionamento muito peculiar devido ao seu temor às impurezas e contágios. Consta-se que grande parte destas condutas tenham sido instigadas pela sua mãe, que, ao sofrer igualmente de POC, pautou, inconscientemente, a infância do piloto por medos similares, educando-o numa atmosfera excessivamente protetora e rígida. Assim, não só pela vida extravagante que levava, mas pelas atitudes e comportamentos de carácter invulgar e pelo isolamento social a que o piloto ia cedendo de forma tendencial, Hughes sempre foi adjetivado como “excêntrico”, “lunático” e “solitário”. De facto, motivado pelos seus medos de germes e pelos seus rituais de neutralização, na década de 1950, aos 45 anos de idade, o aviador opta pelo retiro social radical, encarcerando-se entre 4 paredes – inicialmente em sua casa, mudando-se, posteriormente, para um quarto de hotel – obrigando todos a seu redor a ceder meticulosamente aos seus “caprichos”.

A sua vida chega ao fim em 1976, aos 70 anos de idade, dada à paragem cardiorrespiratória que o mesmo sofre num avião que o transportava para tratamento hospitalar.

O filme

De entre os, pelo menos, oito filmes até então concretizados, estimulados pela vida de Howard Hughes, optamos por nos focar no filme “O aviador” (2004), uma vez que, para além do impacto que teve na indústria cinematográfica atual, ao ganhar vários prémios (melhor filme dramático nos Globos de Ouro de 2005 e melhor filme nos BAFTA¹ no mesmo ano), na opinião dos autores, é um dos que mais humana e fidedignamente aborda a POC.



Figura 1. Foto de Howard Hughes.
Fonte: Acme Newspictures, 1938



Figura 2. Imagem promotora do filme “O aviador”.
Fonte: Braavos Wordpress, 2013

¹ BAFTA (British Academy Films Awards), em português: Prémios da Academia Britânica de Cinema.

< “O aviador”, realizado por Martin Scorsese em 2004, é, como já referido anteriormente, uma das muitas obras biográficas concretizadas sobre Howard Hughes. Inspirado no período entre 1920 e 1950, o filme relata os grandes marcos da vida do piloto, denotando os seus traços excêntricos, rígidos e perfeccionistas, e, gradualmente, o impacto que os medos irracionais e os comportamentos repetitivos geram no seu dia-a-dia. Assim, ao longo dos 170 minutos de ecrã, e espelhado em cenas como a distribuição milimetricamente precisa da comida no prato (ver Figura 3) e a recusa da ingestão quando esta ordem se perde, as feridas causadas pela lavagem excessiva das mãos, a impossibilidade de sair de uma divisão pela resistência a tocar na maçaneta, o uso excessivo de lenços ou a obrigação ao uso de luvas por todos os seus serventes, torna-se progressivamente evidente a presença de obsessões, sobretudo de contaminação, ordem e simetria, e consequentemente, compulsões, como de limpeza e lavagem. A contribuir para o seu quadro clínico, Hughes apresenta, ainda, tiques e repetições verbais.

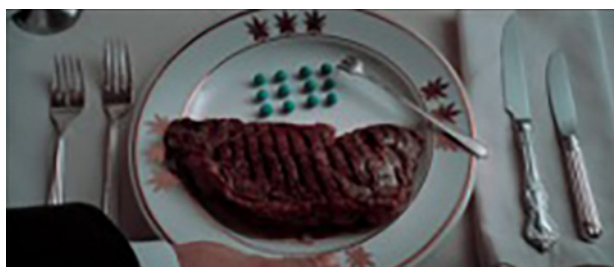


Figura 3. Representação da ordem de disposição necessária por Hughes para desfrutar de uma refeição

Fonte: filme “O aviador”, 2004

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A POC é uma doença heterogénea e de carácter crónico, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das 10 principais causas de incapacidade no mundo. Em Portugal, é de salientar que, em termos de anos perdidos devido a incapacidade, esta perturbação constitui, juntamente com as perturbações mentais e comportamentais em geral, um dos maiores encargos quando comparada com outros grupos ao mesmo nível.

Estas estimativas refletem-se na prevalência desta perturbação, atualmente estimada em cerca de 3% da população em geral, o que é considerado elevado. Embora não existam discrepâncias de género ou culturais, esta prevalência traduz valores mais elevados em solteiros quando comparados com casados, bem como nas classes sociais mais altas e com quociente intelectual elevado. Para além disso, tende a manifestar-se mais cedo no sexo masculino do que no feminino – 6-15 anos vs. 20-29 anos, respetivamente – mas geralmente na adolescência/adulto jovem. De facto, 70% dos casos têm início antes dos 25 anos.

Atualmente, a etiopatogénese da POC permanece desconhecida. No entanto, as hipóteses atuais incluem uma combinação de fatores de vulnerabilidade e fatores desencadeantes. Enquanto os fatores de vulnerabilidade incluem a genética, onde podemos destacar uma disfunção neurobiológica específica (desregulação da serotonina, dopamina, noradrenalina, etc.), os fatores desencadeantes incluiriam situações de exposição a eventos stressantes (morte de pessoas próximas, problemas sexuais ou com parceiros, etc.) que, em última análise, seriam responsáveis por desencadear o aparecimento da doença. Por outras palavras, de um modo geral, os sintomas teriam início após um acontecimento stressante que os desencadearia, podendo depois evoluir de forma esporádica ou crónica.

Clinicamente, a POC caracteriza-se pela presença recorrente de sintomas obsessivos e/ou rituais compulsivos, que estão associados a um comprometimento do paciente em termos de ansiedade ou angústia, tempo ou interferência no funcionamento. As obsessões são definidas como pensamentos, imagens ou impulsos, maioritariamente egodistónicos, que se manifestam de forma repetitiva, indesejada e intrusiva. Por sua vez, as compulsões ou rituais são comportamentos ou fenómenos mentais repetitivos, realizados em resposta às obsessões, com o objetivo de reduzir ou neutralizar a ansiedade ou angústia gerada por estas ou como prevenção de uma consequência temida pelo doente.

Assim, embora possam ocorrer individualmente, as obsessões e as compulsões são dois fenómenos clínicos intimamente relacionados, cujo conteúdo é geralmente limitado. No entanto, o seu conteúdo é muitas vezes simultaneamente heterogéneo e de intensidade variável ao longo do tempo, pelo que o conteúdo central pode mudar à medida que a perturbação evolui. A sintomatologia mais comum é apresentada de seguida (ver Tabelas 1 e 2), onde destacamos as obsessões de contaminação mais frequentes associadas a compulsões de limpeza e lavagem, e das quais Hughes é um excelente exemplo.

É de salientar a importância do estabelecimento do diagnóstico desta perturbação, uma vez que grande parte da população, em algum momento da sua vida, experiencia pensamentos intrusivos, bem como realiza ações ritualizadas/repetitivas que, embora presentes, não implicam necessariamente um diagnóstico de POC. Isto significa que, de acordo com o DSM-5 e a CID-10, o diagnóstico de POC só pode ser estabelecido se os sintomas estiverem associados a uma perda de tempo considerável (por exemplo, mais de 1 hora/dia), causarem angústia clinicamente significativa e influenciarem negativamente a vida do doente (rotina diária, relações profissionais, académicas ou vida social).

Para além do diagnóstico, é importante averiguar a existência de comorbilidades associadas, uma vez que esta perturbação tem tendência a associar-se a outros quadros psiquiátricos, nomeadamente perturbações depressivas e ansiosas, que, em 67% dos casos, correspondem a Perturbação Depressiva Major.

Tendo em consideração os pontos referidos, a POC pode então ser classificada como leve, moderada ou grave. O DSM-5 inclui ainda o especificador do *insight* (presente, pobre ou ausente) e o especificador de presença de tiques.

Apresentamos seguidamente uma tabela que sumaria os critérios diagnósticos exibidos no DSM-5 (ver Tabela 3).

Uma vez que a sintomatologia considerada como nuclear da POC não é patognomónica, há a possibilidade da mesma surgir noutros contextos, pelo que se torna importante a realização de um diagnóstico diferencial exaustivo. Assim, para além de considerar, é importante excluir a presença de doenças que mimetizam a POC devido a causas clínicas não psiquiátricas ou pelo consumo de substâncias psicoativas, Perturbações de Ansiedade, Perturbações Depressivas, Esquizofrenia e qualquer tipo de perturbação de aparecimento precoce, como Perturbações do Espectro do Autismo e a Síndrome de Gilles de la Tourette.

Dado tratar-se de uma perturbação crónica e bastante complexa, é importante a formulação de um plano de tratamento adequado, que ultrapassa a simples prescrição de um fármaco ou a recomendação de uma psicoterapia específica. Isto é, após o estabelecimento do diagnóstico principal e das possíveis comorbilidades associadas, é essencial uma avaliação detalhada dos padrões sintomáticos, de forma a determinar os sintomas alvo, bem como o *insight* do doente e o nível de acomodação familiar aos rituais do doente. Para tal, recorre-se à entrevista clínica, estruturada ou semi-estruturada, e a escalas como a YBOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*). Uma vez concluída esta fase, passamos à elaboração do plano de tratamento propriamente dito. Este deve ter em conta não só a situação atual do doente – exacerbação/cronicidade – mas também os objetivos a curto e longo prazo, bem como a possibilidade de reforçar a adesão ao tratamento (psicoeducação do doente e da família).

É de salientar que, independentemente do plano de tratamento escolhido, o clínico deve individualizar a decisão clínica, tendo em conta fatores relevantes como as preferências do doente, a gravidade da perturbação, a existência de comorbilidade, a situação financeira, os tratamentos anteriores, o perfil de efeitos adverso e as complicações associadas (abuso de substâncias, risco de suicídio).

Posto isto, as opções terapêuticas atuais incluem farmacoterapia (estando indicados como 1.ª linha os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina, SSRIs), psicoterapia (sendo a Psicoterapia Cognitivo Comportamental, PCC, e a Exposição com Prevenção de Resposta as práticas com maior evidência), técnicas de estimulação não invasivas e procedimentos cirúrgicos invasivos. Como norma geral, unicamente os casos leves são tributários de PCC sem medicação específica concomitante, sempre em função específica de cada doente e situação clínica. Após a sua implementação, é importante monitorizar a resposta e os efeitos adversos da terapêutica – através da entrevista clínica e/ou da YBOCS – e, caso a 1.ª linha fracasse, dar oportunidade a tratamentos de 2.ª linha satisfatórios.

Num seguimento realizado por Rufer *et al.* (Rufer, 2005), demonstrou-se que, após o uso da combinação de PCC com SSRIs por tempo definido em doentes com POC, 29 em 30 continuavam a necessitar de tratamento. Isto indica que, para melhorias notáveis, os pacientes que sofrem desta patologia necessitam de um tratamento mantido no tempo, sendo que as guias atuais indicam um período de, pelo menos 1-2 anos; a realização de um tratamento por intervalos inferiores, estaria claramente associado a um maior número de recaídas. De qualquer das maneiras, e reafirmando o que já foi comentado anteriormente, a determinação da manutenção do tratamento deve ser sempre definida caso a caso, tendo em conta as características biopsicossociais de cada um.

Dois terços dos doentes têm algum grau de melhoria após um ano de evolução da doença, que pode ter um curso flutuante ou crónico. Para esta evolução há fatores que contribuem tanto favorável como desfavoravelmente. Assim, para um mau prognóstico salientamos fatores como o aparecimento precoce, o sexo masculino, a existência de ideias sobrevalorizadas sobre as obsessões, as formas de POC associadas a tiques e a existência de comorbilidades, de onde sobressaem a Depressão major e as Perturbações da Personalidade. Pelo contrário, a existência de um fator precipitante, um bom ajustamento social e ocupacional prévio, a presença de sintomas que remitem episodicamente,

tal como o facto do seu início ser mais tardio, em mulheres casadas cujo conteúdo da sintomatologia nuclear é único, colabora num sentido mais benigno.

Conclusão

Após esta viagem, podemos aferir que, de facto, apesar de aparentemente bizarros, os comportamentos de Hughes tinham uma explicação: a POC.

Considerada pela OMS uma das 10 principais causas de incapacidade, “O aviador” (2004) é um exemplo brilhante do que é viver com esta perturbação. Sob a atuação de Leonardo DiCaprio, o filme retrata admiravelmente períodos em que o controlo da vida de Hughes é assumido pela POC e que, dada a ausência de tratamento e os fatores de mau prognóstico associados, refletem a decadência e a recta final da vida do piloto – encarcerado num quarto de hotel, numa atmosfera praticamente hospitalar, onde mantinha as cortinas fechadas, urinava em garrafas e obrigava todos os que se aproximavam dele a usar luvas e lenços de papel.



Figura 4. Representação de uma das compulsões de Hughes, que, ao ter medo da contaminação, usa lenços de papel para pegar nos objetos.
Fonte: filme “O aviador”, 2004

Fontes e bibliografia

- O aviador [filme]. Realização: Martin Scorsese. Hollywood, Los Angeles: Warner Bros.; 2004 | Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2022, August 13). Howard Hughes. Encyclopedia Britannica. Disponível em <https://www.britannica.com/biography/Howard-Hughes>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E. *et al.* (2008) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – First revision. *World J Biol Psychiatry*, 9(4), 248-312.
- Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2022). *Howard Hughes*. *Encyclopedia Britannica*. Acedido a 1 de outubro de 2022, em <https://www.britannica.com/biography/Howard-Hughes>
- Fenske, J. N., & Peterson, K. (2012) Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 92(10), 896-903.
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014) *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda, 453 p.
- Harrison, P., Cowen, P., Burns, T., & Fazel, M. (2018). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 7th edition. Oxford University Press, 884 p.
- Janardhan Reddy, Y., Sundar, As, Narayanaswamy, J., & Math, S. (2017). Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian J Psychiatry*, 59(5), 74.
- Menchón, J. M., van Ameringen, M., & Dell’Osso, B. *et al.* (2016). Standards of care for obsessive-compulsive disorder centres. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 20(3), 204-208.
- Rufer, M., Hand, I., Alsleben, H. *et al.* (2005). Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 121-128.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Tatay Manteiga, A., & Merino Magán, T. (2009). Trastorno Obsesivo Compulsivo. In: Editores ELPSA, 38ed. *Manual Del Residente En Psiquiatría*. Madrid; 325-332.
- World Health Organization's. (1995). The newly defined burden of mental problems. *East Mediterr Health J*, 5(2), 394-401.

Tabelas

Obsessões
Contaminação – Preocupação/desprezo por secreções e resíduos corporais (como fezes e urina) – Medo de sujidade ou germes/infeções, preocupação com substâncias pegajosas – Medo de ficar doente devido a contágios (por exemplo, SIDA) Obsessões de teor sexual – Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais indesejados ou proibidos sobre estranhos, amigos da família, etc. – Pensamentos sexuais de abuso a crianças – Pensamentos sobre a identidade/orientação sexual Obsessões de ano/agressão – Medo de fazer mal a si próprio ou aos outros (exemplos: saltar de um edifício, fazer mal a bebés, atropelar peões enquanto conduz um carro...) – Imagens de violência/horror (assassinatos, corpos mutilados, acidentes) – Medo de profanar obscenidades Obsessões religiosas – Sacrilégio e blasfémia (medo de proferir insultos a Deus) – Preocupação excessiva com o certo e o errado, com a moralidade Dúvida patológica – Sobre as atividades quotidianas (de não ter trancado as portas ou de não ter desligado o gás) Obsessões de ordem e simetria – Preocupação com a falta de ordem, simetria, perfeccionismo ou precisão das coisas – Com pensamento mágico (exemplo: o doente pode ter um acidente se a cozinha não estiver perfeitamente arrumada) Outras: – Necessidade de saber/recordar (números, matrículas, ...) – Pensamentos intrusivos (geralmente não associados a compulsões) – Medos supersticiosos (gato preto) – Números da sorte/azar, cores

Tabela 1. Sintomatologia obsessiva mais frequente na POC

Compulsões
Lavagem/Limpeza – Lavagem exagerada ou ritualizada das mãos, duche, casa de banho, escovagem ou limpeza excessiva de objetos domésticos, chão, cozinha, ... em resposta a obsessões de contaminação Verificação – Em resposta a dúvidas patológicas (fechaduras, portas, ...) – Como forma de prevenção de danos a si próprio ou a outros (examinar ferimentos, por exemplo) Repetição – Rer ou reescrever porque não compreendeu ou não escreveu corretamente. – Repetição de atividades de rotina (entrar e sair da porta até o paciente se sentir bem) Contar (dinheiro, azulejos) Arrumar e organizar (até conseguir o próprio bem-estar) Outros: – Rituais mentais (rezar, substituir os “maus pensamentos” pelos “bons pensamentos”) – Comportamentos supersticiosos – Necessidade de contar, pedir ou confessar

Tabela 2. Compulsões mais frequente na POC

Perturbação Obsessivo-Compulsiva
A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas; B. As obsessões e compulsões são consumidoras de tempo (têm duração superior a uma hora por dia) ou causam perturbação clínica significativa ou diminuição das áreas social, ocupacional ou outras importantes do funcionamento; C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não são atribuíveis a efeitos fisiológicos de uma substância (p.ex. droga de abuso ou medicamento) ou outra condição médica; D. A perturbação não é melhor explicada pelos sintomas de outra perturbação mental; E. É importante especificar o insight do doente para a sua condição – bom, escasso ou ausente (delirante); assim como a existência de tiques.

Tabela 3. Critérios diagnósticos da POC no DSM-5

A Fenomenologia da Psicose em ‘O Duplo’ de Dostoiévski: Das Fases Conradianas aos Síndromes de Falsa Identificação Delirante

João Alves Leal, João Francisco Cunha, Rute Cajão

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

E-mail: joao.leal.93@gmail.com

Resumo

Em 1846, Fiódor Dostoiévski, à data com apenas 24 anos, escreveu ‘O Duplo’, o seu segundo romance literário. Tendo a cidade de São Petersburgo como pano de fundo, tal como noutras obras de relevo do Realismo russo, o enredo centra-se no senhor Goliádkin, um conselheiro titular afastado do seu local de trabalho por demonstrar vários comportamentos erráticos. Num caminho até à loucura catalisado pela visão do seu duplo, o ‘outro’ senhor Goliádkin, seu inimigo e idolatrado pelas suas chefias, a história culmina com a personagem principal internada num hospital psiquiátrico dado o quadro de descompensação psicótica. Esta é uma obra cuja narrativa detém não só descrições minuciosas de estados de inquietação, exaltação e de humor delirante passíveis de contextualização nas fases de ‘A Esquizofrenia Incipiente’ de Klaus Conrad, mas também de uma análise da síndrome de duplos subjetivos e de outros síndromes de falsa identificação delirante.

Palavras-chave: duplos, subjetivos, Dostoiévski, literatura, Conrad

Abstract

In 1846, Fyodor Dostoyevsky, at the age of just 24, wrote ‘The Double’, his second literary novel. With the city of St. Petersburg as a background, like in other important literary works of Russian Realism, the plot focuses on Mr. Golyadkin, a senior adviser removed from his workplace for demonstrating various erratic behaviours. On a path to madness catalysed by the sight of his double, the ‘other’ Mr. Golyadkin, his enemy and idolized by his superiors, the story culminates with the main character being admitted to a psychiatric ward due to a psychotic decompensation. This is a novel whose narrative contains not only meticulous descriptions of states of restlessness, elation and delusional mood that can be contextualized in the phases of ‘Incipient Schizophrenia’ by Klaus Conrad, but also an analysis of the syndrome of subjective doubles and other delusional misidentification syndromes.

Keywords: doubles, subjective, Dostoyevsky, literature, Conrad

Introdução

Em 1846, Fiódor Dostoiévski escreveu aos 24 anos a obra ‘O Duplo’, a qual foi publicada no início da sua vida literária e antes do seu período de reclusão e trabalhos forçados na Sibéria.

Tendo a cidade de São Petersburgo como pano de fundo, o enredo centra-se em Yakov Petrovich Goliádkin, um burocrata afastado do seu trabalho por exibir vários comportamentos erráticos e pela crença de que um colega, seu inimigo e idolatrado pelas chefias, era o seu duplo.

O presente texto propõe-se a integrar esta obra de Dostoiévski nas fases da Esquizofrenia conceptualizada por Klaus Conrad.

‘O Duplo’ de Dostoiévski

A trama de ‘O Duplo’ ocorre em São Petersburgo, sendo Yakov Petrovich Goliádkin a personagem principal. Goliádkin trabalha como conselheiro titular, um burocrata de baixa patente, que tenta ter sucesso numa sociedade altamente hierarquizada como a russa.

Após um período de maior instabilidade, Goliádkin recorre ao médico, Dr. Rutenspitz, o qual após observação teme pela sanidade da personagem principal dado o seu comportamento antissocial, aconselhando-o a conviver mais com outras pessoas. Após este conselho médico, Goliádkin vai para a festa de aniversário de Klara Olsufyevna,

filha de seu chefe, apesar de não ter sido convidado para a mesma, acabando expulso. A caminho de casa, sob uma intensa chuva, Goliádkin encontra um homem exatamente igual a si, o seu sócia.

Inicialmente, Goliádkin estabelece uma relação de proximidade e amizade com o seu sócia, porém o “novo” Goliádkin tenta assumir uma postura de controlo sobre a personagem principal, o que precipita a crispação da relação e sela esta inimizade. Ainda, o “novo” Goliádkin possui capacidades sociais que lhe permitem ser querido entre os colegas de trabalho e com pessoas que rejeitam sistematicamente a personagem principal. Catalisado pelo ódio para com o seu novo inimigo, o romance desenrola-se com o episódio psicótico de Goliádkin e com o seu internamento em Psiquiatria, onde fica ao cuidado do Dr. Rutenspitz.

Aquando da publicação de ‘O Duplo’, Belinsky, um importante crítico russo daquela época, considerou que *«na nossa época, o fantástico pode ter lugar nos manicómios, mas não na literatura... pode ser um assunto para os médicos, mas não para os poetas»*.

Ao longo da narrativa de ‘O Duplo’, é possível contatar que a personagem principal se encontra em estados de inquietação, com um humor exaltado, sensação de perseguição, de que algo negativo lhe irá acontecer a qualquer momento. Em suma, um mal-estar difuso, muito característico da fase de trema (fase inicial da Esquizofrenia), a qual foi cunhada em 1958 pelo psiquiatra alemão, Klaus Conrad.

Esta é uma obra cuja narrativa detém descrições minuciosas de estados de inquietação, exaltação e de humor delirante passíveis de contextualização nas fases de ‘A Esquizofrenia Incipiente’ de Klaus Conrad.

Klaus Conrad

Klaus Conrad, nascido em 1905 em Reichenberg (atual Liberec na República Checa), foi um importante psiquiatra da Escola Germânica, sendo conhecido por ter introduzido o conceito de humor delirante nas fases prodrómicas da Esquizofrenia e pela aplicação de conceitos de *Gestalt* nas afasias. As suas descrições das fases iniciais da Esquizofrenia revelaram-se inovadoras e importantes para a pesquisa em psicopatologia até aos dias de hoje.

Filho de um professor de Economia da Universidade de Viena e de uma mãe cuja família possuía extensas ligações ao mundo das ciências, iniciou em 1923 os seus estudos em Medicina na Faculdade de Medicina de Viena. Em 1924 realiza um estágio em Psicologia Holística (*Ganzheitspsychologie*) em Leipzig, o que acaba por espoletar o seu interesse pela área das neurociências. Realiza posteriormente um estágio de Neurocirurgia em Londres e teve ainda a oportunidade de colaborar com grandes nomes da Psiquiatria e Neurologia daquela época, tais como Henri Ey em 1933 no Hospital de Salpêtrière e Ernst Kretschmer em 1938 no Hospital de Marburg. Em 1942 observa no Hospital Militar de Marburg 808 soldados com lesões cerebrais, sendo que 216 apresentavam afasias. No início dos anos 50 participa nos primeiros congressos internacionais de Neurologia e Psiquiatria, sendo que em 1958 publica a obra *A Esquizofrenia Incipiente*.

Apesar do reconhecimento académico, em 1940 Klaus Conrad filia-se no partido Nazi (*Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei* – NSDAP), não existindo informação fidedigna até aos dias de hoje sobre o seu real envolvimento no partido. Contudo, muitos neurocientistas da época com ligação ao partido Nazi foram posteriormente acusados e condenados por apoiarem ideais de eugenia através dos seus estudos clínicos.

Em 1961, Klaus Conrad falece em Göttingen devido a um mieloma. À data, exercia funções como professor de Psiquiatria e Neurologia no Hospital Psiquiátrico e Universitário de Göttingen.

Visão fenomenológica de Klaus Conrad

Conrad optou pelo uso da metodologia *Gestalt* (‘o todo é maior do que a soma das partes’) para efetuar uma descrição pormenorizada e análise dos fenómenos psicopatológicos.

A metodologia *Gestalt* difere da Terapia *Gestalt*, assemelhando-se à Psicologia da Forma. Etimologicamente, *Gestalt* é de origem alemã, significando todo, configuração, integração, padrão ou forma. Assim, *«para se compreender as partes é preciso, antes, compreender o todo»*, portanto a metodologia *Gestalt* pretende tornar explícito o que está implícito. Em suma, $A+B \neq (A+B)$, mas sim $A+B = C$.

• 1.º Princípio de Conrad

O fenómeno físico (percepção; pensamento; palavra; movimento) aparece como “um todo” (*Gestalten*) e tem um processo de desenvolvimento com várias etapas: Fase de pré-Gestalt (*Vorgestalt*) e Fase final de Gestalt (*Endgestalt*). Se ocorrer uma falha entre estas fases, Conrad relaciona este processo com a origem das afasias, *«não é a perda de*

uma função localizada em determinada zona cerebral que origina uma sintomatologia, mas sim a perturbação no processo de desenvolvimento mental que poderia originar-se a partir de determinada localização de lesão».

• 2.º Princípio de Conrad

Assenta na relação entre o objeto-sujeito pelo modelo estímulo-resposta, ou seja, o sujeito compreende o mundo objetivo como um estado primário independente. Há uma conexão *Gestalt* de tipo circular (*Gestaltkreisartig Verbundenheit*), pois o sujeito muda com os objetos e os objetos mudam com o sujeito. Ambos só podem ser compreendidos na sua interação.

• 3.º Princípio de Conrad

Conceptualiza a função sensorial epicrítica (capacidade de integração e diferenciação) e a forma funcional protopática (indiferenciada ou desintegrada). Os processos de perturbação cerebral orgânica grave provocam manifestações psicopatológicas através da transformação protopática da forma (*Protopathischer Gestaltwandel*).

‘A Esquizofrenia Incipiente’

Publicada em 1958 com o título ‘A Esquizofrenia Incipiente – Tentativa de Análise *Gestalt* dos Delírios’, Conrad escreve esta obra após ter observado 107 soldados com episódios iniciais de Esquizofrenia. Esta era uma amostra homogénea – jovens, homens com fator em comum (guerra), sendo que Conrad pretendia compreender qual a origem desta patologia e quais as fases do seu desenvolvimento.

‘A Esquizofrenia Incipiente’ é a obra mais conhecida de Conrad e considerada uma das mais importantes na especialidade de Psiquiatria do último século.

Fases conradianas

• 1.ª – Trema

Do latim *tremere* (abalar, estremecer). Refere-se ao estágio de estranheza que precede o aparecimento do delírio. Existe um aumento da tensão afetiva, o doente sente que o ambiente que o rodeia ganha uma aparência estranha e opressiva.

O doente prevê que algo muito importante irá acontecer, levando a emoções e sentimentos diversos como excitação, antecipação, suspeição, medo, culpa, inibição depressiva ou estranheza, o denominado Humor Delirante.

O indivíduo não atribui as mudanças a si próprio.

Esta fase pode ter uma duração de dias, semanas, meses ou anos.

Em ‘O Duplo’ é descrita a fase de Trema, por exemplo, no excerto:

«O senhor Goliádkin sabia, sentia e tinha plena convicção de que antes de chegar a casa, forçosamente, algo de errado lhe aconteceria...»

• 2.ª – Apofania

Do grego *apóphansis* (declaração, afirmação, revelação).

Corresponde a uma experiência de consciencialização anormal de um significado e, simultaneamente, uma sensação de estar no centro dos acontecimentos. Surgem a percepção e a ocorrência delirantes. O doente vê-se diante de uma verdade que a ele se mostra, não pela via dedutiva, mas antes como uma “revelação”. Existe a perda da capacidade de se distanciar da sua própria experiência, “*tudo se torna constantemente saliente*”.

Consideramos a Apofania externa e interna:

– Apofania externa: objetos externos adquirem novos significados.

– Apofania interna: objetos internos adquirem novo significado.

Nesta fase ocorre a Anástrofe, a qual se descreve como um regresso reflexivo para o próprio, em que o universo revolve à volta do mesmo, tal como um Sistema Ptolomáico.

Em ‘O Duplo’ é descrita a fase de Apofania, por exemplo, no excerto:

«O desconhecido estava sentado à sua frente, também de sobretudo e chapéu, na sua cama, sorria ligeiramente, e, franzindo um pouco os olhos, acenou-lhe amigavelmente com a cabeça. O senhor Goliádkin

queria gritar, mas não pôde – protestar de alguma maneira, mas não lhe chegavam as forças. Tinha os cabelos em pé e sentou-se no seu lugar, insensível de horror. E de resto havia razão para isso. O senhor Goliádkin reconheceu completamente o seu amigo noturno. O seu amigo noturno não era outro senão ele próprio – o próprio senhor Goliádkin, outro senhor Goliádkin, mas exatamente como ele – numa palavra, aquilo a que se chama o seu duplo em todos os aspetos...»

• 3.^a – Apocalipse

Do latim *apocalypsis* (caos).

Esta fase caracteriza-se pela desorganização do pensamento e desintegração da linguagem. Ocorre a redução do campo vivencial a certos elementos ou certas manifestações, perdendo-se a continuidade de sentido. Surge a sintomatologia negativa e o esvaziamento da personalidade. Nesta fase as manifestações verbais, como as do comportamento, perdem a relação com o conteúdo vivencial. Tornam-se estereotipadas, vazias de sentido.

Portanto, é na fase de Apocalipse que surge a desintegração do Eu e muitas vezes os sintomas catatónicos.

• 4.^a – Consolidação

É na Consolidação em que ocorre a formação de um mundo novo e de um conjunto psicológico baseado em novos significados.

• 5.^a – Resíduo

Corresponde a um estado autístico. O doente não volta ao estado inicial, não existe um *restitutio ad integrum*. Sensação subjetiva de que não é o mesmo e de que a sua personalidade se alterou.

Síndromes de falsa identificação delirante

Os quadros de síndromes de falsa identificação delirante são fenómenos psicopatológicos raros, que ocorrem em diversas patologias como perturbações psicóticas, perturbações afetivas ou patologia orgânica.

Alguns exemplos de síndromes de falsa identificação delirante mais comuns são:

- **Síndrome de Capgras** – Crença de que alguém próximo foi substituído por um duplo quase idêntico, mas impostor.
- **Síndrome de Fregoli** – O doente acredita que pessoas desconhecidas são conhecidas, mas estão disfarçadas.
- **Intermetamorfose** – O doente julga que alguém se transformou noutra pessoa, adquirindo as suas características físicas e psíquicas.
- **Síndrome dos Duplos Subjetivos** – Crença de que outra pessoa se transformou fisicamente nele próprio, mas com uma entidade psicológica diferente, denominado por *doppelgänger* (termo germânico cunhado pelo romancista Jean Paul em 1976 como *doppeltgänger*, que significa “aquele que caminha ao lado”).

Esta síndrome foi descrita pela primeira vez em 1978 por George Nikolaos Christodoulou, psiquiatra greco-americano, sendo a síndrome de falsa identificação delirante abordado na obra ‘O Duplo’ de Dostoiévski.

Contextualização

A Esquizofrenia foi descrita pela primeira vez no século XIX por Emil Kraepelin, o qual à data era diretor da disciplina de Psiquiatria numa universidade na Estónia. Kraepelin utilizou o termo *dementia praecox* para designar uma doença orgânica causada por processos anatómicos ou tóxicos, hoje considera-se a Esquizofrenia o análogo desse termo. À época, considerava-se que a Esquizofrenia era uma perturbação com agravamento progressivo, cuja melhoria era particularmente inexistente, sendo, na melhor das hipóteses, apenas passível de uma remissão parcial da sua sintomatologia. Os trabalhos de Kraepelin foram pioneiros para a distinção das perturbações psicóticas das perturbações afetivas, como por exemplo a Perturbação Afetiva Bipolar.

Mais tarde, Eugen Bleuler desenvolveu o conceito de Kraepelin e utilizou pela primeira vez o termo Esquizofrenia (do grego *schizo*=cindido e *phrén*=mente). Na conceção de Bleuler, os doentes poderiam apresentar melhorias sustentáveis ao longo do tempo, sendo que o sintoma que se revestia de maior importância era a fragmentação na formulação e expressão do pensamento, o denominado “afrouxamento de associações”. Para tal, identificou aqueles que hoje consideramos os 4 “As” Bleurianos: associações (fragmentadas) no processo do pensamento, ambivalência (resposta emocional fragmentada), autismo e afetos embotados.

Em 1913, Karl Jaspers publica o livro *Allgemeine Psychopathologie* onde define pela primeira vez os critérios principais para que uma crença seja considerada delirante:

- Certeza (mantida com absoluta convicção)
- Incorrigibilidade (não passível de mudança por força de contra-argumentação ou prova em contrário)
- Impossibilidade ou falsidade do conteúdo (implausível, bizarro ou patentemente inverídico)

O modelo conradiano relativamente ao desenvolvimento da Esquizofrenia apresentou-se como disruptivo à época, dado que conceptualiza esta patologia como um *continuum*. Segundo Frank Fish, proeminente psiquiatra na área de psicopatologia, num artigo de opinião escrito em 1960, «*this is the first fresh approach to the psychology of schizophrenia for many years. It is extremely stimulating and worthy of careful consideration*».

O desenvolvimento por fases mantém validade atual, baseia-se em causas multifatoriais e permite que o psiquiatra esteja mais alerta para a sintomatologia produtiva, permitindo o tratamento mais precoce.

Conclusões

A obra de Dostoiévski possui descrições de episódios de elação de humor e de sintomas psicóticos numa altura em que a compreensão diagnóstica das perturbações do espectro psicótico era bastante limitada.

A integração das descrições presentes nesta obra no constructo das fases da Esquizofrenia, conceito criado por Klaus Conrad em 1958 com a publicação da obra 'A Esquizofrenia Incipiente – Tentativa de Análise *Gestalt* dos Delírios', ajudam-nos a interpretar as ações e pensamentos da personagem principal, a qual termina internado num serviço de Psiquiatria.

Bibliografia

1. Dostoiévski, F. (2017). *O Duplo*. Relógio D'Água.
2. Telles Correia, D. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. (1.^a ed). Lidel.
3. Oyeboode, F. (2018). *Sims' Symptoms in the Mind*. (6.^a ed). Elsevier.
4. Berrios, G. (2010). *History of Mental Symptoms*. Cambridge. Cambridge University Press.
5. Fish, F. (1960). *Die Beginnende Schizophrenie by K. Conrad*, Georg Thieme, Stuttgart, 1958. *Journal of Mental Science*, 106(445), 1595-1598.
6. Mishara, A. L. (2010). Klaus Conrad (1905-1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 9-13.
7. Mota Cardoso, C. (2005). *O mundo esquizofrénico visto por Klaus Conrad*. *Psilogos*, 2(1), 57-72.
8. Borja Santos, M., Amorim Rodrigues, V. (1991). *Esquizofrenia – Perspectiva de Conrad*. Notas Didáticas – V Seminário de Psicologia e Psicopatologia Clínica ISPA.
9. Zambaldi, C. F. (2017). Psicopatologia em *O duplo* de Dostoiévski, *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 20(3), 595-604.

O Bom, o Mau e o Vilão – Uma Visão Cinematográfica da Psiquiatria

Rita Machado Lopes, André Ferreira Silva, Francisco Martins Costa

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.

E-mails: rita.lopes@chmt.min-saude.pt, andre.silva@chmt.min-saude.pt, francisco.costa@chmt.min-saude.pt

Resumo

Desde cedo que a indústria cinematográfica demonstrou interesse pela psiquiatria. Tal pode ser compreendido pelo paralelismo entre a história do cinema e da psiquiatria.

São vários os estereótipos sobre doença mental e psiquiatria representados no cinema. O primeiro psiquiatra chegou aos filmes de *Hollywood* em 1906 e esta personagem foi variando drasticamente, destacando-se três grandes representações: *Dr. Dippy*, *Dr. Wonderfull* e *Dr. Evil*. Outro exemplo são as diversas representações negativas de doentes mentais que contribuem para o estigma à sua volta.

Nas últimas décadas tem sido constatado um crescimento exponencial das indústrias cinematográficas a nível mundial. Mais recentemente, assiste-se ao apogeu das plataformas de *streaming*. Concomitantemente, filmes sobre doença mental proliferam, indicando um aumento substancial do interesse do público.

Este trabalho pretende demonstrar como o cinema influencia a perceção acerca da loucura e doença mental sob várias perspetivas culturais e o papel dos profissionais no combate ao estigma.

Palavras-chave: cinema, doença mental, loucura, psiquiatria

Abstract

Since early on, the film industry showed an interest in psychiatry. This can be understood through the parallelism between the history of cinema and psychiatry.

There are several stereotypes about mental illness and psychiatry represented in cinema. The first psychiatrist arrived in Hollywood films in 1906, and this character varied drastically, with three major representations standing out: *Dr. Dippy*, *Dr. Wonderful* and *Dr. Evil*. Another example is the multiple negative representations of mentally ill individuals that contribute to the stigma surrounding them.

In the last few decades, there has been an exponential growth of the film industry worldwide. More recently, we have witnessed the rise of streaming platforms. At the same time, movies about mental illness are proliferating, indicating a substantial increase in public interest.

This work aims to demonstrate how cinema influences perceptions of madness and mental illness from various cultural perspectives, and the role of professionals in combating stigma.

Keywords: cinema, mental illness, madness, psychiatry

Introdução

Desde cedo que a indústria cinematográfica demonstrou interesse pela psiquiatria. Tal pode ser compreendido pelo paralelismo entre a história de ambos (*Hylér*, 1988; *Rosen*, 1997). Inicialmente, na era do cinema mudo, esta relação era marcada pela dificuldade em retratar a “cura pela fala”. Posteriormente, passou por um período de latência (1920-1930), onde o interesse cinematográfico pela psiquiatria pareceu diminuir. No entanto, no período pós-Guerra, constatou-se a popularização da psicanálise, bem como a ascensão dos filmes sonorizados, e assim gerou-se um *boom* de filmes de temática psiquiátrica. Mais tarde, no chamado período contemporâneo (a partir de 1980), a corrente biológica ganhou força em relação à psicanalítica, sendo possível assistir a uma interpretação cinematográfica sobretudo metafórica da loucura (*Schneider*, 1977).

Atualmente, os filmes sobre doença mental continuam a proliferar e a cativar o público, sendo importante compreender de que forma o cinema influencia a perceção acerca da doença mental, assim como qual o papel dos profissionais no combate ao estigma.

O Cinema e o Doente Mental

A representação de doentes mentais no cinema tem uma grande influência na visão das pessoas relativamente à sua condição e tratamento. Existem inúmeros estereótipos, moldados consoante a época, que contribuem para a estigmatização destes indivíduos (Hylér, 1988; 1991). Tendo em conta que o lucro é o objetivo primordial do negócio cinematográfico, este facto pode explicar a existência de representações imprecisas do doente mental no cinema, com o intuito de satisfazer os interesses do público e dos consumidores (Byrne, 2009).

Destacam-se algumas representações estereotipadas de doentes mentais, como por exemplo o papel da doente sedutora (*the seductress*), caracterizada pela imagem de uma mulher com um comportamento dramaticamente sedutor, associado a traços da personalidade histriónicos ou impulsivos, ou até descrita como histérica (Hylér, 1991), presente em filmes como *Spellbound* (1945), *Freud* (1962) ou *Dressed to Kill* (1980); o psicopata assassino (*psychokiller*), imortalizado através da personagem *Norman Bates* do filme *Psycho* (1960) de *Hitchcock*, que teve um impacto brutal sobre a imagem do doente mental na cultura ocidental (Welch, 1999); o louco, encarado como sendo sinónimo de espírito livre, rebeldia, insensatez, estranheza ou excentricidade, visto em filmes *Frances* (1982) ou *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975); ou o papel de genialidade incompreendida, retratado em filmes como *A Beautiful Mind* (2001) e, mais recentemente, *Joker* (2019).

Por outro lado, destacam-se também representações que relatam, de forma mais precisa e menos estigmatizante, a realidade de muitos doentes que padecem de perturbações psiquiátricas bastante frequentes no mundo real, sejam elas de forma mais metafórica ou literal. Este é o caso de *Girl, Interrupted* (1999), no qual a protagonista se encontra internada num Hospital Psiquiátrico por uma perturbação *borderline* da personalidade associada a sintomatologia depressiva; *The Aviator* (2004), um filme biográfico sobre o piloto *Howard Hughes*, onde são dadas pistas sobre a possível etiopatogenia da perturbação obsessivo-compulsiva do protagonista; *Melancholia* (2011), que retrata metaforicamente aquilo que será a realidade percecionada por uma pessoa com uma perturbação depressiva major; *The Father* (2020), que mostra a progressão da perturbação neurocognitiva major e o impacto que esta tem não só no próprio indivíduo, como também na sua família e conviventes; e finalmente um filme distribuído por uma plataforma de *streaming* mundial, *To the Bone* (2017), onde é dada a conhecer a perspetiva de quem que padece de uma perturbação do comportamento alimentar, no caso da protagonista, de anorexia nervosa.

O Cinema e o Psiquiatra

Segundo *Schneider*, o cinema criou uma falsa imagem do psiquiatra, que no fundo não corresponde à realidade (*Schneider*, 1987). Este autor considera assim 3 tipos de representação cinematográfica do psiquiatra:

- **Doctor Dippy:** que foi de facto o primeiro psiquiatra do cinema, fazendo sua estreia em 1906 em *Dr. Dippy's Sanitarium*. Este é um psiquiatra cómico, louco e absurdo, que apesar de carecer de bom senso, acaba por ser inofensivo para os doentes;
- **Doctor Wonderful:** um médico altruísta, afável e modesto. Mostra-se disponível a qualquer hora e em qualquer lugar, utilizando por vezes métodos pouco ortodoxos para auxiliar os seus doentes, sendo o caso de *Doctor Berger* em *Ordinary People* (1980) ou *Doctor Benjamin* em *Lovesick* (1983). De realçar que este tipo de psiquiatra não existia antes das décadas de 1930-40, uma vez que anteriormente não havia experiência real com a psiquiatria, para além de não ser possível representar a “cura da palavra” em filmes mudos;
- **Doctor Evil:** o psiquiatra louco, apelidado de *Frankenstein* da mente, típico dos filmes de terror. Faz uso da sua profissão para realizar atos maliciosos, como a medicalização excessiva, os tratamentos coercivos ou a experimentação, utilizando os outros para atingir os seus objetivos ou com o intuito de espalhar o mal pelo mundo. O grande exemplo deste psiquiatra, é o *Doctor Hannibal Lecter* em *The Silence of the Lambs* (1991).

No fundo, estes papéis têm um impacto importante no público, contribuindo para que este molde a sua visão acerca dos psiquiatras, seja pela sua marginalização, veneração ou demonização, respetivamente (*Walter*, 1989; *Rosen*, 1997).

O Cinema e o Tratamento da Psique

Alguns dos tratamentos mais popularizados pelo cinema foram a eletroconvulsivoterapia, as lobotomias e a hipnose, para além de práticas como a medicalização, institucionalização com recurso a tratamentos coersivos ou a

experimentação. Apesar de, historicamente, a prática de lobotomias e eletrochoques ter atingido o seu apogeu na década de 1940, nessa época, *Hollywood* concentrava-se quase exclusivamente em filmes que retratavam terapias da fala e de repressão psicosssexual. Mais tarde, estas práticas foram recuperadas pela indústria cinematográfica, tornando-se numa temática extremamente popular, salientando-se o filme *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975), o qual contribuiu para o descrédito da eletroconvulsivoterapia durante este período (Skull, 2014).

O Cinema e a Doença Mental

Nas últimas décadas tem sido constatado um crescimento global das indústrias cinematográficas a nível mundial. Mais recentemente, assiste-se ao apogeu das plataformas de *streaming*. Concomitantemente, filmes sobre doença mental proliferam (Schneider, 1977; Hylar, 1988; Anderson, 2003; Kamal, 2020).

No caso particular da indústria cinematográfica nigeriana, mais recentemente tem apresentado uma evolução exponencial, motivada pela facilidade de produção e distribuição dos filmes. Segundo um artigo de Atilola *et al.*, no cinema nigeriano, a representação de doença mental é comum, especialmente sob a forma de feitiçaria e o tipo de tratamento mais reportado é a cura espiritual ou mágica por curandeiros ou sacerdotes, desfasando-se bastante daquilo que acontece na realidade. Os autores consideram que devia ser aproveitada a popularidade desta indústria para aumentar a literacia da população em saúde mental (Atilola, 2011).

Num estudo recente, foram avaliados filmes sobre doença mental em termos de sucesso da crítica e financeiro desde 1977 (Kamal, 2020). O autor concluiu que os filmes sobre doença mental representam 17.2% dos galardoados pela Academia e 15.7% das nomeações. O tema mais representado nestes filmes foi o suicídio. Estas informações corroboram o facto de existir um interesse tanto da parte da indústria como do público na temática da doença mental.

Paralelamente, vários estudos têm considerado a utilização do cinema na formação médica, especificamente na área da saúde mental (Byrne, 2009). No caso de Datta, o autor estudou o impacto do uso de filmes sobre doença mental na formação de estudantes de Medicina da *King's College London*. Os estudantes melhoraram o seu conhecimento acerca de temas da psiquiatria e da história da psiquiatria (Datta, 2009). Noutro estudo, os autores reuniram um *top 10* entre 503 filmes avaliados, de acordo com as patologias psiquiátricas mais comuns, segundo o *Global Burden of Disease 2010* (Wilson *et al.*, 2014). Neste caso, foram selecionados filmes que combinassem um potencial entretenimento com um conteúdo rico em termos de doença mental. Desta forma, o *top 10* final foi o seguinte:

- Perturbações afetivas – *Ordinary People* (1980) e *Silver Linings Playbook* (2012);
- Perturbação do uso de substâncias – *Trainspotting* (1996), *Winter's Bone* (2010), *Rachel Getting Married* (2008) e *Half Nelson* (2006);
- Perturbação do uso de álcool – *Another Year* (2010) e *Passion Fish* (1992);
- Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas – *The Devil and Daniel Johnston* (2006) e *An Angel at My table* (1990).

Por fim, Rosen contrapõe os principais efeitos negativos e positivos das representações cinematográficas da doença mental e psiquiatria (Rosen, 1997).

Potenciais efeitos negativos:

- Posição discriminatória da comunidade em relação aos indivíduos com doença mental;
- Estigma em relação aos doentes, familiares e profissionais de saúde mental;
- Fraca adesão dos doentes à procura de ajuda psiquiátrica e ao tratamento;
- Falhas no encaminhamento ou contacto por parte de outras especialidades;
- Dificuldade no recrutamento e retenção de profissionais de qualidade para trabalhar com doentes mentais graves;
- Resistência ao financiamento da investigação científica.

Potenciais efeitos positivos:

- Consciencializar o público para as questões da doença mental;
- Informar sobre a doença mental e as realidades, complexidades e abusos de tratamentos e instituições;
- Promover a reflexão do público sobre estereótipos de doença mental e a superação de preconceitos;
- Incentivar o acesso das pessoas a serviços de saúde mental apropriados e a fazer escolhas criteriosas entre terapias.

Deste modo, interessa ainda ter em conta algumas estratégias que os profissionais de saúde mental podem utilizar de forma a influenciar positivamente as representações cinematográficas da doença mental e psiquiatria (Rosen, 1997; Anderson, 2003):

- Contactar diretamente com os cineastas e fornecer consultoria;
- Promover o reconhecimento de representações autênticas que retratam com precisão indivíduos com doença mental e o seu respetivo tratamento;
- Participação em ações de sensibilização comunitárias;
- Incentivar o testemunho de atores ou celebridades com experiências de doença mental e tratamento;
- Integrar grupos multidisciplinares, compostos por doentes mentais, familiares e profissionais dos meios de comunicação social, para estudar e combater os efeitos nocivos das imagens negativas dos média e do estigma social;
- Incentivar os espectadores a monitorar e a responder vigor.

Conclusões

Em suma, o cinema e a psiquiatria cresceram paralelamente, compartilhando uma preocupação comum pelo comportamento humano, muitas vezes em circunstâncias de grande pressão. Portanto, é compreensível que os filmes influenciem de forma significativa a perceção do público em relação aos doentes e aos profissionais de saúde mental.

Os estereótipos vistos nos filmes ao longo do tempo contribuem para a estigmatização dos doentes mentais. Importa ressaltar que a própria indústria cinematográfica favorece a perpetuação do estigma, através de representações imprecisas e inadequadas, tendo em conta que o seu objetivo principal é o entretenimento (e o lucro consequente) e não a educação.

Os profissionais de saúde mental podem ajudar a combater o estigma, promovendo uma representação fidedigna da psiquiatria no cinema.

Bibliografia

- Anderson, M. (2003). 'One flew over the psychiatric unit': mental illness and the media. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(3), 297-306.
- Atilola, O., & Olayiwola, F. (2012). The Nigerian home video boom: Should Nigerian psychiatrists be worried? Lessons from content review and views of community dwellers. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 470-476.
- Byrne, P. (2009). Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). *Advances in psychiatric treatment*, 15(4), 286-296.
- Datta, V. (2009). Madness and the movies: an undergraduate module for medical students. *International Review of Psychiatry*, 21(3), 261-266.
- Hyler, S. E. (1988). DSM-III at the cinema: Madness in the movies. *Comprehensive psychiatry*, 29(2), 195-206.
- Hyler, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Psychiatric Services*, 42(10), 1044-1048.
- Kamal, S., El-Gabalawy, O., Zhao, N., & MacLeod, J. (2020). Depiction of Mental Illness in Film and Association with Financial and Critical Success. *medRxiv*.
- Rosen, A., & Walter, G. (1997). From shunned to shining: doctors, madness and psychiatry in Australian and New Zealand cinema. *The Medical Journal of Australia*, 167(11), 640-644.
- Schneider, I. (1977). Images of the mind: psychiatry in the commercial film. *The American Journal of Psychiatry*.
- Schneider, I. (1987). The theory and practice of movie psychiatry. *American journal of psychiatry*, 144(8), 996-1002.
- Scull, A. (2014). Some reflections on madness and culture in the post-war world. *History of Psychiatry*, 25(4), 395-403.
- Walter, G. (1989). The stereotype of the mad psychiatrist. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23(4), 547-554.
- Welch, M., & Racine, T. (1999). A psycho for every generation. *Nursing Inquiry*, 6(3), 216-219.
- Wilson, N., Heath, D., Heath, T., Gallagher, P., & Huthwaite, M. (2014). Madness at the movies: prioritised movies for self-directed learning by medical students. *Australasian Psychiatry*, 22(5), 450-453.

American Psycho – Superficialidade Decadente

Liliana Gomes, Emanuel Santos

Hospital de Magalhães Lemos

E-mail: liliana.carmo@hotmail.com, emanuelsantos@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

Bret Easton Ellis publicou em 1991 o livro *American Psycho*, posteriormente adaptado ao cinema em 2000 por Mary Harron, e protagonizado por Christian Bale. Nesta obra, que se desenrola na cidade de Nova Iorque no final dos anos 80, podemos acompanhar Patrick Bateman, um banqueiro de Wall Street, e a sua vida recheada de luxo e vazio existencial. Tudo nesta personagem transpira disfuncionalidade. Podemos destacar o seu complexo ritual de cuidados de beleza, a forma como descreve outras personagens baseando-se unicamente no seu aspeto físico e marca da roupa que usam, ausência marcante de empatia, comportamentos sexuais macabros, e assassinatos violentos (ou será que não?). Neste capítulo, pretende-se fazer uma análise desta personagem com enfoque na nosologia psiquiátrica, tendo em conta as óbvias limitações decorrentes do diagnóstico de personagens fictícias. Pretendemos também fazer uma crítica à sociedade na qual esta personagem se insere, contextualizando esta obra no tempo e espaço.

Palavras-chave: American Psycho, diagnóstico psiquiátrico, empatia, narcisismo, psicopata

Abstract

Bret Easton Ellis published the book *American Psycho* in 1991, later adapted to the cinema in 2000 by Mary Harron, and starring Christian Bale. In this work, set in New York city in the late 1980s, we can follow Patrick Bateman, a Wall Street banker, and his life filled with luxury and existential emptiness. Everything about this character exudes dysfunctionality. We can highlight his complex beauty care ritual, the way he describes other characters based solely on their physical appearance and the brand of clothing they wear, lack of empathy, macabre sexual behaviour, and violent murders (or maybe not?). In this chapter, we intend to analyse this character with a focus on psychiatric nosology, taking into account the obvious limitations arising from the diagnosis of fictional characters. We also intend to criticize the society in which this character is integrated, contextualizing this work in time and space.

Keywords: American Psycho, psychiatric diagnosis, empathy, narcissism, psychopath

Introdução

A obra *American Psycho*, com versão em livro e filme, foi uma autêntica pedra no charco na sociedade americana (e também a nível mundial), tendo gerado tanto sucesso como polémica (Cabral, 2015). A personagem principal, Patrick Bateman, tem sido analisada segundo variadíssimas perspetivas, incluindo psicológicas e psiquiátricas. Neste capítulo, pretende-se fazer uma 1) contextualização breve sobre esta obra, 2) um resumo da narrativa, 3) uma análise da personagem principal, com enfoque na nosologia psiquiátrica, 4) abordar o contexto onde se insere esta personagem e 5) destacar a importância desta obra para a Psiquiatria. Essa análise será feita através de uma revisão de bibliografia existente sobre o tema, incluindo também reflexões pessoais dos autores.

Contextualização da Obra *American Psycho*

Bret Easton Ellis é um escritor norte-americano nascido em 1964 que publicou em 1991 o seu *magnum opus*, o livro *American Psycho*, ou *Psicopata Americano*, em Português (Ellis, 1991). Mesmo antes de o livro ser publicado, alguns trechos já estavam a circular entre o público e a crítica literária, o que levou à criação de movimentos contra a publicação do livro. Como frequentemente acontece, tal ainda aumentou a expectativa do público em relação a esta obra. Posteriormente, devido ao sucesso e especialmente polémica (Cabral, 2015) relacionada com o livro, a obra

foi adaptada ao cinema em 2000 por Mary Harron, tendo o filme sido protagonizado por Christian Bale (Harron, 2000), também com críticas polarizadas (Cabral, 2015).

***American Psycho* – Resumo da Obra**

Nesta secção, será efetuado um curto resumo da obra, que permita, para os leitores que não leram o livro ou viram o filme, melhor compreenderem a análise subsequente da personagem principal (Ellis, 1991; Harron, 2000).

Portanto, a obra *American Psycho* desenrola-se na cidade de Nova Iorque, no final dos anos 80. Grande parte das personagens pertencem ao rótulo de *yuppies*, isto é, *Young Urban Professionals*, uma população entre os 20 e 40 anos, acima da média financeiramente e que vivem e trabalham em grandes cidades. Exceto durante um capítulo, o livro é narrado pela personagem principal, na primeira pessoa e, no filme, esta personagem faz monólogos interiores frequentes. Essa personagem é Patrick Bateman (PB), um homem atraente de 27 anos, formado em Harvard, que trabalha como vice-presidente em Wall Street, na Pierce & Pierce, emprega dirigida pelo pai. No entanto, ao longo da história não vemos nem a personagem principal nem os seus colegas fazerem qualquer tipo de trabalho. Na verdade, praticamente todo o dia de PB é dedicado a lazer e cuidados pessoais. A sua rotina começa com exercício físico vigoroso, seguida de cuidados de beleza que envolvem dezenas de cremes e loções da maior qualidade. Posteriormente vai para o ginásio e depois escritório. No trabalho, passa parte do tempo a fazer desenhos, criticar a roupa da sua secretária, ouvir música e a tentar reservar mesa nos melhores restaurantes da cidade. No entanto, muitas vezes nem está no escritório, mas a conviver com colegas de trabalho. As suas descrições das personagens focam-se apenas em aspetos superficiais, como a marca de roupa e acessórios de luxo que usam e adequação do aspeto físico ao *standard* de beleza defendido pela última moda. É especialmente descritivo quanto às mulheres, sendo incapaz de lhes atribuir qualquer qualidade, exceto bom gosto para se vestir e boa aparência.

Os seus colegas de trabalho, com quem está muito frequentemente, nem podem ser chamados de amigos, pois todas as conversas são de circunstância, entre ridicularizar homossexuais, comentar mulheres e a impossibilidade de terem uma boa personalidade e mostrar revolta com a injustiça do mundo enquanto gastam centenas de dólares numa refeição. Aliás, essas personagens são todas tão parecidas que eles próprios se confundem uns com os outros. Depois do jantar, frequentemente vai sair à noite com os colegas para os *clubs* mais exclusivos, onde consome cocaína com frequência. Em termos de relações amorosas, tem uma noiva de quem não gosta, aliás não suporta sequer. A noiva trai-o, mas ele não se importa porque também a está a traír com uma outra mulher.

PB mostra ao longo da história uma grande inveja por qualquer aspeto no qual seja inferior aos outros. Na fase inicial do filme, a inveja de PB por Paul Allen, ligeiramente mais bem-sucedido que ele, é muito evidente. Tanto é que, após uma cena em que percebe que o seu cartão de apresentação é mais fraco que o dele, os atos de PB começam a adquirir contornos ainda mais sinistros. Pouco depois, assassina um sem abrigo e o seu cão. Posteriormente, através de um plano meticuloso, assassina Paul Allen com um machado e depois manipula as evidências de forma a que pareça que ele foi para Londres. Nos meses seguintes, entra numa espiral de práticas sexuais violentas, com prostitutas ou outras mulheres que intoxica de substâncias ilícitas sem o seu consentimento para que façam tudo o que ele pretende. Entretanto, escala ainda mais nos seus comportamentos, assassinando várias pessoas, entre homens e mulheres. No entanto, a forma como mata as mulheres é especialmente perturbadora, pois muitas vezes envolve tortura e mesmo canibalismo. Durante essas cenas faz monólogos frequentes sobre música, mas os seus comentários são vazios de sentimento, sendo diretamente tirados de frases de críticas especializadas. Muitas vezes filma os seus crimes para rever e, mesmo durante a atividade sexual, olha-se ao espelho para constatar o quão bonito está. Tudo isto é relatado no livro com elevadíssimo pormenor. Muitos dos assassinatos são efetuados no apartamento de Paul Allen.

Entretanto a personagem vai ficando cada vez mais alienada e distanciada da realidade. Numa cena especialmente fantasiosa, PB tenta alimentar um máquina multibanco com um gato e assassina várias pessoas, incluindo polícias, explodindo um carro apenas com um tiro. Perseguido por um helicóptero, entra no escritório e liga ao seu advogado, confessando os seus crimes.

No dia seguinte, PB está visivelmente abalado. Vai ao apartamento de Paul Allen, encontrando-o remodelado e para venda, sem cadáveres. A vendedora do imóvel expulsa-o do apartamento, dizendo-lhe para nunca mais voltar. Posteriormente vai encontrar-se novamente com os seus colegas, visivelmente transtornado. Fala ainda pessoalmente com o seu advogado, reiterando a sua culpabilidade pelos crimes. Inicialmente o advogado confunde-o com outra pessoa e considera a mensagem uma piada, mas com uma falha pois “*O Bateman é tão cretino, tão chato e cobarde*”. Após PB insistir, o advogado refere que Paul Allen não morreu pois jantou com ele duas vezes em Londres

recentemente. Entretanto, a secretária de PB encontra na sua agenda inúmeros desenhos de pessoas a serem torturadas. A história termina sem qualquer castigo para PB (Ellis, 1991; Harron, 2000).

Análise de Patrick Bateman

Pelo que é possível constatar pelo resumo acima, PB é uma personagem extremamente disfuncional, sendo muito difícil encontrar nele aspetos positivos, exceto a beleza exterior e prováveis boas capacidades cognitivas. Trata-se de um indivíduo sem qualquer empatia, cujos únicos afetos capazes de manifestar são ódio, nojo, inveja e medo de ser apanhado ou de ser considerado inferior aos outros em termos de estatuto. O seu comportamento é pautado por uma impulsividade marcada, sentindo excitação sobretudo em situações que envolvem a humilhação, subjugação e sofrimento do outro. Na verdade, uma pessoa tão limitada em termos afetivos não seria capaz de estabelecer relacionamentos com os outros para além das aparências. Os seus contactos sociais, avaliações das outras pessoas e até gostos musicais são superficiais e destituídos de individualidade. Tamanha é a gravidade dos seus atos que em certa altura acaba por perder o contacto com a realidade. No entanto, grande parte das pessoas com quem contacta são semelhantes a ele, tanto que até se confundem uns com os outros (Cabral, 2015).

Perturbação de Personalidade

Em termos de nosologia psiquiátrica, os autores basear-se-ão essencialmente no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM), 5.^a Edição, publicado em 2013. No entanto, é necessário ter em conta que estamos a diagnosticar uma personagem fictícia, criada por um autor sem formação em saúde mental. Por isso, este exercício, se conceptualmente útil e interessante, não deixa de ser teórico. Se tivermos em conta a rígida atribuição de um diagnóstico de acordo com a presença de critérios, esta personagem cumpre critérios para variadíssimas perturbações. No entanto, o mais óbvio é que esta personagem sofre de uma perturbação de personalidade. Consegue-se chegar a esta conclusão através da observação das atitudes da personagem ao longo da história, em múltiplos contextos, e também da sua perspetiva dos acontecimentos, por se tratar de uma narração na primeira pessoa. Tem um padrão de comportamentos extremamente desviante que é estável ao longo da história, apesar de ir agravando de intensidade. Essa disfunção abrange várias áreas do funcionamento, do trabalho, às relações de amizade, afetivas e sexuais (APA, 2013; IvyPanda, 2022). Quanto a diagnósticos específicos, consideramos interessante atribuir vários rótulos a PB, à semelhança do que ele faz a todos à sua volta.

O Narcísico

Começamos por um dos rótulos mais evidentes ao longo de toda a história – o narcísico. Ao longo de toda a narrativa constata-se o quão PB está insuflado de si mesmo e da sua importância e valor (IvyPanda, 2022). Segundo a DSM-5, a perturbação de personalidade narcísica envolve um padrão persistente de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia. Esse padrão caracteriza-se pela presença de ≥ 5 dos seguintes 9 critérios (APA, 2013):

- Uma sensação exagerada e infundada da sua própria importância e talentos (grandiosidade);
- Preocupação com fantasias de realizações ilimitadas, influência, poder, inteligência, beleza ou amor perfeito;
- Convicção de que é especial e único e deve associar-se apenas com pessoas do mais alto calibre;
- Necessidade de ser incondicionalmente admirado;
- Sentir que possui direitos especiais, superiores aos demais;
- Exploração dos outros para alcançar objetivos próprios;
- Falta de empatia;
- Inveja dos outros e convicção de que outros o invejam;
- Arrogância e altivez.

Neste caso em particular, todos os critérios se aplicam a esta personagem. Nesta perturbação de personalidade, ocorre simultaneamente a ideia da sua própria grandiosidade em relação aos outros e o medo de não ser aceite ou rejeitado por essas mesmas pessoas que aparentemente despreza (Cabral, 2015; Tylim, 2001). Assim, PB sente-se na mó de cima, mas luta desesperadamente para não descer na “cadeia alimentar”, parecendo ter sempre algo a provar, como a necessidade de ter o melhor apartamento, a melhor roupa, a mulher mais atraente, a droga de maior qualidade (Cabral, 2015).

O Antissocial

Outro rótulo que podemos atribuir a PB é o de antissocial ou mesmo psicopata. O diagnóstico de Psicopatia não existe nos manuais de classificação, mas pode ser conceptualizado, de forma simples, como uma forma grave de comportamento antissocial (Cabral, 2015; IvyPanda, 2022; Permata, 2019). No geral, todos os psicopatas são antissociais, mas nem todos os antissociais são psicopatas. Para o diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial, de acordo com a DSM-5, deve estar presente um padrão de desprezo persistente pelos direitos dos outros. Esse padrão caracteriza-se pela presença de ≥ 3 dos seguintes 7 critérios (APA, 2013):

- Desrespeitar a lei, indicado por atos repetidamente cometidos que são motivo de detenção;
- Enganar os outros, indicado por mentiras repetidas, uso de pseudónimos ou ludibriar os outros por ganho pessoal ou prazer;
- Agir impulsivamente ou não planear com antecedência;
- Facilmente fica irritável ou agressivo, indicado por conflitos físicos constantes ou agressões;
- De forma imprudente desprezam sua segurança ou a segurança dos outros;
- Agem consistentemente de forma irresponsável, como demitir-se de um emprego sem planos para outro ou não pagar contas;
- Não sentem remorsos, indicado pela indiferença ou racionalização da agressão ou maus-tratos aos outros.

Mais uma vez, PB cumpre os critérios para esta perturbação de personalidade de acordo com o DSM-5. No entanto, só estão presentes com toda a certeza 5 dos 7 itens. O primeiro critério não se verifica porque, apesar de desprezar frequentemente a lei, PB nunca é punido pelos seus atos pelo seu elevado estatuto na sociedade. Quanto ao item 6, não se evidenciam comportamentos irrefletidos que permitam cumprir esses critérios, porque apesar de tudo PB faz tudo o que pode para manter a “fachada”, apesar dos seus crimes hediondos.

O Sádico

A forma como alguns crimes são cometidos, especialmente os dirigidos a mulheres, fazem considerar um outro rótulo a atribuir a esta personagem: o sádico.

O sadismo sexual inclui-se no grupo das dos transtornos parafílicos, isto é, um grupo de patologias que se caracterizam pelo interesse sexual intenso e persistente não dirigido à estimulação genital ou carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentem fenótipo normal e maturidade física. Para ser considerado doença, deve ter impacto no funcionamento e/ou incluir parceiros que não consentam na atividade. No caso do sadismo sexual, caracteriza-se por excitação sexual recorrente e intensa resultante de sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, conforme manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos (APA, 2013). Neste caso em particular, verifica-se este diagnóstico de forma evidente. O sadismo é tal que por vezes, ao longo da obra, a atividade sexual culmina em homicídio (Cabral, 2015).

O Psicótico / Dissociado

Outros rótulos que poderíamos atribuir a esta personagem é o de psicótico ou dissociado. No entanto, estes rótulos levantam algumas dúvidas. Dada a forma ambígua como termina a obra, há autores que defendem todos os crimes acontecerem apenas na imaginação da personagem. Nesse caso, em certas alturas da história (por exemplo, enquanto fazia desenhos grotescos na sua agenda), PB dissociava, julgando estar a viver a realidade que representava nos seus desenhos. Tal corresponderia a um agir nessa fantasia, cedendo aos seus impulsos destrutivos, mas apenas na imaginação e não na prática (Tylim, 2001). Os autores não concordam com essa visão, por vários motivos: 1) o facto de PB ter ido ao apartamento onde colocou os cadáveres e estar tudo limpo não implica que ele não tenha cometido os crimes, até porque a consultora imobiliária trata-o de uma forma peculiar, exigindo que não volte mais; 2) numa cena do filme vemos uma mulher que eventualmente foi assassinada, e à medida que a vamos acompanhando, ela vai reagindo com horror aos corpos que encontra em várias divisões, enquanto PB a persegue; 3) a conversa com o advogado no final do filme também não implica que tudo seja uma fantasia, pois na verdade ao longo do filme as personagens estão constantemente a confundir-se umas com as outras; e 4) tal iria diminuir o impacto da mensagem que a obra pretende transmitir, que é a de que algumas pessoas estão simplesmente acima da lei e tudo o que fazem é escondido e protegido. Mesmo quando PB quer confessar, tal não lhe é permitido, tamanha é a negação presente no meio em que vive. No entanto, há um episódio na obra com uma duração de

várias horas, mais no final, que é manifestamente psicótico, no qual acontecem fenómenos bizarros, como explodir um carro com um tiro e uma máquina multibanco pedir para a alimentar com um gato. Para além disso, tudo decorre numa zona pública, em plena rua, por isso seria impossível passar despercebido (Cabral, 2015). No entanto, não é necessário ter uma perturbação psicótica para ter fenómenos deste tipo, de curta duração. Em alturas de maior ansiedade e pressão, tal pode suceder, pois quando esta cena acontece o receio de PB ser apanhado começa a tomar conta da personagem.

O Maligno

Temos, portanto, uma única personagem com vários diagnósticos. No entanto, podemos simplificar e diagnosticar PB com um narcisismo maligno. Este diagnóstico não aparece nos manuais de classificação, mas de facto é o que se enquadra melhor nesta personagem. Este diagnóstico foi conceptualizado por Otto Kernberg, um psicanalista pioneiro no diagnóstico e tratamento de perturbações de personalidade, mas que não aparece nos manuais de classificação. No entanto, de facto é o que se enquadra melhor nesta personagem. Trata-se de uma perturbação de personalidade narcísica extremamente grave, associadas a sadismo e características antissociais marcadas e episódios psicóticos breves (Goldner-Vukov, 2010; Tylim, 2021).

Contexto Social

Na verdade, apesar das duas falhas, PB acaba por ser fruto da sociedade onde vive. PB sempre cresceu como uma pessoa privilegiada. Estudou nas melhores escolas, tem um emprego estável e bem pago e uma vida rodeada de todo o luxo que possa humanamente desejar. Mais do que isso, PB considera que merece tudo isso e muito mais. E não está sozinho, dado que as pessoas com quem convive são semelhantes a ele, não tendo por isso modelos mais adequados que lhe permitam ver o mundo de uma outra forma. Tem uma vida plena de caprichos e desejos cumpridos na hora, sem qualquer limitação, onde as pessoas são apenas outro bem a ser usado, desmanchado, e deitado fora (Cabral, 2015).

Interesse para a Psiquiatria

Os autores consideram que esta obra não tem um interesse apenas lúdico, podendo a sua visualização ser útil para psiquiatras, para objetivos clínicos/de aprendizagem. Apesar de esta ser uma personagem fictícia, há registos de assassinos em série que cometeram crimes semelhantes ou mais graves que os descritos. Consideramos improvável que encontremos ou tenhamos de tratar alguém semelhante a esta personagem ao longo da nossa carreira, mas acreditamos que analisar uma personagem com uma personalidade tão disfuncional ajude a compreender doentes que tenham traços de personalidade do tipo narcísico e antissocial, o que não é raro em contexto clínico. É vendo os extremos que muitas vezes se consegue compreender o espectro de uma forma mais clara. Para além disso, se nalgum momento conseguirmos compreender ou até empatizar em parte com esta personagem, conseguimos fazê-lo com qualquer doente, por isso acaba por ser uma forma de treino.

Conclusões

Neste breve capítulo, teceram-se considerações clínicas acerca da personagem principal da obra *American Psycho*. Consideramos que esta personagem cria uma dissonância no leitor/observador, pois a beleza exterior, que atrai, é apenas uma capa para um interior obscuro, que repele. Apesar de geralmente não ser tão extremo, na prática clínica as aparências por vezes também enganam. Temos a oportunidade única de conhecer os íntimos dos doentes, para o melhor e para o pior e, caso seguissemos em consulta esta personagem, seria impossível ficarmos indiferentes. Fizeram-se considerações diagnósticas, necessariamente teóricas tendo em conta o facto de estarmos a escrever sobre uma personagem fictícia. Esperamos que com este texto tenhamos aguçado a curiosidade para melhor conhecer esta obra. Tendo os autores lido o livro e visto o filme, recomendamos mais o filme. Consideramos que o filme faz a mesma crítica social e deixa a mesma mensagem, de uma forma mais subtil e satírica.

Referências

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5).

- Cabral, L. (2015). *Quatro Faces de um Serial Killer, em American Psycho*. Dissertação.
- Easton Ellis, B. (1991). *American Psycho*, Picador.
- Goldner-Vukov, M., & Moore, L. (2010). Malignant Narcissism: From Fairy Tales to Harsh Reality. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 392-405.
- Harron, M. (2000). *American Psycho* (Filme), Lions Gate Films.
- IvyPanda. Psychological Disorders in “American Psycho” Movie. (2022). <https://ivypanda.com/essays/psychological-disorders-in-american-psycho-movie/>. Monografia.
- Permata, A. (2019). *A Psychoanalysis of Psychopath of Patrick Bateman in Bret Easton Ellis American Psycho*. Monografia.
- Tylim, I. (2001). American Psycho – Malignant Narcissism on the Screen. *Psychoanalytic Psychology*, 18(4), 737-742.

Shutter Island – O Cinema como Veículo para a Empatia

André Ferreira Silva¹, Rita Machado Lopes¹, Marta Abrantes²

¹ Centro Hospitalar do Médio Tejo, ² Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
E-mails: andresilva_96@hotmail.com, ritalopes1113@gmail.com, marta.abrantes2@chlc.min-saude.pt

Resumo

Shutter Island (2010), filme realizado por Martin Scorsese, coloca o espectador na perspetiva de Teddy Daniels (interpretado por Leonardo DiCaprio), um ex-veterano que sofre de Perturbação de Stress Pós-Traumático e Psicose. No decorrer da maior parte do filme somos levados a acreditar que Teddy se encontra num estabelecimento psiquiátrico com o intuito de conduzir uma investigação ao local. Mais tarde compreendemos que tudo isso não passa de uma simulação orquestrada pelos psiquiatras, com o objetivo de tratar as crenças delirantes de Teddy, que é afinal também um paciente.

Os autores propõem-se a uma reflexão crítica desta obra, através de uma análise do seu possível impacto na população geral. Foca-se o potencial do cinema como veículo de empatia para com o doente mental, mas também o papel da Psiquiatria e o estigma que ainda enfrenta, assim como possíveis dilemas éticos.

Palavras-chave: psiquiatria, psicose, cinema, empatia

Abstract

Shutter Island (2010), a film directed by Martin Scorsese, puts the viewer in the perspective of Teddy Daniels (played by Leonardo DiCaprio), a former veteran who suffers from Post-Traumatic Stress Disorder and Psychosis. Throughout most of the film, we are led to believe that Teddy is in a psychiatric institution to conduct an investigation. Later, we understand that this is all a simulation orchestrated by the psychiatrists to treat Teddy's delusional beliefs, as he is also a patient.

The authors propose a critical reflection on this work, through an analysis of its possible impact on the general population. The potential of cinema as a vehicle for empathy towards mentally ill patients is highlighted, as well as the role of psychiatry and the stigma it still faces, and possible ethical dilemmas.

Keywords: psychiatry, psychosis, cinema, empathy

Introdução

Ao longo da história do cinema a representação da doença mental tem sido frequente e diversa. Muitas vezes personagens com doença mental são representados de forma estereotipada e unidimensional, sem profundidade ou complexidade, sendo definidos como perigosos, imprevisíveis e violentos, reflexo pouco sustentado da realidade, mas significado do estigma presente na nossa sociedade. Por outro lado, existem também filmes que desafiam essas representações negativas e estereotipadas, sendo esses os casos em que o cinema emerge como uma ferramenta poderosa para veicular empatia em relação à doença mental.

Este artigo dedicar-se-á a uma análise breve relativamente ao impacto do cinema na veiculação de empatia em relação à doença mental, explorando o conceito de empatia, analisando o filme *Shutter Island* e refletindo de que forma uma obra como esta pode permitir o espetador compreender mais de perto a experiência de uma mente doente.

Eu e o Outro

Como sabemos, o ser humano, enquanto ser social, tem uma necessidade constante de interação com o outro. Nesta interação compreendemos que em cada ser humano reside uma vida interior dificilmente acessível, que se configura ainda mais inacessível quando se trata de um indivíduo com os qual não partilhamos valores, costumes ou experiências. Nesse contexto posicionamo-nos perante o outro, colocando-o em grupos muito específicos com base nas suas semelhanças e diferenças em relação a nós próprios.

A população geral encontra uma particular dificuldade para se colocar no lugar do outro quando este padece de doença mental. Quer pela diferença, quer pela falta de conhecimento, esta atitude conduz à estigmatização e à marginalização destas pessoas. Torna-se assim necessário desenvolver esta capacidade de nos colocarmos na posição do outro de tal forma que nos permita mais facilmente compreendê-lo. Pio Abreu abraça os conhecimentos fornecidos por *Jaspers* e reflete sobre a importância desta capacidade, comumente designada por empatia:

«A compreensão. *Jaspers* desenvolve esta ideia tendo em conta uma pergunta atual: como é possível a intersubjetividade, como é possível entendermos a vida interior uns dos outros, na sua complexidade e subtilidade, na sua génese, na sua diferença e também na sua patologia, seja ela comunicada explicitamente ou não, como se muito tivesse de ser adivinhado, porque encoberto. É neste caminho que ele chega à noção de compreensão, ou “intuição do psíquico adquirida pelo interior do psíquico” [*Jaspers*, 1959:42 e 368-373]. Para compreender, é necessário co-experienciar, actualizar as vivências do outro dentro de nós, na nossa interioridade. [...] Assim, ele necessita de possuir uma vivência interior rica, grande disponibilidade e empatia.»¹

Empatia

Considera-se que o termo empatia deriva da palavra grega *empathia*, *em-* a possibilidade de estar dentro, presente, de partilhar com o outro e viver como o outro o seu *pathos*, isto é, o seu sofrimento, a sua doença, e de ser capaz de compreender os seus sentimentos e pensamentos.

Foi no século XIX que este conceito começou a ser utilizado aproximando-se do seu significado atual, com o filósofo *Robert Visser*, através da palavra alemã *Einfühlung*. Este conceito surgiu no campo da estética com o objetivo de descrever o conhecimento emocional de uma obra de arte a partir do seu interior, através da projeção do próprio na obra. No final desse mesmo século, o filósofo e psicólogo alemão *Theodor Lipps* expandiu este conceito da estética para as relações interpessoais, teorizando que a imitação interna das ações dos outros seria necessária para a compreensão dos seus estados mentais, transferindo também a utilização deste conceito para a psicologia.²

O conceito tem sido utilizado ao longo da história com diversos significados. Atualmente, não existe uma definição consensual do termo empatia na literatura científica. Contudo, para a maioria dos autores, a empatia estabelece-se como um conceito multidimensional constituído necessariamente por uma componente afetiva e uma componente cognitiva, com correlatos neurobiológicos já identificados, como se apresenta na tabela 1.³

	Decety and Jackson (2004)	Ochsner (2003)	Weisz and Zaki (2018)
Componente afetiva	1. Componente emocional que consiste na partilha afetiva;	1. A tendência para ter ou partilhar os sentimentos dos outros;	1. A partilha da experiência (empatia afetiva) envolve o córtex cingulado anterior/médio e a ínsula anterior;
Componente cognitiva	2. Componente cognitiva que envolve a compreensão da perspetiva do outro;	2. A habilidade para compreender cognitivamente esses sentimentos;	2. A teoria da mente (empatia cognitiva) envolve o córtex pré-frontal dorsomedial, a junção temporoparietal e o polo temporal;
Terceira componente	3. Consciência do <i>self</i> e do outro;	3. A tendência para agir pro-socialmente baseando-se nesses sentimentos;	3. A preocupação empática (compaixão) envolve o estriado ventral, a área tegmental ventral, o córtex orbitofrontal medial e o núcleo <i>accumbens</i> .

Tabela 1. Conceptualização da empatia e dos seus vários componentes por vários autores.³

A componente afetiva, traduz-se na resposta afetiva ao estado emocional do outro, numa partilha afetiva entre o eu e o outro. A componente cognitiva, por outro lado, consiste na aptidão mental para, de forma voluntária, adotar ou imaginar a perspetiva subjetiva do outro. Alguns autores relacionam este conceito com a teoria da mente ou mentalização, ou seja, a capacidade de atribuir estados mentais – pensamentos, crenças, emoções – a si mesmo e aos outros, prevendo o seu comportamento. Contudo, um terceiro componente é também descrito, mas de forma menos consistente entre os vários autores. Este implica a capacidade de distinção das emoções que pertencem ao

selfe as que pertencem outro. Esta distinção é conseguida por mecanismos de autorregulação emocional, que permitem a modulação da emoção vicariante, prevenindo respostas aversivas às emoções dos outros. Desta forma, através de uma correta autorregulação emocional, evitando sofrimento desproporcionado neste processo empático, é possível a compaixão ou preocupação empática, caracterizada por uma preocupação que decorre de uma forte motivação para melhorar a situação daquele que sofre.³

Mas a empatia não é uma resposta automática ao sofrimento dos outros, é sensível ao contexto do indivíduo e às suas motivações pessoais. É factual que as pessoas empatizam mais facilmente com membros do seu grupo social. Isso deve-se, por um lado, à vontade de partilhar os estados afetivos positivos dos outros, e por outro, ao efeito fortalecedor dos laços sociais que a empatia possibilita. Também é verdade que o evitar da empatia parece ser resultado dos custos associados ao processo de compaixão. Isto é, temos tendência a ser menos empáticos em situações difíceis de gerir ou que por algum motivo nos prejudiquem.³

Arte e empatia

A arte, enquanto resultado da dimensão emocional do ser humano, pode funcionar como um veículo para a empatia porque nos aproxima do outro, ao apresentar-nos a sua realidade subjetiva. Isto revela-se importante devido à diferença entre conhecimento meramente proposicional e o chamado *know-how*. O primeiro consiste na capacidade de perceber que uma dada proposição é verdadeira ou falsa, por exemplo, podemos saber que é verdade que alguém com uma doença mental sofre. Contudo, sendo este conhecimento somente proposicional, não é suficiente para evocar empatia. Através de formas de arte representacional, como o cinema e a literatura, podemos aceder mais facilmente àquilo que é o conhecimento não proposicional ou *know how*. Este é um tipo de conhecimento fenomenológico, que nos permite aceder pela narrativa a outro ponto de vista que excede o nosso próprio, permitindo o acesso a uma subjetividade que não a nossa, facilitando o processo empático. Assim, através da imaginação e da criatividade podemos ultrapassar a limitação que é o abismo entre nós e o interior do outro. O cinema é um exemplo de uma forma de arte narrativa, que apresenta a possibilidade de, através da imaginação empática, acedermos à perspetiva da vida interna de outrem de uma forma particularmente vívida e rica em detalhes. É pelo habitar da perspetiva do outro, ao vermos o mundo pelos seus olhos, que superamos o exercício frustrado da imaginação do seu mundo interior no abstrato. Desta forma, não temos apenas acesso à descrição de factos, mas acedemos à descrição e exposição detalhada do sentimento dos personagens que se defrontam com determinadas situações.⁴

Com o propósito de ilustrar esta possibilidade, exponho o filme *Shutter Island* como exemplo de uma obra que pode permitir adquirir este tipo de conhecimento fenomenológico que possibilita a empatia.

Shutter Island

O filme *Shutter Island* realizado por *Martin Scorsese*, baseou-se na obra literária homónima da autoria de *Dennis Lehane*. No decorrer da maior parte da história, somos colocados na perspetiva do protagonista *Teddy Daniels*. Tal como ele, acreditamos que é um agente de autoridade americano que tem a missão de investigar o caso de uma doente que fugiu de uma Instituição Psiquiátrica presidiária na ilha *Shutter*. O caso desenrola-se em torno da doente *Rachel Solando*, que desapareceu inexplicavelmente da sua cela e cuja única pista parece ser uma folha de papel com uma pergunta indecifrável. Com o decorrer do filme participamos no delírio do personagem principal, acreditamos com ele que a sua investigação estará a ser prejudicada pelos médicos, funcionários e enfermeiros daquela instituição e com ele vivemos a sua angústia delirante. Numa reviravolta, e em simultâneo com o personagem, descobrimos que, *Teddy Daniels* é, na verdade, o anagrama de *Andrew Laeddis*, o seu verdadeiro nome, e que este se trata de um dos doentes do asilo, que sofre de Perturbação de Stress Pós-Traumático e Psicose. Este quadro seria consequência de vários eventos traumáticos da sua vida, quer enquanto ex-militar da II Guerra Mundial, quer enquanto pai que assistiu à morte dos seus filhos às mãos da sua mulher, também ela identificada pelo seu anagrama “*Rachel Solando*”, chamada na verdade de “*Dolores Chanal*”. O culminar destes traumas teria sido o assassinato da sua esposa, que o doente não seria capaz de reconhecer como ato seu.

A realidade alternativa em que *Teddy* é retratado com outra identidade é uma simulação criada pelo seu psiquiatra que a utiliza com intuito terapêutico, visto que as abordagens utilizadas previamente não tinham funcionado e via-se ficar sem alternativas.

O filme explora temas como a doença mental e a realidade percebida, evidenciando a complexidade das doenças mentais e o desafio de tratá-las adequadamente. É nesta experiência cinematográfica, pelo experienciar partilhado das representações emocionais e situacionais do protagonista, que o espetador se encontra numa posição propícia a tomar como seus, de forma temporária, as crenças, as emoções e os desejos da personagem, através da sua capacidade de imaginação, e é assim que pode compreender verdadeiramente a experiência psicótica do personagem. Esta habilidade de nos fazer questionar a nossa própria percepção da realidade é um exemplo notável de como o cinema pode ser uma poderosa ferramenta para a compreensão da experiência humana.

A possibilidade de experienciar na primeira pessoa a perspetiva do doente psicótico é muito valiosa, contudo, não podemos deixar de compreender que, enquanto obra de ficção, é uma representação incompleta do doente mental e da psiquiatria. Por este motivo, pode induzir algumas expectativas desajustadas nos espectadores. O filme, na década de 50 é preciso na exposição dos procedimentos e ideologias da época, marcados pelo uso da lobotomia, o negro deus *ex machina* da história da psiquiatria, e o início da era dos psicofármacos com a utilização da clorpromazina de forma dissimulada. Não deixa de ser real a prática de atos imorais no tratamento de doentes mentais no passado, contudo, cada vez mais se procura o tratamento humanístico e digno destes doentes, sendo importante a exposição desses factos para que não se crie mais estigma em torno do apoio médico necessário daqueles que estão doentes. Em contrapartida, felizmente é-nos trazida também uma perspetiva positiva do médico principal do protagonista, *Dr. Cawley*, que procura de forma humanista e empática tratar o doente mais grave da instituição com todas as ferramentas terapêuticas que conhece, procurando evitar a lobotomia, reservando-a como tratamento de última linha. Um outro aspeto menos positivo a apontar, como não é raro em filmes que retratam doença mental, é a exposição da violência como uma característica frequente no doente mental, aspeto que está longe de representar a realidade, visto que as pessoas com doença mental não são mais violentas do que a população geral. Ainda assim, o ponto de vista centrado na experiência do doente traz alguma compreensibilidade a alguns comportamentos mais agressivos, já que surgem no seio de severa desconfiança patológica e sentido de auto-preservação, permitindo aos espectadores humanizar o doente.

Assim, parece-me que esta obra é excelente ao trazer compreensibilidade ao olhar do doente, permitindo um cooexperienciar da sua psicose. Contudo, muitos acontecimentos merecem uma explicação que só pode ser conseguida através de uma educação da população a respeito da doença mental. Assim, a visualização isolada do filme torna-se insuficiente para a compreensão do doente mental, revela-se fundamental que estas representações fictícias se acompanhem de informação veiculada por profissionais de saúde.

Psicoeducação como vetor fundamental

A corroborar esta ideia, têm sido desenvolvidos alguns estudos que têm demonstrado a importância da educação da população a respeito da doença mental para que possamos melhorar a qualidade de vida destas pessoas. O aliar desta importante psicoeducação a material audiovisual de entretenimento/arte, tem demonstrado um aumento da eficácia neste trabalho.

Num estudo por *Ritterfeld, U. e Jin, S.-A.* em 2006, foi feita a análise do efeito educacional de uma representação de doença mental numa obra cinematográfica, associada a informação complementar relativa à doença. Concluiu-se que a representação fiel de doença mental, contribui para um aumento do conhecimento acerca da mesma. Verificou-se ainda uma redução marcada de atitudes estigmatizantes, que é apenas conseguida, se aliada à necessária informação pedagógica.⁷

Outro estudo por *Jenny Y.N. Chan et al.* em 2009, avaliou a eficácia da apresentação de material educativo e vídeos na redução do estigma, na mudança de atitudes estigmatizantes e aumento de conhecimento sobre esquizofrenia em alunos do ensino secundário. Os resultados mostraram que adicionar vídeos ilustrativos à informação educacional necessária, pode melhorar significativamente a eficácia de um programa de educação sobre doença mental, mas sobretudo quando o vídeo fosse mostrado após a necessária educação.⁸

Conclusões

Desde os tempos mais longínquos, a arte tem desempenhado múltiplas funções, destacando-se a sua capacidade singular de expressar a essência humana. O cinema, enquanto forma de arte narrativa, ao contar detalhadamente a história dos personagens do seu ponto de vista, permite que o espectador se identifique com eles e compreenda mais profundamente a sua experiência, sendo útil sobretudo quando as suas realidades são muito contrastantes.

O habitar da emoção do outro, transmitida pela arte, aliado ao conhecimento objetivo acerca da doença mental, é uma importante estratégia a ser explorada na consciencialização da população geral e na promoção da empatia, contribuindo para a redução das atitudes estigmatizantes em relação às pessoas que sofrem de doença mental.

Fontes e bibliografia final

1. Pio-Abreu, J. L. (1994). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
2. Gustav Jahoda (2005). Theodor Lipps and the shift from “sympathy” to “empathy”, *Journal of The History of Behavioral Sciences*, 41(2), 151-163. doi:10.1002/jhbs.20080
3. Stevens, F., & Taber, K. (2021). The neuroscience of empathy and compassion in pro-social behavior. *Neuropsychologia*, 159, 107925. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2021.107925
4. Pereira, M. A. (2022). Instrução e Corrupção Moral pela Literatura: engajamento emocional e o valor epistémico da arte narrativa. *Revista Filosófica de Coimbra*, 31(61), 59-74. https://doi.org/10.14195/0872-0851_61_3
5. Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. doi:10.1016/j.amjmed.2019.12.012
6. Servitje, L. (2013). Keep Your Head in the Gutter: Engendering Empathy Through Participatory Delusion in Christian de Metter’s Graphic Adaptation of Shutter Island. *Journal of Medical Humanities*, 36(3), 181-198. doi:10.1007/s10912-013-9260-6
7. Ritterfeld, U., & Jin, S.-A. (2006). Addressing Media Stigma for People Experiencing Mental Illness Using an Entertainment-Education Strategy. *Journal of Health Psychology*, 11(2), 247-267. doi:10.1177/1359105306061185
8. Chan, J. Y. N., Mak, W. W. S., & Law, L. S. C. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: “The Same or Not the Same” anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong, *Soc Sci Med*, 68(8), 1521-1526. doi:10.1016/j.socscimed.2009.02.016

***Melancholia*: A Representação Cinematográfica da Depressão**

João Castro Rodrigues, Lúcia Ribeiro

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho
E-mails: joao.castro.rodrigues@chvng.min-saude.pt, lucia.monteiro.ribeiro@chvng.min-saude.pt

Resumo

Melancholia, um filme da autoria do realizador dinamarquês, Lars von Trier, retrata as experiências de Justine, uma mulher recém-casada com perturbação depressiva, e Claire, a irmã cuidadora com temperamento ansioso, num cenário pré-apocalíptico de colisão do planeta Melancholia com a Terra. Segundo filme da Trilogia da Depressão, o realizador explora a psicopatologia da perturbação depressiva (e ansiosa), percorrendo os critérios diagnósticos e oferecendo uma representação visual da depressão, com as respetivas conceções fenomenológicas do tempo, do espaço e do eu. Reflexo das suas próprias batalhas, o realizador tentou exprimir de forma fidedigna as experiências e o sofrimento de uma pessoa com perturbação depressiva major, talvez na esperança de promover a empatia por uma população representada de forma tendencialmente estigmatizante ao longo da história do cinema.

Palavras-chave: perturbação depressiva major, ansiedade, psicopatologia, cinema

Abstract

Melancholia, a film by Danish director Lars von Trier, portrays the experiences of Justine, a newly married woman with depressive disorder, and Claire, her caring sister with an anxious temperament, in a pre-apocalyptic scenario of a planet named Melancholia colliding with Earth. The second film of the Depression Trilogy, the director explores the psychopathology of depressive (and anxious) disorder as a journey through its diagnostic criteria and offering a visual representation of depression, with its phenomenological conceptions of time, space and the self. A reflection of his own struggles, the director tried to faithfully express the painful experiences of a person with severe mental disorder, perhaps with the hope of promoting empathy towards a population represented in such a stigmatizing way throughout the history of cinema.

Keywords: major depressive disorder, anxiety, psychopathology, cinema

Introdução

A Perturbação Depressiva é uma doença psiquiátrica que afeta aproximadamente 5% da população mundial, constituindo a principal causa de morte por suicídio e a segunda principal causa de incapacidade laboral (WHO, 2021). A doença mental tem sido representada pelas várias formas de arte de forma tipicamente estigmatizante, pouco fiel à verdadeira vivência de uma pessoa doente, e por vezes até como catalisador para a violência. Lars von Trier, um realizador dinamarquês conhecido pelos seus filmes crus e provocadores, inclui o tópico da doença mental em vários dos filmes que produz, sendo dos realizadores que a representa de forma mais empática e compreensiva. Com este trabalho pretende-se refletir acerca da representação da Perturbação Depressiva num dos filmes mais aclamados deste realizador, *Melancholia*.

A Perturbação Depressiva Major

A Perturbação Depressiva Major é uma doença psiquiátrica de elevada prevalência, mais comum nos indivíduos do sexo feminino, com idade média de diagnóstico na terceira década de vida (WHO, 2021). Tem uma etiologia multifatorial, sendo habitualmente o resultado de uma conjugação de fatores de natureza genética, neurobiológica, psicológica, ambiental (eventos traumáticos ou indutores de elevada carga emocional) e sociocultural (Pereira; Saraiva, 2014).

É caracterizada pela presença de sentimentos de tristeza (potencialmente indicativos de humor deprimido), perda de interesse por atividades que habitualmente seriam geradoras de prazer e satisfação à pessoa (um sintoma clinicamente chamado de anedonia), alteração dos níveis de energia, com lentificação ou agitação psicomotora,

fadiga, desregularização dos ritmos biológicos, com insónia ou hipersónia, diminuição ou aumento do apetite e da libido, diminuição da capacidade de concentração e alterações do pensamento com ideias desproporcionais de menos-valia, culpa ou desesperança, bem como ideias recorrentes de morte ou mesmo ideação suicida (APA, 2022).

Segundo os sistemas classificativos mais recentes, para que ocorra o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, estes sintomas terão de se impor por um período não inferior a 2 semanas, causando sofrimento acentuado e prejuízo do funcionamento a nível interpessoal, social e ocupacional (APA, 2022).

Outros sintomas habitualmente presentes são a ansiedade, a falta de reatividade emocional a estímulos externos (apatia), sintomas físicos inespecíficos (tradutores do estado emocional do indivíduo), pensamento lentificado, negativista, tendência ao isolamento social e negligência do autocuidado (Pereira; Saraiva, 2014).

O tratamento envolve uma componente farmacológica, com a utilização de fármacos da classe dos antidepressivos, e/ou uma componente psicoterapêutica, habitualmente da corrente cognitiva-comportamental. A maioria dos doentes remite com o tratamento aplicado (90%), mas a recorrência de um novo episódio ao longo da vida é elevada (mais de 50%) (Pereira; Saraiva, 2014).

A Fenomenologia da Depressão

Uma forma de compreender de forma mais fiel a experiência do doente deprimido será através do entendimento fenomenológico dos seus sintomas. A fenomenologia é uma metodologia de pensamento filosófico difundida no início do século XX, por Edmund Husserl, que estuda os fenómenos e a consciência. Quando aplicada à Psiquiatria, consiste no estudo ateuico, desprovido de conhecimento e preconceito, das experiências subjetivas da pessoa com doença mental, neste caso da pessoa com depressão, numa tentativa de compreender de forma mais empática as suas vivências (Fuchs, 2005).

Aplicando estes preceitos, sabe-se que os indivíduos deprimidos experienciam alterações na vivência do espaço e objetos, do tempo e eventos e da própria pessoa. Historicamente designados de doentes melancólicos, os doentes com depressão experienciam na generalidade uma diminuição da vida emocional (Fuchs, 2005). A nível espacial, existe a perceção de que tudo é inatingível, tudo se encontra muito longe; os objetos parecem entediados, pequenos, e de certo modo insignificantes (Sass; Pienkos, 2013). A nível temporal, os doentes melancólicos experienciam hipobulia (diminuição da vontade) e perda de vitalidade, o que resulta na perceção de lentificação e abrandamento temporal, com sentimentos de passividade e impotência. Existe a sensação de se estar a ser oprimido por um passado inescapável, com uma perda de orientação para o futuro. O futuro pode até fazer-se sentir como uma manifestação do passado, tão predeterminado e inevitável que se apresenta (Sass; Pienkos, 2013). A nível corporal, existe uma restrição, uma inibição e uma rigidez do corpo vivo que impõe resistência a todos os impulsos expansivos. Esta restrição arrasta-se para o espaço sensoriomotor: os indivíduos podem descrever perda de paladar, um esbatimento das cores ou sons abafados. Além disso, observa-se uma diminuição da interação entre o corpo e o ambiente – o indivíduo experiencia uma perda de reatividade e ressonância afetiva, alienação e até fenómenos de despersonalização (Fuchs, 2005).

Lars von Trier e a representação da Depressão em *Melancholia*

Lars von Trier é um realizador dinamarquês nascido no ano de 1956 nos subúrbios de Copenhaga. Fundador do movimento cinematográfico avant-garde Dogma 95, realizou desde nos anos 80 quase 2 dezenas de filmes, a maioria aclamados pela crítica, embora envoltos em controvérsia, muitas vezes pela realização crua e provocadora que os caracterizava (IMDb, 2023). Tendo o próprio sido diagnosticado com quadro depressivo em vários períodos da sua vida, os seus filmes apresentam um componente autobiográfico e tentam mostrar uma visão mais empática e compreensiva da Perturbação Depressiva Major. *Antichrist* (2009), *Melancholia* (2011) e *Nymphomaniac* (2013) fazem parte da trilogia intitulada pelo próprio “Depressão”, e retratam as histórias de pessoas que lidam de maneiras diferentes com a depressão e o luto (Munteanu, 2016).

Estreado em Cannes em 2011, *Melancholia* retrata a noite de casamento e os dias subsequentes de Justine (interpretada por Kirsten Dunst), em que esta vai manifestando as várias características clínicas do seu quadro psiquiátrico (Perturbação Depressiva Major), por entre a incompreensão dos familiares, dos convidados e do próprio noivo, numa noite que deveria ser das mais felizes da sua vida. Paralelamente, ao longo do filme, persiste a ameaça de colisão do planeta Melancholia com a Terra.

O filme inicia com uma cena de 8 minutos, filmada em câmara lenta, com exposição de diferentes momentos do filme: um cavalo a colapsar, Justine a arrastar-se por entre heras que resistem ao seu movimento (figura 1), Claire a

afundar-se na lama enquanto tenta escapar do apocalipse, imagens da Terra a colidir com um planeta. Deste excerto inicial podemos retirar várias concepções fenomenológicas da vivência de uma pessoa com depressão.



Figura 1. Minuto 5 do filme *Melancholia* (2011), de Lars von Trier

A edição em câmara lenta poderá representar este abrandamento temporal que os indivíduos com depressão experienciam. A diminuição da vontade e a passividade com que sentem o que os rodeia pode dar a impressão de que o tempo corre lentificado (Sass; Pienkos, 2013). As cenas em que os movimentos de Justine e Claire são impedidos por heras e por lama, respetivamente, podem ser interpretadas à luz das concepções fenomenológicas de espaço e de corpo, como representativas da perceção que os doentes deprimidos têm de que tudo é inatingível, difícil de alcançar; bem como da experiência de restrição motora que sentem, uma rigidez e uma resistência ao movimento do próprio corpo (Fuchs, 2005)(Sass; Pienkos, 2013). Estes 8 minutos iniciais são ainda harmonizados com um excerto da ópera de Tristão e Isolda de Richard Wagner, um compositor do Romântico Alemão, estilo musical caracterizado por um sentimentalismo exacerbado de tonalidade depressiva, que exalta a fuga da realidade, seja pelo sonho, pela arte ou pela morte (Munteanu, 2016). Esta fuga pode ser enquadrada nas cognições de uma mente deprimida, que no contexto da sua doença, pode ver a fatalidade do suicídio como a solução para o seu sofrimento.

A tela de cores, predominantemente com cores esbatidas, escurecidas, que se observa não só nesta cena inicial mas também ao longo do filme, poderá representar, de forma metafórica, as distorções a nível sensoriomotor que os doentes com depressão experienciam, que embora não percecionem o espaço em cores mais escurecidas, veem o futuro e o meio envolvente de forma mais insignificante, aborrecida, invisível.

O filme prossegue com as celebrações do casamento de Justine, realizadas num castelo alugado pela irmã Claire (interpretada por Charlotte Gainsbourg), que tenta, por entre o seu funcionamento ansioso, que a noite flua sem intercorrências. No entanto gradualmente se vão denotando alguns comportamentos da personagem principal que indiciam a condição psiquiátrica de que padecerá e, segundo a perspetiva dos demais, é responsável pela ruína do casamento.

Em várias cenas observam-se situações representativas do humor deprimido e da anedonia característicos de um quadro depressivo: observamos a personagem principal com um semblante de tristeza severa, prolongada, sem aparente causa, que não cede a estímulos externos que seriam considerados positivos e uma diminuição do prazer em situações ou atividades que habitualmente o trariam (como o seu próprio casamento, a proximidade das pessoas que ama). A cena em que a noiva está sentada a uma canto da sala, isolada, enquanto os restantes convidados disfrutam do seu casamento é um dos vários exemplos disso (figura 2). A parca mobilização afetiva, ou seja, a indiferença a nível expressivo a eventos potencialmente indutores de emoções, também um dos sinais de depressão, pode ser observada em várias cenas, já que a expressividade facial da personagem pouco varia, quer se encontre a festejar o seu casamento com os convidados ou, posteriormente na narrativa, na eminência de um apocalipse.

Ela tenta “I smile and smile and smile” mas tal não altera o estado de humor que vivencia. O filme prima também pela representação de um quadro depressivo sem uma causa aparente, deixando o público a questionar-se acerca da possível natureza endógena desta perturbação psiquiátrica. Embora um pai ausente, uma mãe austera e uma irmã sobreprotetora pudessem contribuir para o desenvolvimento de uma personalidade mais predisposta a quadros depressivos, o realizador apresenta uma mulher de sucesso, com um marido que a ama e um casamento promissor, dando palco a uma representação pouco usual, mas realista, de uma pessoa com depressão.



Figura 2. Minuto 45 do filme *Melancholia* (2011), de Lars von Trier

Ao longo do filme, Justine encontra várias oportunidades para se refugiar da multidão – sai com o carrinho de golfe para o descampado, refugia-se numa casa-de-banho e acaba por se deitar na banheira, vai deitar o sobrinho e acaba por adormecer com ele (figura 3). Estas cenas são demonstrativas do desejo de isolamento e da clinofilia (desejo de permanecer deitado na cama) muitas vezes observadas em pessoas com depressão. Nestes e noutros momentos está também patente a diminuição da energia vital, a fadiga e a lentificação psicomotora que a maioria dos doentes com depressão experienciam: quando Justine tem dificuldade em atirar o ramo de noiva, dificuldade em apanhar um táxi autonomamente, em tomar banho sozinha (figura 4), quando fica a dormir na banheira ou com o sobrinho (quando estão à sua espera na festa), quando não tem energia para montar a cavalo. Esta inatividade leva muitas vezes ao desleixo no autocuidado, não só pela ausência de energia para o fazer, como também pelas cognições negativas que a pessoa tem direcionadas a si, de que não merecerá ser cuidada.



Figura 3 – Minuto 28 do filme *Melancholia* (2011), de Lars von Trier

Ainda noutras cenas estão patentes as alterações dos ritmos biológicos, nomeadamente do sono, do apetite e da libido. Percebe-se que o ciclo de sono de Justine está desregularizado, eventualmente com hipersónia (necessidade de dormir mais horas do que o habitual), quando vemos Justine a dormir várias vezes durante o dia. Numa cena em particular, quando Justine experimenta uma empadão, o seu prato favorito, e diz que este sabe a cinzas, está representado um exemplo de inibição sensoriomotora, nomeadamente do paladar, descrita a nível fenomenológico em doentes com depressão.

Outras características clínicas representadas são a irritabilidade, que também pode estar presente nos quadros depressivos: quando Justine discute de forma desproporcional com o patrão no seu casamento, quando agride fisicamente o cavalo quando este não lhe obedece.

Os pensamentos e as cognições de uma pessoa deprimida são diferentes de uma pessoa saudável: a primeira tem uma visão pessimista e negativa do mundo, de si própria e do futuro (a chamada tríade cognitiva de Beck, característica da depressão), e são frequentes as ideias desproporcionais de culpa, de menos-valia, de ruína, que dependendo da gravidade do quadro depressivo, podem assumir intensidade delirante (ou seja, o doente encara as

suas distorções cognitivas como uma visão irrefutavelmente verdadeira do mundo ou da questão, quando não o serão, gerando grande angústia).

No filme, podemos observar, ainda que de forma algo poética, algumas distorções desse género, particularmente numa das cenas prévias à colisão do planeta Terra com o planeta Melancholia, em que Justine verbaliza uma percepção pessimista e fatalista do meio envolvente e do futuro “A Terra é diabólica (...) Eu sei que estamos sozinhos”.

Ao longo do filme vamos visualizando também momentos de incompreensão das outras personagens pelo quadro de Justine, algo também frequentemente relatado pelos doentes com Perturbação Depressiva e outras condições psiquiátricas. O marido, embora ame Justine, não compreende a sua doença, e acaba por abandonar o casamento; a irmã, também preocupada, mas que pede “Concordámos que não ias fazer nenhuma cena esta noite.”; o cunhado, que considera Justine um encargo financeiro e emocional “A tua irmã não consegue fazer nada por ela própria”, e o próprio organizador do casamento “Ela arruinou o meu casamento”.

Na segunda parte do filme, em que a irmã Claire assume um papel mais substancial, observa-se o temperamento ansioso desta a levar a uma gradual inquietude e aumento dos níveis de ansiedade pela dificuldade em lidar com uma possível colisão do planeta Melancholia com a Terra (quando o marido astrofísico lhe diz o contrário) – vai pesquisar várias vezes os cálculos da rota do planeta, tenta fugir com o filho para um lugar aparentemente mais seguro, tenta lidar com a ansiedade com a toma de psicofármacos. Os receios de Claire acabam por se confirmar, e à medida que nos aproximamos dos minutos finais do filme, e da colisão de Melancholia com a Terra, enquanto Claire entra numa espiral de desespero e ansiedade, Justine enfrenta o seu destino com serenidade, como se este término fatal se tratasse de um alívio do seu sofrimento. Aqui podemos fazer a transposição para os pensamentos de morte e a ideiação suicida que surge em muitos doentes com depressão, que em situações mais graves, desesperançados, acabam por encarar o suicídio, e portanto a morte, como a única solução para terminar com o sofrimento que a depressão lhes trouxe.

Considerações finais

Reflexo das suas próprias batalhas, creio que com esta ode romântica à melancolia, o realizador Lars von Trier produziu não só uma obra cinematográfica de valor artístico elevado, como também tentou exprimir da forma mais fidedigna e compassiva possível as experiências, o sofrimento e o preconceito que uma pessoa com Perturbação Depressiva Major atravessa, talvez na esperança de promover a empatia por uma população representada de forma tendencialmente estigmatizante ao longo da história do cinema.

Bibliografia

1. World Health Organization (2021). *Depressive Disorders*. Acedido a 14 de abril de 2023 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Pereira, S. G., & Saraiva, C. B. (2014). Perturbações Depressivas. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (coord.), *Psiquiatria Fundamental*, (1.^a edição) (205-222). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
3. American Psychiatric Association (2022). Depressive Disorders. In *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th edition, text revision) (302-348). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Fuchs, T. (2005). The phenomenology of Body, Space and Time in Depression. *Comprendre*, 15, 108-121.
5. Sass, L. A., & Pienkos, E. (2013). Space, Time, and Atmosphere – A Comparative Phenomenology of Melancholia, Mania, and Schizophrenia, Part II. *Journal of Consciousness Studies*. 20(7-8), 131-152.
6. International Movie Database (2023). Lars von Trier. Acedido a 15 de abril de 2023 em <https://www.imdb.com/name/nm0001885/>
7. Munteanu, A. (2016). *The aesthetics of depression in the work of Lars von Trier. Ethical considerations on “Depression Trilogy”*. Master thesis, University of Bergen, Bergen, Norway.

Filmografia

Filme *Melancholia* (2011), de Lars von Trier (Dinamarca).

Laranja Mecânica: Quem é Alex? – Uma Perspetiva Psicodinâmica

Beatriz Cerqueira da Silva¹, Catarina Portela², Ângela Azevedo¹

¹ Centro Materno-Infantil do Norte – Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Portugal,

² Hospital de Magalhães Lemos E.P.E, Porto, Portugal

E-mails: u14483@chporto.min-saude.pt, catarinaportela@hmlemos.min-saude.pt, u14482@chporto.min-saude.pt

Resumo

Em 1971, Kubrick lançou um dos seus filmes mais reputados, “A Laranja Mecânica”, baseado no livro de Anthony Burgess. Alex, o protagonista, conta-nos, em primeira pessoa, as suas vivências, numa sociedade dominada por uma cultura de “ultraviolência”. Alex é descrito como um jovem inteligente, com um gosto excecional por música, com traços de psicopatia, que lidera um gangue responsável por atos de violência, violações e assaltos. Alex é detido e enviado para uma prisão onde se voluntaria para ser submetido ao “Tratamento Ludovico”, uma forma de terapia aversiva que, através de um processo de condicionamento, pretende modificar o seu comportamento, permitindo curá-lo da delinquência. Este tratamento resulta numa alteração do self, com a criação de um superego artificial, privando Alex do seu livre-arbítrio, sem o qual é incapaz de exercer a sua moralidade. Assim, esta revisão pretende explicar, de uma perspetiva psicodinâmica, a transformação do protagonista ao longo da obra.

Palavras-chave: Laranja Mecânica, psicopatia, terapia aversiva, psicodinâmica

Abstract

In 1971, Kubrick released one of his most reputed films, “A Clockwork Orange”, based on the book by Anthony Burgess. Alex, the main character, tells us about his experiences in a society dominated by a culture of “ultraviolence”. He is described as an intelligent young man, with an exceptional taste for music, with traits of psychopathy, being the leader of a gang responsible for acts of violence, rape and robberies. Alex is arrested and sent to prison, where he volunteers to undergo the “Ludovico Treatment”, a form of therapy that, through a conditioning process, intends to modify his behavior, allowing him to be cured of delinquency. This treatment results in an alteration of the self, with the creation of an artificial superego, depriving Alex of free will, without which he is unable to exercise morality. Thus, this review intends to explain, from a psychodynamic perspective, the transformation of the protagonist.

Keywords: Clockwork Orange, psychopathy, aversive therapy, psychodynamic

Introdução

Inspirado no livro de Anthony Burgess com o mesmo título, produzido por Stanley Kubrick e lançado em 1971, a Laranja Mecânica é exemplo de uma ficção distópica, em que é retratada uma sociedade britânica dominada por uma cultura de ultraviolência banalizada e generalizada. Assim, num contexto em que “ninguém liga à lei e a ordem”, a criminalidade está principalmente associada a grupos de jovens, entre os quais se encontra Alex, o protagonista desta história.

Alex relata, na primeira pessoa, as suas vivências como líder de um gang, acabando por ser enganado pelos seus companheiros e preso. Ao final de dois anos de prisão, voluntaria-se para um tratamento experimental que teria o objetivo de o curar da imoralidade. Deste modo, pretende analisar-se a evolução da personagem ao longo da obra através de uma perspetiva Psicodinâmica, recorrendo sobretudo aos conceitos da Psicologia do Ego.

Enredo

Alex de Large é um jovem de 18 anos, estudante do ensino secundário, que vive com os seus pais. Descrito como um jovem carismático, Alex demonstra pouco interesse pela escola e pela vida académica, tendo como principais interesses a música clássica e a violência. O jovem apresenta particular interesse pela música de Beethoven, nomeadamente pela nona sinfonia, que ouve praticamente todas as noites ao retornar a casa após as habituais saídas noturnas com os seus três amigos. Nestas saídas, o grupo parte em busca de cenas de violência, cometendo todo o tipo de crimes, desde furtos, homicídios, agressão física e sexual. Percebe-se, desde logo, que estes atos violentos, a que geralmente se associa o consumo de tóxicos, vêm de uma necessidade de experienciar sensações e pôr em prática

uma grande agressividade existente nestes jovens. Assim, os crimes cometidos constituem, portanto, para estes jovens, enorme fonte de prazer, deixando-os verdadeiramente extasiados. Dentro do grupo, Alex é geralmente o mentor, considerado pelos pares o mais inteligente, tornando-se evidente que estabelece um padrão relacional de poder sobre os restantes elementos, socorrendo-se frequentemente de estratégias como a mentira e manipulação como forma de exercer o seu poder e autoridade sobre os demais.

Se, por um lado, os seus pares lhe têm medo e reconhecem autoridade, acabam por se sentir oprimidos e revoltar-se contra ele, pelo que, num dos crimes arquitetados por si, Alex é enganado pelos seus companheiros e preso. Apesar de alguma resistência inicial, acaba por perceber que de nada lhe vale revoltar-se, pelo que, durante o tempo em que permanece preso, segue rigorosamente todas as regras impostas no estabelecimento prisional. Apesar da sua obediência e bom comportamento, observa-se, contudo, que não tem qualquer sentimento de arrependimento ou remorso pelos crimes cometidos, mantendo a postura sedutora e manipuladora que o caracteriza. Vemos isto manifestamente, por exemplo, na forma como manipula o capelão que dava apoio à prisão: o Padre gostava de Alex por ver que este lia as escrituras bíblicas com afínco e presumida devoção. Paradoxalmente, vemos que o interesse de Alex em ler as passagens bíblicas consistia no prazer que retirava ao imaginar as cenas de violência para com os judeus e os episódios em que os romanos abusavam das suas servas.

Ao fim de, sensivelmente, dois anos de prisão, toma conhecimento de um tratamento experimental, o “Método de Ludovico”, que parecia promissor na reabilitação de criminosos e consequente diminuição da criminalidade, oferecendo-se, assim, como cobaia, como forma de ser liberto mais cedo. Alex é, assim, transferido para um Serviço de Psiquiatria em que, durante 15 dias, é sujeito a esta intervenção inovadora. O tratamento consiste em assistir a filmagens de conteúdo violento enquanto permanece amarrado a uma cadeira, com um espéculo palpebral que lhe deixa os olhos fixos, impedindo-o de os fechar. Desta forma, assiste a várias cenas com conteúdo agressivo, de caráter físico e sexual, sem poder libertar-se. Simultaneamente, é-lhe administrada uma substância, que lhe é apresentada como se de vitaminas se tratasse, que lhe provoca sintomas desagradáveis, tais como náuseas, vômitos, ansiedade, medo, sensação de morte iminente e paralisia. Inicialmente, Alex demonstra prazer em assistir a estas cenas, mas, progressivamente, a par do início de ação do fármaco administrado, começa a experienciar os efeitos físicos desagradáveis decorrentes do seu efeito. Deste modo, desenvolve uma resposta aversiva quando exposto a estas cenas de violência e, de cada vez que percebe qualquer estímulo semelhante, desenvolve a mesma resposta. Por último, aos estímulos que evocam agressividade, também se adicionou a nona sinfonia de Beethoven, a qual começa a desencadear os mesmos sintomas. Assim, após estimulação repetida, quando exposto aos estímulos que outrora lhe davam prazer, incluindo a sua música favorita, Alex desenvolve uma resposta de medo paralisante, aliada a sintomas físicos desagradáveis e muito impactantes, que o impedem de reagir. Após esta experiência, é considerado curado e o caso é amplamente divulgado na imprensa, como mostra de grande sucesso pelo Ministério da Defesa, pelo que Alex sai em liberdade e retorna a sua casa.

Ao regressar a casa, depara-se com uma reação por parte dos pais que não esperava. Percebe que os seus pais arrendaram o quarto a outro rapaz e que reagem ao seu regresso com indiferença, manifestando apenas alguma inquietação relativamente à questão do arrendamento do quarto. Visivelmente desiludido, decide sair de casa para dar um passeio junto do rio, altura em que é interpelado por um pedinte. Ao olhar para Alex com maior atenção, este senhor reconhece-o como agressor e recorda um episódio em que Alex e o seu grupo o insultaram e agrediram violentamente, pelo que chama os seus companheiros, que cercam Alex para lhe bater. Em resposta à agressão, Alex desenvolve a resposta aversiva já descrita e entra em agonia, deixando-se atacar. Surgem, nesta altura, dois polícias, que Alex identifica como dois dos seus antigos companheiros. Dim e Georgie levam-no dali, como que para o proteger, acabando por trazê-lo até um descampado. Neste terreno isolado, agredem Alex fisicamente, como vingança, ao que o jovem também não se consegue defender, manifestando, uma vez mais, a resposta aversiva aprendida.

Alex encontra-se, portanto, indefeso e incapaz de responder aos maus-tratos, sem abrigo, sem dinheiro e sem amigos. Decide procurar abrigo e vagueia até bater à porta de uma casa. Nesta casa, vive um homem que Alex já tinha conhecido no passado, mas de quem não se recorda. Trata-se de um escritor que Alex já tinha assaltado e agredido no passado e cuja esposa tinha agredido sexualmente à sua frente. O escritor, que inicialmente também não o reconhece, ao vê-lo só e indefeso, tem pena do jovem e oferece-lhe a sua casa como abrigo. Mais tarde, ao ouvi-lo cantar, reconhece Alex e arquiteta um plano de vingança, em que o prende num quarto, no andar de cima de sua casa, e liga um rádio que toca a 9.^a sinfonia, ao que Alex desenvolve, novamente, a resposta condicionada de medo. Em total desespero, acaba por fazer uma tentativa de suicídio por defenestração.

Apesar das múltiplas lesões e ferimentos, o jovem sobrevive e é hospitalizado. Dado o mediatismo do caso, enquanto internado, é feita uma série de testes psicológicos. A avaliação psicológica realizada, demonstra, assim,

um regresso dos impulsos agressivos e sexuais e extinção da resposta aversiva a estes estímulos. Finalmente, percebe-se que, a médio-longo prazo, a terapia de aversão não foi eficaz em cessar os comportamentos imorais do protagonista e Alex volta a ter os mesmos impulsos violentos do passado. O filme termina com o protagonista a verbalizar a seguinte frase: “I was cured, all right!”.

A obra “A Laranja Mecânica” foi amplamente estudada sob a perspetiva das teorias comportamentais de Watson e Skinner, ao representar, sob a forma de ficção, uma técnica comportamentalista aversiva, tendo dado aso também a várias reflexões sobre o livre-arbítrio. Através desta revisão tentar-se-á fazer uma abordagem diferente da obra, partindo de um ponto de vista da Psiquiatria Psicodinâmica. Assim, tendo como ponto de partida a análise da personalidade do protagonista, o objetivo desta revisão é compreender as suas transformações mentais e do comportamento ao longo do enredo, a partir de uma análise psicodinâmica, recorrendo sobretudo aos conceitos da Psicologia do Ego.

Análise da personalidade do protagonista

Ao analisarmos as atitudes e comportamentos de Alex e o seu padrão de relacionamento com os outros, identificamos nesta personagem um padrão de comportamentos desadequado à realidade, que se manifesta de forma persistente e pervasiva, e se caracteriza fundamentalmente pelo desrespeito absoluto pelas normas sociais e desconsideração pelos direitos dos outros. De facto, desde cedo, Alex demonstra alterações da conduta procurando, de forma persistente e através de vários métodos, infringir a lei, cometendo vários tipos de crimes, com elevada agressividade, tais como agressão sexual, agressão física e furtos. Na forma como interage com os outros, mostra-se também um manipulador nato, provido de um charme superficial, que usa todos os recursos disponíveis para o seu prazer pessoal, o que está patente na forma como mente repetidamente e ludibria os que estão à sua volta, nomeadamente os seus pares. Também a impulsividade está muito patente nesta personagem: tudo acontece aqui e agora, sem medir as consequências das suas ações a longo-prazo, o que é visível na forma pouco organizada como procede nos seus crimes, deixando-se frequentemente levar pelos impulsos agressivos, sem ter em conta possíveis consequências destes comportamentos. Estes comportamentos desajustados são acompanhados de uma falta de preocupação relativamente às suas consequências, mas também de uma marcada ausência de remorso ou culpa associados aos danos causados aos outros. Ao visitarmos o manual de diagnóstico DSM-V, vemos que todas estas características se enquadram numa Perturbação da Personalidade Antissocial.

Perturbação de Personalidade Antissocial

Indivíduos como o descrito nesta narrativa foram amplamente estudados, tendo-lhes sido atribuídas, ao longo da história, várias designações, tais como “psicopata”, “sociopata” e “pessoa com transtorno de caráter”. Também conceptualmente chegou a pensar-se que a psicopatia partilhava um fundo com a psicose, pela forma desorganizada como estes indivíduos se relacionam com os outros e com a realidade. Kernberg propôs um conceito de espectro que contempla uma variedade de indivíduos com condições narcísicas que variam desde a psicopatia extrema em indivíduos muito desorganizados, impulsivos e sádicos, os “verdadeiros psicopatas”, de que seriam exemplo múltiplos serial killers envolvidos em casos mediáticos de extrema violência, a outros com alguns comportamentos antissociais, mas que demonstram alguma empatia. A perspetiva de espectro coloca também a hipótese de que poderá haver diferenças na eficácia da intervenção nestes indivíduos.

Sabe-se que para a etiologia da Perturbação de Personalidade Antissocial concorrem vários fatores, de entre os quais alguns biológicos e outros de cariz ambiental. Quanto aos fatores biológicos, percebeu-se que há genes que concorrem para a sua patogenia, alguns destes implicados na neurotransmissão monoaminérgica, tendo sido demonstrado que filhos de indivíduos com Perturbação de Personalidade Antissocial têm uma probabilidade maior de desenvolver Perturbação de Personalidade Antissocial, Perturbações de somatização e Perturbação por uso de substâncias. Além disto, há fatores ambientais que também conferem maior risco, nomeadamente experiências de abuso e maus-tratos na infância. De facto, sabe-se que experiências precoces de rejeição materna, perda do cuidador principal, disciplina severa e abuso físico e sexual afetam o desenvolvimento cortical cerebral, encontrando-se em associação com o surgimento de traços de personalidade antissociais. Segundo algumas teorias, experiências de negligência na infância levam a alterações no desenvolvimento da onipotência primária e na confiança no poder do cuidador para proteger a criança, pelo que a ausência de um sentido de poder em fases precoces pode levar mais tarde à procura dessa onipotência para o resto da vida, usando como mecanismo de defesa o controlo onipotente. Nesta personagem, vemos que há uma tendência a usar o outro em benefício próprio, como se a manipulação dos outros fosse a sua forma de se defender da vergonha, exercendo poder. Outro fator também estudado tem que

ver com as dinâmicas de parentalidade, tendo-se verificado que cuidadores com dinâmicas interpessoais caracterizadas por pouca afetividade apresentam estilos parentais mais autoritários, que também resultam numa maior propensão para o surgimento de perturbações da conduta e comportamentos antissociais nos descendentes. Assim, conclui-se que existem fatores de ordem biológica e ambiental que concorrem para a etiopatogenia desta perturbação, interagindo de forma sinérgica para a estruturação de uma personalidade antissocial. Olhando para a história de Alex, apesar de não termos informação suficiente relativamente à infância, verifica-se que a relação com os seus cuidadores é pautada por grande superficialidade e pouca afetividade.

Transformação da personagem

Socorrendo-nos dos conceitos da Psicologia do Ego (Id, Ego e Superego), vemos que, na primeira metade do filme, Alex age de acordo com o Id, instância intrapsíquica dominada pelo inconsciente, que age de acordo com os impulsos primitivos (sexuais e agressivos), como forma de obtenção de gratificação imediata. Age, assim, segundo um processo de pensamento primário, em que o Princípio do prazer se sobrepõe ao Princípio da Realidade. Denota-se, também, nesta personagem, um problema de internalização que leva a um subdesenvolvimento do Superego. Sendo o Superego uma instância intrapsíquica que envolve a nossa consciência moral, determinando aquilo que devemos ou não fazer, o subdesenvolvimento do Superego explica a falta de sentido moral e ausência de remorso e culpa nos indivíduos com traços antissociais. Assim, estes indivíduos, pela falta de internalização do objeto, acabam por se vincular ao outro de uma forma sádica, de modo a pôr em ação o seu poder e agressividade e, portanto, as suas relações tornam-se predominantemente exploratórias.

Quando Alex é submetido ao método Ludovico, decorre uma associação de sintomas físicos desagradáveis aos impulsos sexuais e agressivos. Deste modo, cria-se uma força que desloca o Id em direção ao Superego, originando-se, deste modo, um Superego artificial, que não é mais do que uma projeção de um Superego imposto, que lhe dá uma ilusão de uma consciência moral que, na verdade, Alex não tem. Assim, Alex encontra-se privado da liberdade de escolha, sem qualquer possibilidade de exercer a moralidade, e, também, incapaz de se defender. Deste modo, pela privação do livre-arbítrio e de exercer a moralidade de forma livre, torna-se uma “Laranja Mecânica”: viva por fora, mas mecânica por dentro.

Este tratamento vem, com o decorrer do tempo, demonstrar a sua ineficácia. Ao longo do tempo, pela extinção da resposta de medo, assistimos a uma reversão da metamorfose que teria curado Alex da imoralidade e lhe teria dado um senso moral, pelo que, no final do filme, recupera-se Alex tal como o conhecemos no início: dominado pelo Id, com um Superego subdesenvolvido.

Conclusão

Em suma, apesar do cariz ficcional, esta obra vem representar a complexidade da intervenção nos indivíduos com Perturbação de Personalidade Antissocial. As guidelines mais recentes preconizam o tratamento em serviços especializados, com profissionais treinados nesta área. Nestes indivíduos, o estabelecimento de uma relação terapêutica é geralmente difícil defendendo-se que esta deverá ser baseada na confiança e colocação de interdições e limites bem definidos, sendo fundamental uma comunicação clara e objetiva. Além do tratamento de perturbações co-mórbidas, as manifestações de impulsividade podem ser controladas recorrendo a estratégias psicofarmacológicas. Note-se também que existe uma variação interindividual nas pessoas com esta patologia, pelo que poderíamos aqui considerar que existe um grupo de indivíduos em que uma intervenção psicoterapêutica poderá ser mais eficaz.

Bibliografia

1. Kubrick, S. (1971). *The Clockwork Orange* [Film]. Warner Bros. Pictures (US).
2. Petrucciani, S., & Recchia, C. (2014). *DSM V*, 659-663.
3. Dotterer, H. L., Burt, S. A., Klump, K. L., Hyde, L. W. (2021). Associations Between Parental Psychopathic Traits, Parenting, and Adolescent Callous-Unemotional Traits. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 49(11), 1431-1445.
4. Golse, B., Bidault, H., Bizot, A., & Bursztejn, C. (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
5. McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*. New York: Guilford Press.
6. Gabbard, G. O. (2016). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica* (5.ª ed). Porto Alegre: Artmed.
7. Freud S. (1947) *Para Além do Princípio do Prazer*. Londres: Imago.
8. NICE (2022). *3 Definitions of psychological interventions | Antisocial personality disorder: prevention and management | Guidance*. Acedido em 6 de Setembro de 2022, em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/chapter/Recommendations>

A “Maior Prova de Amor” que Reformulou a Declaração de Insanidade

Miguel Pires, Salomé Mouta, Juliana Nunes

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde da Guarda
E-mails: miguelocpires@gmail.com, salomemouta@gmail.com, juliananunes.pq@gmail.com

Resumo

Com *Taxi Driver*, o mundo ficou a conhecer Jodie Foster naquele que seria o seu primeiro grande papel. John Hinckley Jr., depois de múltiplas tentativas em obter a atenção da atriz, delineou o plano de assassinar o presidente dos Estados Unidos da América. Descrito como um jovem introvertido, Hinckley perseguiu inicialmente Jimmy Carter, tendo sido preso por posse de armas. Quando liberto, retomou o seu plano, tendo disparado, em 1981, sobre o então atual presidente, Ronald Reagan. Hinckley foi declarado inocente por insanidade, sendo que o veredicto incentivou uma revisão da lei relativa à declaração de insanidade. Este caso foi ainda pautado por um contraste entre diagnósticos por parte do psiquiatra de defesa e oposição: esquizofrenia (baseada no comportamento bizarro) e perturbação da personalidade, respetivamente. A falta de um diagnóstico claro prejudicou a reputação da psiquiatria da época e abriu a discussão sobre a sua relação com os media.

Palavras-chave: insanidade, esquizofrenia, perturbação da personalidade

Abstract

With *Taxi Driver*, the world got to know Jodie Foster in what would be her first prominent role. John Hinckley Jr., after multiple attempts trying to get the actress' attention, delineated the plan of assassinating the president of the United States of America. Described as an introverted young man, Hinckley first persecuted Jimmy Carter, having been arrested under gun possession. When released, he resumed his plan, shooting, in 1981, the then-current president, Ronald Reagan. Hinckley was declared innocent by insanity, and the verdict prompted a revision of the law regarding the declaration of insanity. This case was also characterized by a contrast between diagnosis from the defense and accusation teams: schizophrenia (based on his bizarre behavior) and personality disorder, respectively. The lack of a clear diagnosis damaged the reputation of psychiatry at the time and opened the discussion about its relationship with the media.

Keywords: insanity, schizophrenia, personality disorder

Introdução

John Hinckley Jr., que tentou assassinar o presidente norte-americano Ronald Reagan, foi declarado inocente por insanidade, perante o diagnóstico provisório da equipa de defesa de Perturbação Depressiva Major, na altura da tentativa, e patologia pertencente ao espectro de Esquizofrenia. Segundo defendiam, a sua patologia haveria prejudicado a sua capacidade de compreender a natureza e a ilicitude dos seus atos.

Com este artigo pretendemos, para além de destacar os principais achados da história pregressa deste agora cantor, perceber quais as implicações deste polémico processo para o sistema judicial e psiquiatria norte-americana.

A história pessoal

John Hinckley Jr, nascido a 29 de maio de 1955, no estado de Oklahoma, teve uma infância descrita como “normal”, apesar de sempre rotulado como introvertido. O mais novo de uma fratria de três, cresceu numa abastada família em Dallas, Texas, tendo tido uma educação rígida e pautada por dificuldades no relacionamento com o seu pai.

Durante o ensino secundário, Hinckley isolou-se cada vez mais. Era inclusivamente descrito pelos seus colegas como o “rapaz não existente”, evidenciando o seu afastamento social. Raramente trazia amigos para sua casa, passando horas no seu quarto, a tocar guitarra, e a ouvir principalmente The Beatles. Sonhava, desde cedo, em ser um artista de palco, compondo várias músicas.

Aos 21 anos, convicto do seu talento para as artes, mudou-se para Hollywood na esperança de ser famoso, e desistiu dos estudos universitários.

O amor platónico

Com o lançamento de *Taxi Driver*, de Martin Scorsese, em 1977, Hinckley apaixonou-se por Jodie Foster, naquele que viria a ser o seu primeiro grande papel na indústria cinematográfica. Foster, na altura com 12 anos, desempenhava o papel de Iris, uma criança entregue ao mundo da prostituição. Segundo estimativas, Hinckley terá assistido ao filme entre 15 a 30 vezes. O fascínio pelo filme alargava-se à identificação com o protagonista, Travis Bickle, pelos sentimentos de isolamento e alienação. Terá, inclusivamente, adotado determinados maneirismos e comportamentos, considerando-se um herói que lutava contra as injustiças sociais. Numa das cartas escritas aos seus pais, Hinckley terá inventado uma namorada, Lynn Collins, criada a partir de uma das personagens do filme.

Seguidor assíduo da evolução da vida pessoal e profissional de Jodie Foster, Hinckley mudou-se para Yale no outono de 1980, na expectativa de captar a atenção da jovem atriz durante a sua etapa universitária. Hinckley escreveu-lhe inúmeras cartas, sempre sem resposta. Numa das cartas, Hinckley escreveu “ao longo dos últimos 7 meses deixei-te dúzias de poemas, cartas, e mensagens amorosas na esperança de que te interessasses em mim. Apesar de termos falado ao telefone algumas vezes, nunca tive a coragem de me aproximar e de me apresentar...”.

O homicídio de John Lennon, adorado artista de Hinckley, levou-o a procurar ajuda, tendo sido acompanhado em consulta de Psicologia e Psiquiatria na sua terra natal. Terá sido, inclusivamente, internado num hospital psiquiátrico após uma tentativa de suicídio nesse mesmo ano. Por recomendação do seu psiquiatra, inexperiente em psicoterapias, Hinckley apresentava uma clara necessidade de imposição de limites. Como tal, foi proposto que até dia 1 de março de 1981, teria de arranjar um emprego, e que até ao final desse mesmo mês, deveria sair de casa dos pais, mesmo que sem sustento financeiro. Hinckley teve 22 sessões, ao longo de 5 meses, tendo a última sido 4 dias antes do episódio que mudaria o curso da sua vida.

Ao contrário do sugerido pelo psiquiatra, os pais de Hinckley davam-lhe mais dinheiro do que o acordado, levando-o a abdicar da procura de trabalho.

A tentativa de assassinato

Malsucedido, Hinckley delineou o plano de tentar assassinar o 40.º presidente norte-americano, vigente na altura, Ronald Reagan, na derradeira tentativa de captar a atenção de Jodie Foster, emulando o assassino de John Lennon, Mark David Chapman, por quem havia despertado um grande interesse. Por achar que seria morto ao tentá-lo, escreveu-lhe uma última carta no dia da tentativa, referindo-se à mesma como “a maior prova de amor”. Acrescentou, ainda, “Jodie, abandonarei esta ideia de apanhar o Reagan num segundo se conseguir ganhar o teu coração e viver o resto da minha vida contigo, mesmo que seja em total obscuridade”.

A 30 de março de 1981, curiosamente dois dias antes do fim do mês imposto pelo seu psiquiatra, John Hinckley Jr., na altura com 25 anos, disparou 6 tiros sobre o presidente norte-americano à porta de um hotel, em Washington, D.C., tendo apenas um atingido o presidente, de ricochete, falhando o seu coração por milímetros. Não houve fatalidades no momento, mas o Secretário de Imprensa, James Brady, acabou paralisado, tendo falecido por complicações em 2014. A sua morte foi classificada como “morte por homicídio”, no entanto nenhuma queixa foi feita contra Hinckley.

Aquele que parecia ser um simples caso de condenação, veio a revelar-se um complicado julgamento que viera a manchar a psiquiatria norte-americana.

O julgamento

Note-se que o público não sabia que Hinckley possuía antecedentes psiquiátricos e que, até então, nunca nenhum julgamento havia dependido tanto de uma avaliação e diagnóstico psiquiátrico. Aliás, segundo registos, foram gastos 450 milhões de dólares em relatórios psiquiátricos, sendo que, curiosamente, dois terços deste valor foram gastos pela equipa de acusação.

Enquanto que a equipa de acusação tinha como objetivo provar que a insanidade do acusado não teria moldado a sua tomada de decisão, garantido a sua permanência vitalícia na prisão, a equipa de defesa defendia a sua insanidade, tentando a sua liberdade. Curiosamente, Ronald Reagan, no início do julgamento, terá descrito Hinckley como “insano” e que “uma pessoa sã nunca faria uma coisa destas”, abonando a favor da equipa de defesa.

Estas duas equipas representavam duas épocas distintas da psiquiatria norte-americana: se por um lado a equipa de defesa ainda estava voltada para Adolf McCyler, psiquiatra suíço que chegou a ocupar o mais alto cargo da Associação Psiquiátrica Americana, a equipa de acusação já estava voltada para o objetivo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III (DSM-III)*, lançado nesse mesmo ano.

Ora, segundo a equipa de defesa, Hinckley padecia, na altura da tentativa de assassinato, de uma *Perturbação Depressiva Major*, e de uma patologia pertencente ao “espetro” de Esquizofrenia. Ao explicar o significado de Esquizofrenia, a equipa recorreu aos sintomas descritos por Bleuler (1857): embotamento afetivo, pensamento fragmentado, autismo e ambivalência, baseando-se no seu “comportamento bizarro” e “estilo de vida instável” para defender o seu diagnóstico. Relataram igualmente, que o facto de Hinckley considerar que deveria libertar Foster da “prisão de Yale”, como se referia, era um “claro sinal de psicose”. Recorreram a exames de imagem, nomeadamente à Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica, para demonstrar o alargamento dos sulcos cerebrais, característico dos doentes com esta patologia psiquiátrica, e para alertar para a presença de um pequeno quisto aracnoideu que poderia ter contribuído para a sua patologia psiquiátrica. Este último argumento foi contestado pela equipa de acusação, dada a sua prevalência na população geral. Por último, argumentaram que o mesmo deveria ser considerado inocente por razões de insanidade, baseado no facto de que a sua patologia haveria prejudicado a sua capacidade de perceber a natureza e ilicitude dos seus atos.

Na perspetiva da acusação, Hinckley padecia de uma *Perturbação Depressiva Persistente*, descrita como “neurose”, e de três perturbações de personalidade distintas (*Esquizóide*, *Narcísica* e *Borderline*), diagnósticos presentes, e pela primeira vez descritos no *DSM-III*. Ainda assim, alegavam que estas patologias não impediam que o acusado não cumprisse a lei ou percebesse a gravidade dos seus atos.

A dificuldade em chegar a um consenso diagnóstico gerou desconfiança no público.

O papel dos meios de comunicação social

Os meios de comunicação social desempenharam um papel importante no julgamento, tanto em termos de modulação da perceção do caso por parte do público, como também por influenciaram os procedimentos no tribunal.

Naquela altura, os ciclos televisivos de 24 horas tornavam-se mais comuns, o que levou a que o caso recebesse extensa cobertura mediática.

Houve um grande enfoque nos antecedentes psiquiátricos de Hinckley, por parte dos meios de comunicação social, contribuindo, indiretamente, para os argumentos da equipa de defesa que tentava que o acusado fosse declarado insano.

Os media interferiram igualmente no processo de seleção dos membros do júri. Dada a elevada atenção mediática, os potenciais júris eram questionados quanto à sua capacidade de permanecer imparciais, levando a que muitos fossem excluídos por opiniões já pré-estabelecidas da sua inocência ou culpa.

As consequências para a Psiquiatria e justiça norte-americana

Em 1982, 9 meses depois, Hinckley foi declarado inocente por insanidade, tendo sido transferido posteriormente para o St. Elizabeths Hospital, hospital psiquiátrico, em Washington, D.C.

Relativamente às consequências do julgamento, para além da deterioração da imagem da especialidade pela falta de uniformidade de um diagnóstico, houve ainda uma clara perda de prestígio da psicoterapia decorrente da atuação do seu psiquiatra. De realçar que o mesmo foi mais tarde acusado e processado em 14 milhões de dólares em danos. A alegação não se referia à clara negligência na prática de psicoterapias, mas sim à incapacidade de previsão de que Hinckley poderia cometer um ato desta gravidade. O psiquiatra não foi considerado culpado, tendo saído ileso. De salientar que o *DSM-III*, por prometer ser um sistema diagnóstico reprodutível e objetivo, ganhou maior relevância.

No que respeita à Lei da Insanidade, Hinckley foi julgado com base na premissa de que insano era aquele com “falta de capacidade mental para avaliar a criminalidade da sua conduta ou adequar a sua conduta à lei”. Em 1984, três anos após a tentativa de suicídio, perante a onda de contestação social, esta mesma lei foi reformulada, com o aval de Ronald Reagan, passando a denominar-se “*Insanity Defense Reform Act*”. Nesta nova versão, insano era aquele com “falta de capacidade mental para avaliar a criminalidade”, omitindo a questão da adequação da sua conduta à lei. Esta reformulação tinha como objetivo responder às preocupações relativas ao perçecionado uso indevido da lei, e garantir que não fosse usada como lacuna pelos acusados que eram claramente culpados por um crime, mas que pretendiam evitar a condenação ao proclamarem-se insanos.

Atualmente, a probabilidade de ser rotulado como insano num julgamento é escassa, especialmente para crimes como homicídio. Segundo o antigo presidente da American Academy of Psychiatry, Dr. Jeffrey Janofsky, “há a ideia de que a defesa por insanidade é frequentemente usada e é frequentemente bem-sucedida”, acrescenta ainda, “há um grande número de pessoas com patologia psiquiátrica que comete crimes, mas não preenchem os critérios para insanidade”.

O psiquiatra que acompanhou Hinckley nos anos 80 e que o reavaliou em 2012, descreveu-o como estando “absorvido em si mesmo” e possuidor de um “sentido de direito”. O Dr. Raymond Patterson terá sido crucial para impedir o ganho de direito de visitas durante o período de institucionalização de Hinckley. Na sua opinião, o doente continuava a sofrer de Perturbação da Personalidade Narcísica e Esquizóide. Em dezembro desse mesmo ano, peritos contratados pelos advogados de Hinckley alegavam que a Perturbação Depressiva Major e a Psicose Sem Outra Especificação (SOE) estariam em remissão completa.

A liberdade

Em 2016, John Hinckley Jr., mais de 30 anos depois, foi libertado do St. Elizabeths Hospital, dado que já não representava um risco para o próprio ou terceiros, passando a residir com a sua mãe, mas com uma panóplia de restrições, incluindo a impossibilidade de contactar a família de Ronald Reagan, falecido em 2004, ou Jodie Foster. Acrescente-se ainda que a família de Reagan discordou, alegando, numa carta dirigida ao público através da “The Reagan Foundation and Institute” que Hinckley ainda comporia uma ameaça para terceiros, pedindo o anulamento da decisão.

Ao longo do tempo, Hinckley foi gradualmente liberto de todas as restrições, residindo atualmente sozinho, sem qualquer ordem do tribunal.

Em 2021, através dos seus advogados, Hinckley expressou o seu “arrependimento profundo” às vítimas e a Jodie Foster.

Numa rara entrevista sobre o sucedido, em 2021, Jodie Foster mencionou que a habilidade de se distanciar do “problema do Hinckley” foi um “testamento à sua mãe”, e que optou, na altura, por se focar na sua profissão de maneira a não ser reconhecida pela associação a Hinckley, mas sim pela qualidade das suas representações. Curiosamente, Jodie Foster nunca viu Hinckley pessoalmente.

Numa entrevista concedida à CBS, em 2022, Hinckley revelou não se recordar do momento da tentativa de assassinato dada a natureza traumatizante do acontecimento. Mencionou, ainda, sentir-se “aliviado” por não ter conseguido assassinar o presidente norte-americano. Considerou que a sua sentença terá sido “justa” por não ser um assassino, mas sim alguém que padecia de uma doença mental grave, que o impedia de distinguir o bem do mal. Mantém, até hoje, segundo sabemos, a toma de medicação, acompanhamento psicoterapêutico e médico.

No que concerne à sua carreira musical, Hinckley continua a planear editar o seu primeiro álbum, apesar de constantes ameaças, e consequentes cancelamentos, dirigidas aos espaços em que pretende promover as suas músicas.

Conclusões

Mais de 50 anos após a quarta, e última, tentativa de assassinato a um presidente norte-americano, ainda hoje divergem as opiniões relativas ao diagnóstico de John Hinckley Jr. e ao seu impacto na avaliação da ilicitude das suas ações.

Certo é que este episódio despoletou relevantes mudanças na lei norte-americana, restringindo os critérios definidores de alguém “insano” e incapaz de compreender a natureza dos seus atos.

Se por um lado, aos olhos do público, a psiquiatria tinha dificuldades na concretização de um diagnóstico coerente, por outro, aos olhos dos aprendizes da especialidade, o DSM elevou-se como um dos mais importantes sistemas de classificação, dada a sua natureza objetiva e imparcial, que se mantém até hoje.

Bibliografia

1. Lawrence, A. T., Jr. (1994). The Media and the Madness Defense: The Case of John Hinckley Jr. *The Journal of Psychiatry & Law*, 22(1).
2. Mueller, C. B. (1983). The Hinckley Trial: A Case Study in the Insanity Defense and the Role of the Media. *Arizona Law Review*, 25(4).

3. Rychlak, J. F. (1984). The Hinckley Trial: CT-Scans of the Brain and the Issue of Insanity. *The Journal of Psychiatry & Law*, 12(3).
4. Bonnie, R. J. (1985). CT Scans and the Insanity Defense: The Hinckley Trial. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 13(1).
5. Rowles, D. (2021). Jodie Foster Opened Up About How She Made Sure Her Career Wasn't Defined By An Attempted Presidential Assassination. *UPROXX*. Acedido a 6 de julho de 2022, em <https://uproxx.com/viral/jodie-foster-career-link-john-hinckley-jr-reagan-assasination-attempt/>.
6. Jazewicz, N. (2016). After Hinckley, States Tightened Use Of The Insanity Plea. *NPR*. Acedido a 16 de julho de 2022, em <https://www.npr.org/sections/health-shots/2016/07/28/486607183/after-hinckley-states-tightened-use-of-the-insanity-plea>.
7. Peters, U. H. (1990). Der Hinckley. Fall und einige Folgen für die Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat*, 58, 339-342.
8. Cratty, C. (2012). Psychiatrist testifies on Hinckley's personality disorders. *CNN*. Acedido a 29 de julho de 2022, em <https://edition.cnn.com/2012/01/24/justice/hinckley-hearing/index.html>.
9. Kiernan, L. A. (1982). Doctors Decide Hinckley Has a Severe Disorder. *The Washington Post*. Acedido a 29 de julho de 2022, em <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1982/08/03/doctors-decide-hinckley-has-a-severe-disorder/2c1082b8-3354-42ae-a142-ef6f5105d02e/>.

Franz Kafka – Uma Página da História da Psiquiatria na Literatura

Ana Duarte, João Revez, Carlos Siopa

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

E-mails: ana.p.duarte@chln.min-saude.pt, joao.r.lobes@chln.min-saude.pt, carlos.siopa@chln.min-saude.pt

Resumo

Franz Kafka viveu na mesma época e país que Freud e usou nas suas produções literárias técnicas de psicodinâmica que Freud viria a desenvolver. A narrativa literária kafkiana é caracterizada pela influência do expressionismo e pela presença de elementos grotescos e absurdos. Dado que a narrativa kafkiana é caracterizada pela forma realista com que o absurdo é descrito, pode até ser uma aproximação dos mecanismos de funcionamento da psicose. Na obra “A Metamorfose”, a metamorfose corporal aproxima-se dos fenómenos corporais observados na esquizofrenia e a detenção e o processo do protagonista de “O Processo” podem ser interpretados à luz dos delírios de perseguição.

A angústia para o homem freudiano e kafkiano surge do confronto entre desejo, pulsão e as normas sociais, sendo que o homem kafkiano viria a ser considerado a expressão de um legítimo diagnóstico do homem moderno, que vive sempre angustiado, sem esperanças e aprisionado.

Palavras chave: Kafka, literatura, psiquiatria, Freud

Abstract

Franz Kafka lived in the same time and country as Freud and used psychodynamic techniques in his literary productions that Freud would later develop. Kafka's literary narrative is characterized by the influence of expressionism and the presence of grotesque and absurd elements. Given that the Kafkaesque narrative is characterized by the realistic way in which the absurd is described, it may even be an approximation of the working mechanisms of psychosis. In the work “A Metamorfose”, bodily metamorphosis is close to the bodily phenomena observed in schizophrenia and the detention and trial of the protagonist of “O Processo” can be interpreted in the light of delusions of persecution.

The anguish for the Freudian and Kafkaesque man arises from the confrontation between desire, drive and social norms, and the Kafkaesque man would come to be considered the expression of a legitimate diagnosis of modern man, who is always anguished, hopeless and imprisoned.

Keywords: Kafka, literature, psychiatry, Freud

A obra de Kafka aborda o mal-estar do sujeito contemporâneo na cultura através de uma narrativa labiríntica. A crítica literária aproxima a escrita kafkiana do estilo grotesco, onde o realismo e o absurdo se misturam. O termo “kafkiano” tem sido utilizado para designar situações “estranhas” ou “surreais”. Ao ler Kafka, é possível perceber a fusão fascinante entre o sonho e a realidade narrada em tom de naturalidade e indiferença característica marcante do mundo kafkiano (Thomson, 1979). O encontro entre estes elementos tão díspares, realismo e absurdo, por vezes aproxima a narrativa kafkiana de um sonho, ou de um pesadelo. Os seus protagonistas caracterizam-se por uma infrutífera busca do sujeito pela felicidade, retornando muitas vezes sem sucesso, ao ponto de partida. (Anders, 1969).

Segundo Sartre (1997), um sentimento comum a todos os homens é a angústia pois é inerente à condição humana. Grande parte desta angústia resulta também da sociedade e suas imposições. De acordo com Freud, destas imposições sociais e da repressão dos desejos do homem, surge a angústia, sentimento no qual os seres humanos estão mais familiarizados, e o sentimento de estranheza, que muitas vezes é desvalorizado e pouco reconhecido como parte da existência humana.

Freud afirmava que historicamente não temos definições palpáveis sobre o significado da sensação de prazer e desprazer. Dessa forma, o prazer e o desprazer tornam-se acessíveis apenas pela quantificação da vida material, ou seja, o que se possui, não sendo possível quantificar bens abstratos.

Na psicanálise, essa busca pelo prazer que de uma certa forma dá sentido à vida dos humanos não pode ser vista como uma busca ilimitada. Existem barreiras e limites na busca desses prazeres, apresentados pela castração, na figura do pai, pois, sem isso, a busca pelo prazer de maneira desenfreada nos levaria ao encontro com a morte e a autodestruição. (Freud 2016) Em *O mal-estar na civilização* (2010), ao citar os autênticos valores da vida, Freud traduz o sentido genérico de felicidade nas pequenas realizações diárias dos indivíduos, adentrando, por vezes, em ilusões que os façam se sentirem vivos e pertencentes a algo materializado, como a religião, a arte, a ciência positivista, entre outras instituições sociais. Os valores da vida são construídos temporalmente, socialmente, religiosamente, politicamente, ou seja, são mutáveis e dependem de grupos sociais em que nos inserimos e das suas dinâmicas relacionais para se manterem se alterarem, consciente ou inconscientemente. (Freud 2014)

A eterna busca pelo prazer dá um sentido de que a vida só tem valor mediante a uma felicidade que pode ser alcançada, levando Freud a refletir sobre a questão da finalidade da vida humana. No entanto, o autor nunca encontrou uma resposta satisfatória, e talvez não a tenha sequer. Com esta sua visão, a vida torna-se, ironicamente, mais clara, já que o princípio da realidade é se deparar com a existência das impossibilidades de realização do prazer como força impeditiva. (Freud 2016)

As ações consideradas como desvios das regras socialmente construídas, tornam o princípio de realidade como infratora à felicidade do grupo. Assim, a busca pela satisfação individual pode chocar com a negação do grupo e aquilo que poderia ser felicidade individual torna-se desprazer coletivo. A diferença entre princípio de prazer individual e coletivo pode ser exemplificada como moral⁵ e ética. A moral é a formação individual e aquilo que está presente no seu ser; já a ética diz respeito às regras instituídas e aceites pela sociedade. Dessa forma, o prazer individual nem sempre está de acordo com o prazer coletivo, podendo causar conflitos ideológicos, em diferentes escalas e com diferentes consequências.

A origem da articulação entre psicanálise e literatura está nos primeiros trabalhos de Freud, numa fase ainda inicial de seu pensamento. E assim, por toda a extensão de sua obra, encontramos referências aos grandes escritores. Porém, Freud não desejava ser reconhecido por seus contemporâneos como um romancista. Freud utilizou a literatura para sustentar as conclusões da observação dos seus pacientes, bem como de seus próprios conflitos pessoais.

Franz Kafka ficou conhecido pela descrição e caracterização do sofrimento e mal-estar nas suas obras, termo esse que fica muito conhecido na psicanálise de Freud desenvolvida no início do século XX, mais precisamente por volta de 1930 e que ele nomeou originalmente de *Das Unbehagen*. É importante lembrar que esse termo de *Das Unbehagen* é um conceito de difícil tradução, em português traduz-se por mal estar, mas é possível ver na etimologia da palavra no alemão a existência de algo que liga o termo ao que conhecemos por desabrigo, de se estar em um ambiente hostil e inóspito.

O mal-estar descrito por Freud caracterizado por um ambiente inóspito, desfavorável, portanto não hospitaleiro e não familiar, é também o pano de fundo da literatura kafkiana. É também importante refletir acerca de outro conceito psicanalítico fundamental para a análise da literatura do Kafka: *Das Unheimliche*, que é o conceito de estranho, também de difícil tradução, mas que o próprio Freud ao escrever o seu ensaio *O inquietante*, tradução em português, faz um longo apanhado etimológico, relacionando o termo *Unheimliche* ao *Unbehagen*. Há então uma relação entre esse desabrigo e esse mal-estar com o inquietante ou estranho e ambos os conceitos são de fundamental importância dentro da psicanálise, porque pela sua forte ligação com o conceito de inconsciente. (Deleuze; Guattari, 2003)

Por outro lado, o conceito de *Unheimliche* tem uma especial importância para a psicanálise, porque ele expõe justamente o conceito desse próximo que é familiar e ao mesmo tempo é estranho. É então desse paradoxo de familiar e estranho simultaneamente que parte o inconsciente humano, que é algo familiar dentro de nós e ao mesmo tempo somos estrangeiros, pois não há um acesso controlado e seguro ao inconsciente, apenas nas exceções de sonhos, atos falhos, da arte entre outros. É possível imaginar esse ser descrito pela psicanálise com um indivíduo perdido no deserto ou em meio uma tempestade e que de certa forma precisa seguir para a casa para se proteger. É esse indivíduo desamparado e desprotegido que a psicanálise vai tomar como o indivíduo que todos nós somos. O paradigma da psicanálise é um indivíduo que vive esse *Unbehagen* e carrega dentro de si o *Unheimliche*, esse estranho. (Deleuze; Guattari, 2003)

Esses conceitos são tão importantes na literatura kafkiana porque Franz Kafka é um contemporâneo de Sigmund Freud. Ele nasceu vinte e sete anos após Freud e morreu de tuberculose bem mais cedo que seu antecessor, no ano de 1924, aos quarenta e um anos de idade. Ambos viveram épocas históricas parecidas, como o império Austro-Húngaro e o seu desmoronamento na primeira guerra mundial e apresentavam uma proximidade linguística:

apesar de Kafka morar em Praga, pertencia a uma minoria judia que falava alemão, dominava muito bem o theco mas falava e escrevia em alemão. (Carpeux, 2013)

Usar a obra kafkiana como um instrumento para a compreensão de determinados conceitos e modelos de pensamento é um exercício intelectual possível. Nenhum sistema de categorias é capaz de encerrá-la, ou mesmo de explicá-la satisfatoriamente.

A obra kafkiana é marcada pelo relato de situações estranhas ou incomuns, descritas, no entanto, de forma simples. Desta forma, o adjetivo “kafkiano” tem sido utilizado amplamente para assinalar uma situação tipicamente absurda, estranha ou tragicômica. O absurdo kafkiano fundamenta-se no encontro entre realismo e non sense grotesco (Anders, 1969). As palavras utilizadas são geralmente simples e o fluxo da narrativa oscila de forma realista entre o grotesco e o absurdo da trama. Isto provoca no leitor um mal-estar e uma sensação de estranheza característicos por precisar de lidar com familiaridade diante de uma situação absurda. (Konder, 1974)

Se por um lado reflete sobre aquilo que não gostaríamos de ver, por outro, o projeto literário kafkiano de trabalhar com esses elementos inconsciente e recalcado da cultura e do corpo possa ter relação com a própria situação existencial do próprio. Olhando para a biografia de Kafka, sendo pertencente a uma minoria de língua alemã judaica de Praga, uma espécie de minoria dentro da minoria, pode fazer-nos lembrar o conceito de estranheza e familiariedade ao mesmo tempo. Essa situação de estar fora e dentro ao mesmo tempo, estrangeiro dentro da própria realidade, fez com que Kafka vivesse essa rotina de estranheza de forma muito íntima, tanto na sua realidade social quanto psicológica. Estas características autobiográficas de Kafka podem ter contribuído para desenvolver uma série de características próprias na sua literatura. (Carpeux, 2013)

Apesar destas características, não podemos considerar que Kafka pertenceu ao movimento literário do grotesco e do absurdo, dado que sua obra foi escrita antes do período considerado pela teoria literária como vigente deste movimento, ou seja, a partir de 1950 (Szabolcsi, 1990).

Kafka fala do mal-estar, mas desloca-o, ou seja, transforma-o em literatura, criando um tipo de obra que permite refletir criticamente sobre esse mal-estar e, ao mesmo tempo, transforma-o em sátira social. É importante destacar que a literatura de Kafka não é uma “literatura de depressão”, mas sim uma literatura que permite um olhar crítico e por vezes irónico sobre nossa posição no mal-estar que nos modifica e nos permite inclusive fazer humor com esse sofrimento. (Deleuze; Guattari, 2003)

Entretanto, podemos pensar a influência da obra kafkiana, sobretudo em suas características expressionistas, como uma das influências sobre o movimento literário do absurdo e do grotesco. Szabolcsi (1990) considera o absurdo e o grotesco como uma “literatura que tem em Kierkegaard, Dostoiévski e, principalmente, Kafka, seus precursores, veiculando a redução e a destruição da individualidade”. O choque de opostos, entre o realismo e o absurdo, característico do grotesco, ressalta a fragilidade da condição humana.

Em certa medida, o absurdo kafkiano assemelha-se a um sonho: os elementos da narrativa apresentam fortes componentes simbólicos e do ponto de vista da lógica consciente do eu, o seu conteúdo é geralmente descrito como absurdo ou estranho. Podemos comparar a escritura do sonho com a narrativa kafkiana no eixo da presença destes elementos absurdos, estranhos e loucos do inconsciente. (Anders, 1969) A obra kafkiana, por ter estes elementos grotescos e absurdos, aproxima-se da lógica de funcionamento da psicose. A discussão da obra *A Metamorfose*, de Kafka, pode trazer ao debate a compreensão psicanalítica acerca da constituição do corpo na psicose, pois abre uma grande riqueza de possibilidades de discussão do assunto. (Deleuze; Guattari, 2003)

Por vezes, o traço onírico da obra kafkiana pode assumir a forma de um pesadelo vivido em realidade. No início da obra *Metamorfose*, observa-se que o protagonista Gregor Samsa desperta de sonos sobressaltados para viver um pesadelo em vigília: os tormentos de um homem metamorfoseado em inseto. A procura de Gregor por uma solução para o seu dilema é infrutífera, assim como a saga de Josef K. em *O Processo*, na tentativa de provar o engano do tribunal a seu respeito. Por mais que tentem avançar, ambos os protagonistas retrocedem infrutiferamente ao ponto de partida. Kafka conduz seu leitor rumo a um dilema sem resposta e o fim de ambos os protagonistas acaba por ser a morte. (Izquierdo, L. (s.d.))

A perspectiva pessimista sobre o processo criativo da obra de arte pode ser vista como reflexo da busca vã dos seus protagonistas. Alguns autores apontam que poderiam ser considerados o “duplo” das suas próprias aventuras e desventuras como pessoa e como escritor. Outros autores fazem referência ao facto de Kafka utilizar a letra “K” para nomear seus protagonistas: Josef K., em *O Processo*, o agrimensor K., em *O Castelo* e Karl Rossmann, em “Amerika”. Outro caso particularmente interessante é a identificação do protagonista Gregor Samsa, da obra *A Metamorfose*. O apelido “Samsa” é composto por cinco letras, assim como “Kafka”. Se se substituir as duas letras “s” por dois “k”, e a letra “m” por “f”, teremos o nome “Kafka” (Janouch, 2008).

Ao analisar as duas obras mais conhecidas de Kafka: *A Metamorfose* e *O Processo*, identificamos o absurdo kafkiano e diversos elementos e descrições que o estão também presentes em casos de psicose. Na *Metamorfose*, a complexa transformação corporal vivida por Gregor Samsa aproxima-se das manifestações corporais descritas na esquizofrenia. Assim, o termo “kafkiano” tem sido comumente utilizado para caracterizar situações estranhas, onde o real aproxima-se do absurdo. No *Processo*, a perseguição sofrida por Josef K. e sua fixação no outro são fenómenos que podem ser observados também em quadros de esquizofrenia, nomeadamente o subtipo paranoide. (Konder, 1974)

Na *Metamorfose*, a narrativa desenrola-se à volta da súbita metamorfose de Gregor Samsa em um inseto monstruoso e a partir disto, toda a sua vida se muda radicalmente. Gregor limita-se a viver restrito ao seu quarto e não pode mais trabalhar, o que o preocupa, pois sustenta a sua família. Para além disso, a família sente-se envergonhada, rejeita-o e o seu padrão alimentar também se altera, passando a preferir alimentos estragados e restos de comida. Gregor não questiona as causas de sua metamorfose e a narrativa aborda este aspeto. Este é um exemplo do grotesco kafkiano em toda a sua vicissitude e neste caso a metamorfose corporal de Gregor Samsa pode ser também semelhante às descrições de alucinações corporais que se observam nos quadros de esquizofrenia. (Janouch, 2008)

Kafka e Freud, mesmo depois de tanto tempo, permanecem relevantes, e ao que tudo indica, continuarão sempre atuais. A angústia de se viver em sociedade, o abandono surgido a partir dela e o sentimento de estranheza perante a vida experimentado pelos homens, não deixarão de existir enquanto estes estiverem imersos na cultura. Estes autores podem ser considerados como verdadeiros embaixadores da modernidade, pois conseguiram descrever com mestria os sentimentos que se tornaram mais evidentes com o passar do tempo. Sigmund Freud (1856-1939), criador de uma teoria que revolucionou e chocou a sociedade de sua época, a Psicanálise. Franz Kafka (1883-1924) deixou um legado de histórias e personagens que, inicialmente podem parecer absurdos e bizarros, mas que posteriormente, foi consagrado como um porta voz do mal-estar contemporâneo, do sujeito desconectado do sentido da sua vida.

Bibliografia

- Anders, G. (1969). *Kafka: pró e contra*. (J. Guinsburg, Trad.) São Paulo: Perspectiva.
- Carpeaux, O. M. (2013). *A história concisa da literatura alemã*. São Paulo: Faro editorial.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2003) *Kafka: para uma literatura menor*. Lisboa: Editions Minuit.
- Freud, S. (2016). *Além do princípio de prazer*. Porto Alegre: Editora L&PM, 2016.
- Freud, S. (2014). *As pulsões e seus destinos* (Obras incompletas de Sigmund Freud: 2). Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- Freud, S. (2016). *Neurose, Psicose e Perversão* (Obras incompletas de Sigmund Freud: 5). Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- Izquierdo, L. (s.d.). *Conhecer Kafka e sua obra*. Lisboa: Ulisseia.
- Janouch, G. (2008). *Conversas com Kafka*. (C. Luz, Trad.) São Paulo: Novo século.
- Konder, L. (1974). *Kafka: vida e obra* (4.^a ed.). (J. Alvaro, Ed.) Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.
- Szabolcsi, M. (1990). *Literatura universal do século XX: principais correntes*. (A. Jovanovic, Trad.) Brasília, DF, Brasil: Universidade de Brasília.
- Thomson, P. (1979). *The Grotesque*. London: Methuen & Co Ltd.

O Estudo de *Tuskegee*: Vulnerabilidade, Investigação e Cuidados Médicos

Eduardo Pinho Monteiro, Sónia Azenha

Hospital de Braga

E-mails: carlos.eduardo.monteiro@hb.min-saude.pt, sonia.azenha@hb.min-saude.pt

Resumo

Entre 1932 e 1972, o *Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male* levado a cabo pelo *United States Public Health Service*, seguiu 600 indivíduos, 399 dos quais com sífilis, com o objetivo de perceber a história natural desta doença. Os sujeitos incluídos não só não foram informados sobre o teor e objetivos do estudo, como não receberam tratamento até ao final do mesmo, em 1972, mesmo após surgimento da penicilina nos anos 40. O estudo só terminou após denúncia na imprensa, mesmo após revisão em várias reuniões de peritos nos anos 60.

Este estudo é um exemplo de como a vulnerabilidade individual e social teve impacto na história da doença mental e seu tratamento, levando à violação de direitos humanos e princípios éticos e deontológicos. Mesmo nos dias de hoje, o preconceito associado a diferentes grupos vulneráveis pode contribuir para disparidades nos cuidados médicos de que beneficiam.

Palavras-chave: sífilis, ética, investigação, cuidados de saúde

Abstract

Between 1932 and 1972, the United States Public Health Service followed 600 patients, 399 of them infected with *Treponema pallidum*, in the Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male. The objective of this study was to study the natural history of untreated syphilis. The included patients were not informed about the nature of the study and remained untreated, even after the discovery of penicillin in the 1940s. While the study's pertinence and ethical implications were subject to discussions in several expert meetings over more than three decades, it continued until a leak to the Associated Press resulted in its termination. The Tuskegee Study remains an example of how individual and social vulnerability can influence access to healthcare and may put susceptible groups at risk of human rights violation and unethical research.

Keywords: syphilis, ethics, research, healthcare

Entre 1932 e 1972, o *Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male* levado a cabo pelo *United States Public Health Service*, em Macon County, no Alabama, seguiu 600 indivíduos, 399 dos quais com sífilis. O objetivo do estudo era perceber a história natural da doença quando não tratada. Foram recrutados indivíduos negros, maioritariamente analfabetos e sem acesso a cuidados de saúde, residentes nas zonas rurais e empobrecidas do Alabama, a quem foi apenas pedida autorização para a realização das suas autópsias em caso de morte. Os sujeitos incluídos no estudo não foram informados sobre o seu diagnóstico nem assinaram qualquer consentimento informado. (Centers for Disease Control and Prevention, 2022)

No presente texto pretende-se fazer uma revisão histórica sobre este estudo, lembrando o contexto sociocultural e os moldes em que foi conduzido, suas repercussões a nível individual e social e ainda o seu papel na discussão sobre os princípios básicos da investigação em saúde.

No início do século XX, a sífilis era um problema de saúde pública a nível mundial. Por ser uma infeção de transmissão sexual, a sífilis era estudada e discutida num campo entre a investigação médica e o debate moral, um campo onde se discutiam, frequentemente em conjunto e de forma indiscriminada, conhecimentos médicos e questões morais.

Numa época em que a sociedade americana respirava ainda os ares da escravatura e em que a medicina se debatia com ideias de eugenia e de diferenças raciais, muitos médicos acreditavam que a população afro-americana estava condenada à extinção devido às suas “imperfeições biológicas”, à sua maior suscetibilidade à doença e aos “defeitos

morais” que a levavam a praticar “pecados sanitários”. (Reverby, 2009) Não admira, portanto, que no início do século XX, a sífilis fosse não só encarada como um problema de saúde pública que gerava preocupações médicas, como um problema social que levantava questões culturais e levava a debates sobre os perigos da “miscigenação”.

Nos Estados Unidos do início do século XX, as desigualdades socioeconómicas eram evidentes, não só entre áreas geográficas, como entre diferentes populações e o controlo da disseminação de doenças infecciosas merecia a atenção das autoridades de saúde e inspirava o apoio de fundos de beneficência. Entre 1930 e 1931, foi levado a cabo um projeto piloto financiado pela Fundação Rosenwald¹ e conduzido em conjunto com o *Public Health Service* americano em 6 zonas rurais dos Estados Unidos da América, projeto esse que visava prestar cuidados médicos e controlar a disseminação da sífilis. (White, 2000). As dificuldades no tratamento desta doença eram óbvias. Os tratamentos existentes no início dos anos trinta incluíam terapias de eficácia duvidosa, como tratamentos por febre ou tratamentos levados a cabo por curandeiros e tratamentos mais eficazes, mas nem por isso mais seguros, como a terapêutica com mercúrio, arsénio ou bismuto. Estes últimos raramente estavam disponíveis para a população geral devido ao seu custo elevado.

Há quem argumente que, por esta altura, os projetos de apoio médico a populações desprotegidas não teriam por base uma ideologia de solidariedade social ou a defesa do direito à igualdade de oportunidades e ao acesso aos cuidados de saúde, mas antes uma lógica de retribuição como parte de um contrato de trabalho. (Roy, 1996) Os cuidados de saúde seriam uma forma de preservação de uma mão de obra saudável, que era de extrema importância para a indústria do algodão, um dos principais motores da economia americana no início do século XX.

Em 1931, com o agravar da grande depressão, os fundos da Fundação Rosenwald para o projeto piloto começaram a escassear, pelo que este teve de ser terminado. Apesar das dificuldades de financiamento e logística, este projeto permitira imunizar indivíduos contra febre tifoide, difteria e varíola e ainda oferecer suplementação para combater doenças como a pelagra. Tinha beneficiado centenas de indivíduos dos condados de Macon, no Alabama; Abermarle, na Virgínia; Pitt, na Carolina do Norte; Bolivar, no Mississippi; Tipton, no Tennessee; e Glynn, na Georgia. As populações tinham ainda sido testadas para a sífilis com o objetivo de implementar tratamento e assim diminuir a transmissão da doença. Mesmo com índices de tratamento muito aquém dos desejados, o estudo foi considerado um sucesso. Os dados recolhidos permitiram estimar que cerca de 40% da população de Macon County estaria infetada com sífilis. Seria, aliás, a mais alta prevalência nas seis zonas em estudo. (Reverby, 2009)

A comparação entre as populações das seis regiões, suas condições de vida e o acesso aos cuidados de saúde, tinha permitido chegar à conclusão de que mais do que a raça, seriam as condições socioeconómicas a explicar a elevada prevalência de sífilis nestas comunidades. Com tratamento adequado e em massa, seria possível combater a transmissão da sífilis de forma eficaz. (White, 2000) De facto, por esta altura, a grande maioria dos residentes no chamado “Cinturão Negro” do sudeste dos Estados Unidos da América trabalhava em plantações, não tinha acesso a cuidados de saúde e vivia em situação muito precária. A população de Macon County não era exceção, já que era composta, na sua grande maioria, por indivíduos negros, com pouco ou nenhum acesso a infraestruturas de saúde ou de educação. Não existia na região qualquer hospital público, pelo que os cuidados de saúde eram maioritariamente prestados por curandeiros e parteiras. As duas únicas instituições envolvidas na prestação de cuidados de saúde eram o Hospital dos Veteranos e o Hospital Memorial John A. Andrew associados ao Instituto Tuskegee. Este último estava principalmente dedicado aos cuidados dos funcionários e estudantes do Instituto, ainda que prestasse também apoio regular à comunidade. As visitas aos poucos médicos existentes no condado ficavam reservadas para emergências e para os poucos com possibilidade de as pagar. As taxas de literacia eram extremamente baixas, já que, para além de as escolas serem escassas, tanto adultos como crianças passavam grande parte do tempo a trabalhar nas plantações de algodão. (Reverby, 2009)

A elevada prevalência de sífilis em Macon County não passou despercebida aos investigadores do *Public Health Service* que, com base nos dados epidemiológicos obtidos no estudo piloto, viram uma oportunidade de acompanhar uma coorte de indivíduos com vista a conhecer a história natural da doença e as possíveis diferenças que adviriam do seu tratamento adequado ou não.

¹ Esta Fundação, criada pelo magnata e filantropo americano Julius Rosenwald, tinha como objetivos principais o combate à desigualdade económica e racial através de ideais de resiliência individual, autoconfiança e autovalorização, um pouco por oposição às ideias mais revolucionárias dos ativistas raciais da altura. (Myers, 2017) Durante os cerca de 30 anos da sua existência, financiou projetos artísticos, habitacionais, de saúde e de educação de indivíduos de classes sociais desfavorecidas, na sua maioria de raça negra.

Para melhor entender o contexto em que surgiu este estudo, é necessário perceber também a génese do próprio *United States Public Health Service* (PHS). O PHS foi criado em 1782 como um misto de organização militar, ordem monástica e serviço de saúde pública, tendo em vista a investigação médica e o controlo de doenças infecciosas. Para tal, este serviço desenvolveu estudos envolvendo prisioneiros, indivíduos institucionalizados em asilos e ainda investigação observacional em zonas rurais. O estudo de *Tuskegee* inclui-se nesta última categoria. (Reverby, 2009) Os funcionários do PHS alternavam frequentemente entre trabalho de laboratório e trabalho de campo e tinham um espírito de missão que fazia com que muitas vezes fossem ultrapassados limites éticos e posta em causa a sua própria segurança. Quando deslocados para o trabalho de campo, os seus métodos levavam a tensão frequente com a população, as autoridades e os médicos da região. As infeções acidentais e mesmo intencionais dos colaboradores do PHS eram frequentes e vistas como atos heroicos que alimentavam um espírito de sacrifício em prol da pesquisa médica. (Reverby, 2009)

Assim, não é de espantar que o Dr. Taliaferro Clark, então chefe da Divisão de Doenças Venéreas do *United States Public Health Service* e responsável pela elaboração do relatório do estudo da Fundação Rosenwald, tenha visto a elevada prevalência de sífilis no Condado de Macon como uma oportunidade de realizar um “estudo naturalista” na região. O objetivo seria investigar os efeitos médicos e socioeconómicos da sífilis não tratada. Através de correspondência com os seus superiores e com figuras de relevo no campo da venereologia, Clark conseguiu o aval para avançar o estudo, mesmo sem ter sido escrito um protocolo formal. Para isso, foram recrutados homens negros entre os 25 e os 60 anos de idade, maioritariamente analfabetos e sem acesso a cuidados de saúde, a quem apenas foi pedida autorização para a realização de testes médicos e autópsias no Tuskegee Institute Veterans Administration Hospital. Em troca pela participação recebiam refeições e avaliações médicas gratuitas (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) acreditando estar a ser tratados quando apenas recebiam doses baixas de mercúrio, doses subterapêuticas de neoarsfenamida e/ou salicilatos. Tal como se pode ainda hoje ler na página oficial da Universidade de *Tuskegee*, era algo “(...) que a maioria dos negros só poderia sonhar em termos de assistência médica e seguro de sobrevivência.” (Tuskegee University, 2023) Ao contrário do que sucedeu no projeto piloto, as mulheres foram deixadas de fora, já que o diagnóstico das lesões genitais era mais fácil nos homens. Apesar de na região residirem brancos e negros e de a doença ser prevalente em toda a população, os indivíduos brancos foram intencionalmente deixados de fora do estudo. (Reverby, 2009) Os sujeitos incluídos no estudo nunca foram informados oficialmente sobre o seu diagnóstico nem assinaram qualquer consentimento informado.

O plano inicial seria fornecer tratamento aos indivíduos com sífilis precoce e manter os indivíduos com sífilis latente sem tratamento num estudo com dois braços – um com sífilis latente, com pouco ou nenhum tratamento, e outro sem sífilis, proveniente do mesmo contexto socioeconómico. A população original do estudo consistia em 399 homens com sífilis e 201 controlos. Prevvia-se que o estudo tivesse uma duração de seis meses a um ano e que envolvesse a colheita da história clínica, realização de análises ao sangue para diagnóstico da sífilis, punções lombares para a colheita de líquido cefalorraquidiano e radiografia torácica para diagnosticar possíveis danos cardíacos causados pela doença. O estudo seria realizado com o apoio do Hospital Memorial John A. Andrew associado ao Instituto Tuskegee, cujos funcionários estariam encarregues de fazer a ponte com a população, realizar parte dos exames necessários e administrar o tratamento. Seria a perspetiva de poder prestar tratamento com neoarsfenamida à população e os potenciais benefícios para a carreira dos seus funcionários o que teria convencido a direção do Hospital a participar no estudo. (Reverby, 2009)

O estudo arrancou em 1932 e os dados iniciais acabaram por revelar uma prevalência de sífilis inferior ao esperado, situando-se abaixo dos 20%. (Reverby, 2009) Os indivíduos com sífilis precoce e as suas companheiras começaram a ser tratados e, por isso, uma das primeiras preocupações dos membros do PHS foram os custos associados ao tratamento. Ao mesmo tempo, recrutar homens para a realização de punções lombares provou-se difícil. A resposta do PHS foi informar os homens de que a punção lombar fazia parte do tratamento ou prometer tratamento após a mesma. Para controlar os custos, os tratamentos prometidos passaram a consistir em pomada de mercúrio e ácido acetilsalicílico, entre outros produtos sem qualquer efeito no tratamento da sífilis. (Brandt, 1978) Assim, muitos dos homens recrutados para o estudo, aceitaram ser submetidos a punções lombares pensando que estas eram um tratamento ou acreditaram estar a ser tratados quando estavam a receber terapêuticas ineficazes. Além disso, nunca chegaram a saber realmente qual era a sua doença. Para melhorar a cooperação dos indivíduos no estudo, o PHS recrutou uma enfermeira negra do Instituto Tuskegee, Eunice Rivers, que permaneceu em funções ao longo dos 40 anos de duração do estudo. O seu papel era ser o principal contacto com a população e tratar da logística associada ao seu transporte para as consultas e exames. (Thomas & Quinn, 1991)

Mesmo com as dificuldades sentidas no terreno e com um protocolo formal inexistente, em 1933, o PHS aprovou a continuidade do estudo por achar que se tratava de uma oportunidade ímpar para recolher informação valiosa sobre a história natural da doença. Para tal, passaria a ser fundamental realizar autópsias para melhor documentar os efeitos da doença, as quais seriam realizadas no Hospital do Instituto Tuskegee. A promessa de pagamento dos serviços fúnebres passou a ser usada para aliciar os participantes e familiares, já que a maioria da população não tinha possibilidades de suportar os custos de um funeral condigno.

A validade científica do estudo foi posta em causa por alguns médicos e epidemiologistas, visto não haver forma de provar que as lesões documentadas em autópsia eram causadas pela sífilis e não devidas a outras causas. No entanto, o estudo prosseguiu.

Em 1934, quando a Fundação *Rosenwald* decidiu reimplementar o projeto de cuidados médicos e tratamento da sífilis, os homens incluídos no estudo foram intencionalmente deixados de fora. (Reverby, 2009)

Em 1936 foi elaborado e publicado o primeiro relatório do estudo. Neste primeiro relatório eram descritos os danos neurológicos e cardiovasculares da doença nos indivíduos com sífilis. Mesmo após a divulgação do estudo e seus resultados à comunidade científica, este prosseguiu. Este seria o primeiro de um total de doze relatórios, elaborados a cada 4 a 6 anos, até aos anos 60. (White, 2000) Estes relatórios não só não foram suficientes para acabar o estudo e tratar os pacientes, como serviram para o prolongar no sentido de obter mais informações sobre a doença. (Brandt, 1978)

Nos anos 40 a penicilina tornou-se o tratamento de primeira linha para a infeção, mas os indivíduos incluídos no estudo continuaram a não receber qualquer tratamento e foram, inclusivamente, tomadas medidas para que não tivessem conhecimento da sua existência.

Quando o estado americano recrutou homens para combater na segunda guerra mundial, o PHS tentou de várias formas que os indivíduos incluídos no estudo não fossem recrutados.

Após a segunda guerra mundial, o Julgamento de Nuremberga trouxe a discussão sobre os limites da investigação e sobre o papel coercivo das instituições e do Estado na mesma. Mesmo assim, o estudo continuou.

Ao longo dos anos, vários indivíduos obtiveram algum tipo de tratamento, mesmo que incompleto e mantiveram-se em estudo. Apesar das repercussões metodológicas da indefinição entre indivíduos tratados, não tratados e que receberam algum tipo de tratamento, o estudo prosseguiu.

Só no final dos anos 50 é que as primeiras críticas ao estudo começaram a surgir. Os movimentos de direitos civis e a discussão sobre princípios éticos em investigação médica que surgiram nos anos 60 levaram a que mais questões sobre a validade e as implicações éticas do estudo fossem levantadas. A metodologia do estudo e a validade estatística dos dados começaram também a ser postas em causa.

Em 1966, Peter Buxtun, na altura epidemiologista do *Public Health Service*, tomou conhecimento do estudo e escreveu uma queixa aos seus superiores sobre as implicações éticas e sociais do mesmo. Voltou a fazê-lo em 1968, meses após a morte de Martin Luther King. As suas cartas geraram preocupação no seio da organização, principalmente sobre as implicações políticas e sociais que o estudo poderia ter, mas não foram suficientes para o suspender. O estudo deveria continuar até à morte de todos os participantes e a realização das suas autópsias.

Só em 1972, após Bruxtun ter denunciado o estudo de *Tuskegee* à *Associated Press* e de este ter culminado na publicação do artigo “*Black men untreated in Tuskegee Syphilis Study*” pela jornalista Jean Heller é que o este foi terminado. (Breed, 2022)

Acredita-se que ao longo dos 40 anos de seguimento pelo menos 28 participantes tenham falecido de sífilis, 100 tenham falecido com complicações da doença e pelo menos 40 mulheres e 19 crianças tenham contraído a doença. Ernest Hendon, o último sobrevivente do estudo, faleceu de causas naturais a 16 de janeiro de 2004, com 96 anos. (McLellan, 2004)

A exposição mediática do estudo levou a uma reação social geral e espoletou debates entre a comunidade científica, médica e os defensores dos direitos das minorias.

O estado americano foi processado em Tribunal com a ajuda de Fred Gray, o mesmo advogado que tinha estado envolvido no caso de Rosa Parks. Em 1975, o processo resultou num acordo de indemnização de mais de 10 milhões de dólares para os sujeitos envolvidos e suas famílias. (McLellan, 2004)

O estudo de *Tuskegee* levou a uma ampla discussão sobre os princípios básicos da investigação em saúde e sobre a intervenção do estado nas mesmas. Em 1974, o estado americano homologou o *National Research Act* que culminou na criação da Comissão Nacional para a Proteção de Indivíduos Envolvidos em Investigação Comportamental

ou Biomédica. Esta comissão delineou os princípios básicos de atuação em investigação envolvendo humanos, os quais têm sido revistos regularmente desde então.

O estudo levou ainda à criação de comissões de ética, tanto nos anos 70, como durante a presidência de Bill Clinton, nos anos 90, que regulamentam e supervisionam a investigação biomédica. (Centers for Disease Control and Prevention, 2022)

Em 1997, Bill Clinton, fez um pedido de desculpas oficial aos participantes no estudo e suas famílias, enfatizando os seus efeitos na perda de confiança dos afroamericanos nos cuidados de saúde e na investigação médica. Clinton afirmou no seu discurso que o estudo passara de um simples evento histórico para se tornar um símbolo do racismo na medicina, da má conduta na investigação envolvendo seres humanos e do abuso da população negra. (Gamble, 1997)

A confiança nos cuidados de saúde e a participação dos afroamericanos na pesquisa médica parece ter ficado afetada até hoje e a sua representação em estudos médicos continua a ser inferior à da restante população. Apesar de a desconfiança de minorias na investigação médica parecer devida a vários fatores, tais como erros no recrutamento e à memória coletiva dos tempos da escravidão, as percepções sobre o estudo de Tuskegee parecem contribuir para a aparente menor participação das minorias raciais na investigação, seja pelo impacto sociocultural e mediático do estudo por si só, seja porque este foi ainda amplificado pela história prévia de discriminação e pela desigualdade que as minorias ainda enfrentam. (McCallum *et al.*, 2006) Paradoxalmente, a menor participação dos afroamericanos nos programas de saúde e na investigação acaba por resultar num prejuízo para os mesmos, já que ficam privados de melhores cuidados de saúde e menos representados na pesquisa médica. A título de exemplo, o estudo de Tuskegee foi citado como sendo um dos fatores a poder explicar o receio dos afroamericanos nos programas de saúde no contexto da epidemia de VIH (Thomas & Quinn, 1991) nos anos 90 e ainda hoje, quase 50 anos após ter terminado, muitos foram os que evocaram o estudo como fonte de incerteza no contexto da vacinação contra a Covid. (Lee, 2021)

A prática médica e a investigação desenvolvem-se num ambiente sociocultural que também é afetado pela memória coletiva e por ideologias políticas, daí que possam ser influenciadas por eventos históricos que moldam a opinião pública e geram desconfiança nas instituições.

O estudo de *Tuskegee* continua a ser um exemplo de como a vulnerabilidade social pode favorecer a violação de direitos humanos e princípios éticos e deontológicos, e de como a falta de confiança nas instituições pode ser alimentada por eventos históricos com repercussões no acesso aos cuidados de saúde e, consequentemente, na história natural da doença.

Bibliografia

- Brandt, A. M. (1978). Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study. *Hastings Center Report*, 8(6), 21-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/3561468>
- Breed, A. G. (2022, June 25). *How an AP reporter broke the Tuskegee syphilis story*. Associated Press. Acedido a 24 de abril de 2023, em https://apnews.com/article/tuskegee-study-experiment-syphilis-7743bd8c7d51fe0ef9a855b4bec69b1f?utm_source=apnews&utm_medium=relatedcontentmodule
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *CDC Tuskegee*. Acedido a 24 de abril de 2023, em <https://www.cdc.gov/tuskegee/index.html>
- Gamble, V. N. (1997). Under the shadow of Tuskegee: African Americans and health care. *American Journal of Public Health*, 87(11), 1773-1778. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.11.1773>
- Lee, K. (2021, February 21). *Decades later, infamous Tuskegee syphilis study stirs wariness in Black community over COVID-19 vaccine*. Acedido a 24 de abril de 2023, em <https://www.latimes.com/world-nation/story/2021-02-05/la-na-tuskegee-study-black-distrust-access-vaccine>
- McCallum, J. M., Arekere, D. M., Green, B. L., Katz, R. V, & Rivers, B. M. (2006). Awareness and knowledge of the U.S. Public Health Service syphilis study at Tuskegee: implications for biomedical research. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(4), 716-733. <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0130>
- McLellan, D. (2004, January 25). *Ernest Hendon, 96; Tuskegee Syphilis Study's Last Survivor*. Los Angeles Times. Acedido a 24 de abril de 2023, em <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2004-jan-25-me-hendon25-story.html>

- Myers, S. L. (2017). The Production of Black Ph.D.'s in Economics at Harvard University, 1905-1955. *The Review of Black Political Economy*, 44(1-2), 167-201. <https://doi.org/10.1007/s12114-017-9244-2>
- Reverby, S. M. (2009). *Examining Tuskegee: The Infamous Syphilis Study and Its Legacy (The John Hope Franklin Series in African American History and Culture)*.
- Roy, B. (1996). The Julius Rosenwald Fund syphilis seroprevalence studies. *Journal of the National Medical Association*, 88(5), 315-322.
- Thomas, S. B., & Quinn, S. C. (1991). The Tuskegee Syphilis Study, 1932 to 1972: implications for HIV education and AIDS risk education programs in the black community. *American Journal of Public Health*, 81(11), 1498-1505. <https://doi.org/10.2105/ajph.81.11.1498>
- Tuskegee University. (2023). *About the USPHS Syphilis Study*. Acedido a 24 de abril de 2023, em <https://www.tuskegee.edu/about-us/centers-of-excellence/bioethics-center/about-the-usphs-syphilis-study>
- White, R. M. (2000). Unraveling the Tuskegee Study of Untreated Syphilis. *Archives of Internal Medicine*, 160(5), 585-598. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.5.585>

A Depressão Dissecada em “Escuridão Visível” de William Styron

Francisca Bastos Maia¹, Elisa Ferreira², Vânia Martins Miranda¹

¹ Centro Hospitalar Universitário do Porto, ² Hospital Garcia de Orta

E-mails: franciscabbmaia@gmail.com, elisa.ferreira.med@gmail.com,
vaniamartins.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt.

Resumo

Permeado de referências literárias e mencionando o suicídio de vários artistas, o livro “Escuridão visível” relata a experiência da depressão na primeira pessoa. Ao percorrer esta obra, deparámo-nos com várias passagens que espelham os critérios diagnósticos de depressão. Através das palavras do escritor, viajámos pelas trevas desta doença e com ele emergimos da escuridão. Nesta travessia, percorremos a negação da doença, a sua constatação, a procura de ajuda refém do estigma do internamento psiquiátrico, que acabou por salvar o escritor do abismo do suicídio – “Em lugar de me sentir um invólucro oco, sentia-me novamente um corpo onde corria vida”. Quando o autor indaga sobre as causas da sua depressão, recorda eventos da sua infância como a depressão do pai e o luto precoce na sequência da morte da mãe quando tinha 13 anos. Assim, pretende-se fazer o paralelismo entre excertos da obra e os critérios diagnósticos para a perturbação depressiva.

Palavras-chave: depressão, suicídio, literatura

Abstract

With references of suicide of several artists, the book “Darkness Visible” recounts the depression in the first person. By browsing this book, we read passages that mirror the diagnostic criteria for depression. Through the words of the writer, we traveled through the darkness of this illness and emerged with him from the darkness. In this journey, we went through the denial of the illness, its acknowledgement, the search for help, the stigma of psychiatric internment, which saved the writer from the abyss of suicide – “Instead of feeling like a hollow shell, I felt like a body where life flowed again”. When the author asks about the causes of his depression, he recalls his father’s depression and early grief following the death of his mother when he was 13. The aim of this work is to draw parallels between excerpts from the book and the diagnostic criteria for depressive disorder.

Keywords: depression, suicide, literature

A depressão é uma perturbação psiquiátrica muito frequente, afetando anualmente aproximadamente 10% da população (Braz Saraiva & Cerejeira, 2014). Sabe-se que há vários artistas, desde pintores a escritores, que sofreram de depressão.

William Styron escreveu o livro “Escuridão visível”, permeado de referências literárias e mencionando o suicídio de vários artistas, onde relata a experiência da depressão na primeira pessoa. Nesta travessia, percorremos a negação da doença, a sua constatação, a procura de ajuda refém do estigma do internamento psiquiátrico, que acabou por salvar o escritor do suicídio – “Em lugar de me sentir um invólucro oco, sentia-me novamente um corpo onde corria vida”. Quando o autor indaga sobre as causas da sua depressão, recorda eventos da infância como a depressão paterna e o luto precoce da mãe que morreu quando ele tinha 13 anos.

Assim, pretende-se fazer o paralelismo entre excertos da obra e os critérios diagnósticos para a depressão.

De forma a constatar se o autor deste livro preenchia critérios para o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – 5.^a edição (DSM-5), a seguir transcrevem-se algumas citações encontradas ao longo da leitura deste livro que corroboram o preenchimento desses critérios.

O critério A da Perturbação Depressiva Major requer que cinco (ou mais) dos sintomas que a seguir se descrevem estejam presentes durante o mesmo período de duas semanas e representem uma mudança em relação ao

funcionamento anterior, sendo que, pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer (American Psychiatric Association, 2013).

O primeiro item do critério A pressupõe que esteja presente humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso) (American Psychiatric Association, 2013). A título de exemplo, o humor deprimido do autor é evidente nas seguintes passagens: “Era outubro, e uma das características mais inesquecíveis desta fase do meu distúrbio foi como a minha própria casa, a minha querida casa de há mais de 30 anos, passou a transmitir-me, quando o meu humor se afundava no seu nadir, uma sensação quase palpável de mau agouro.”; “A dor não dá tréguas, e o que torna a condição intolerável é a convicção profunda de que não tem remédio – nem daqui a dia, nem semanas, nem meses. Se sentimos algum ligeiro alívio, sabemos que é apenas temporário, o sofrimento voltará a apanhar-nos à esquina. É a desesperança, mais do que a dor, que nos esmaga a alma.”

Esta desesperança que William Styron refere é evidente na obra de Coimbra de Matos que defende que a depressão corresponde a uma desistência, uma renúncia (Coimbra de Matos, 2014). Coimbra de Matos refere que o vazio depressivo é um sentimento doloroso e uma constatação flagrante. Segundo ele, na depressão, constata-se um sentimento de vazio afetivo e de incompletude do ser. (Coimbra de Matos, 2014).

Já o segundo item do critério A requer uma acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013). A anedonia é notória, nomeadamente em citações como: “Em vez de prazer – do prazer que deveria sentir por me exporem nesta sumptuosa montra como sendo um génio brilhante –, sentia algo próximo de uma dor física real, embora indescritivelmente diferente.”; “Mas percebia que respondia de modo diferente aos prazeres da ilha.”; “O prazer da música, tal como sob qualquer outra forma, desaparecera da minha vida nos últimos meses (...)”.

Nestas citações, efetivamente, a diminuição do prazer do escritor com as coisas do presente é notória. Neste contexto, Coimbra de Matos refere que, no depressivo, a vida, com as suas festas, prazeres e atrativos, passa-lhe ao lado. Segundo o psiquiatra e psicanalista, nada ou pouco interessa e dá prazer no presente real e pouco ou quase nada é imaginado como bom ou apetecível no amanhã (Coimbra de Matos, 2014).

Segundo Coimbra de Matos, para o deprimido, recordar é viver. Só que a vida, a real, entretanto passa-lhe ao lado. É um espectador – a maioria das vezes de um filme inacabado. Assim, a prisão do deprimido ao passado não lhe permite apreender o presente e nele encontrar interesse (Coimbra de Matos, 2014).

No que diz respeito ao terceiro item do critério A – Perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013), através da leitura do livro não foi possível concluir se esta perda ou ganho de peso se verificou, no entanto, para cumprir o critério A, só é necessário preencher critérios para cinco dos nove itens que este critério abrange. Ainda assim, há uma citação do livro que nos faz suspeitar que tenha havido diminuição do apetite: “Aí ficava umas seis horas, literalmente paralisado, olhando esgazeado para o teto e à espera do momento do fim da tarde quando, misteriosamente, o calvário aliviava apenas o suficiente para empurrar qualquer coisa pela boca abaixo.”

Relativamente ao quarto item do critério A – Insónia ou hipersónia quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013), o autor manifesta insónia em diversos momentos da obra, particularmente: “Dito isto, um dos aspetos mais insuportáveis destes interlúdios era a impossibilidade de dormir.”; “(...) é por isso que uma insónia brutal ocorre tantas vezes e é o motivo mais provável de a manifestação da angústia ao longo do dia ocorrer com uma previsível alternância entre períodos de intensidade e alívio.”; A exaustão combinada com insónia é uma tortura extrema.”; “De qualquer forma, as minhas poucas horas de sono terminavam por volta das três ou quatro da manhã, quando ficava deitado a olhar para as trevas envolventes, questionando-me e contorcendo-me com a devastação que se apoderava da minha cabeça, e esperando pela chegada da madrugada que me permitiria uma apressada sesta, sem sonhos.”.

Por outro lado, o quinto item do critério A pressupõe agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013), especialmente refletida na seguinte citação: “Depressa se torna evidente que há uma maior lentidão nas respostas, uma quase paralisia, a energia psíquica desacelerada quase até zero. Por fim, o corpo é afetado e sente-se chupado, esgotado.”.

Coimbra de Matos descreve muito bem a lentificação psicomotora na sua obra “Depressão”, considerando que depressão se acompanha de um “cortejo de afrouxamento e inibição: o cinzento, a palidez e a lentidão de toda uma vida; a morte do sonho, da ambição e do progresso; um viver triste, sem horizontes e sem movimento, nem mudança/ transformação” (Coimbra de Matos, 2014). O autor refere que a síndrome de inércia e apatia é muito frequente

nos depressivos – porque perderam a iniciativa, habituando-se a serem comandados e tendo aceitado a proibição da espontaneidade (Coimbra de Matos, 2014). Desta forma, Coimbra de Matos enumera três sintomas básicos na síndrome depressiva: a tristeza, a inibição (ideativa e psicomotora) e a angústia (Coimbra de Matos, 2014).

Já o sexto item do critério A requer fadiga ou perda de energia quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013) e espelha-se em passagens como “Sentia uma certa dormência, uma fadiga, mas, sobretudo, uma fragilidade estranha – como se o meu corpo se tivesse de facto tornado mais delicado, hipersensível e, de alguma forma, desconjuntado e desajeitado, perdendo a coordenação habitual.”.

Para preencher o sétimo item do critério A, é necessário que se verifiquem sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013), que o autor revela nos seguintes exemplos: “Entre as muitas terríveis manifestações desta doença, tanto física como psicológica, o sentimento de ódio por nós mesmos – ou, de forma menos categórica, a perda da autoestima – é um dos sintomas mais universais e, à medida que o mal progredia, sentia-me cada vez mais inútil.”; “A perda de autoestima é um sintoma bem conhecido, e o meu próprio sentido de identidade evaporara-se, bem como a minha autoconfiança.”.

De acordo com António Coimbra de Matos, o sintoma patognomónico da depressão é a baixa autoestima (Coimbra de Matos, 2014). Este autor refere que, na depressão, existe uma culpa bem mais centrada sobre o próprio, uma reprovação de atos desastrosos para si mesmo. De acordo com o psiquiatra, é a culpabilidade inconsciente a minar constantemente toda a saúde possível do aparelho psíquico; a culpa, que é o mais potente veneno da função mental (Coimbra de Matos, 2014).

De acordo com Coimbra de Matos, o problema da depressão é o da lesão da autoestima. Segundo ele, o que se passa é que o mundo interior do depressivo se reduz a uma representação de si mesmo como impotente e desvalido (Coimbra de Matos, 2014).

O oitavo item do critério A pressupõe que se constate uma capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (American Psychiatric Association, 2013), expressas em: “Mas o meu comportamento era já resultado da doença, que progredira o suficiente para produzir algumas das suas mais famosas e sinistras características: confusão, falta de concentração e lapsos de memória que, numa fase posterior, se transformariam em desconexões anárquicas que dominavam toda a minha mente.”; “Não conseguia concentrar-me naquelas horas da tarde, que durante anos tinham sido as minhas horas de trabalho, e até o ato de escrever em si se tornara progressivamente mais difícil e cansativo; depois, estacou e, por fim, cessou.” e “Nesse outono, à medida que o distúrbio tomava conta do meu organismo paulatinamente, senti que a minha mente se transformava numa daquelas antigas cabines telefónicas de aldeia, lentamente inundada numa cheia: um a um, os circuitos normais foram ficando submersos, fazendo com que algumas funções do corpo e quase todas as minhas capacidades instintivas e intelectuais comessem a desligar-se.”.

Finalmente, no que concerne os pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio (nono item do critério A) (American Psychiatric Association, 2013), estes denotam-se em passagens como:

- “Esta certeza surpreendeu-me e encheu-me de um novo medo, porque se, até aqui, os pensamentos sobre a morte eram comuns a este meu “estado de sítio”, soprando-me pela cabeça como geladas rajadas de vento, nunca tinham sido mais do que fantasmas de ruína sem forma, como aqueles que, suponho, passam pela cabeça de qualquer pessoa a braços com um sofrimento grave. Contudo, agora era diferente, agora era a certeza de que amanhã, quando a dor me abraçasse novamente, ou no dia seguinte – certamente num futuro não muito distante – eu chegaria à conclusão de que a vida já não valia a pena e assim responderia, pelo menos para mim próprio, à pergunta fundamental da filosofia.”;
- “Tenho quase a certeza de que foi durante um destes transes de insónia que me ocorreu – uma revelação chocante e bizarra, como uma verdade metafísica longamente encoberta – que esta condição poderia custar-me a vida se continuasse por este caminho. A morte, como já disse, era agora uma presença diária, soprando sobre mim em rajadas frias. Ainda não tinha concebido exatamente como seria o meu fim. Resumindo, guardava ainda a ideação de um suicídio à distância. Mas era óbvio que a possibilidade estava ao virar da esquina, e que me confrontaria com ela em breve.”;
- “Perguntou-me se pensava em suicídio, e disse-lhe relutantemente que sim. Não lhe falei pormenores – parecia-me não haver necessidade de o fazer –, não lhe disse que, na realidade, muitos dos artefactos lá de casa se tinham transformado em potenciais instrumentos da minha destruição: as traves do sótão (e, lá fora, um ou outro plátano), uma forma de me enforcar; a garagem, o local onde seria possível inalar monóxido de carbono; a banheira, o recipiente para o sangue das minhas veias cortadas. As facas nas gavetas da cozinha tinham apenas

um propósito para mim. A morte por enfarte parecia-me particularmente convidativa, absolvendo-me de uma responsabilidade ativa, e passara-me pela cabeça apanhar uma pneumonia de propósito – um longo passeio, gelado, em mangas de camisa, pela floresta numa noite de chuva. E não me tinha esquecido da possibilidade de encenar um desastre, *à la* Randall Jarrell, atirando-me para a frente de um camião na autoestrada perto de casa.”;

- “Há qualquer coisa de teatral nisto tudo e, durante os dias seguintes, enquanto eu prosseguia fleumaticamente nos meus preparativos para pôr fim à minha vida, não conseguia libertar-me de um certo sentimento de melodrama – um melodrama que eu, a vítima de um auto-homicídio, era simultaneamente o solitário ator e o único espectador na plateia. Ainda não escolhera a forma que tomaria a minha partida, mas sabia que era o passo seguinte, a dar muito brevemente, tão inescapável como a chegada da noite.”;
- “Observava-me com um misto de terror e fascínio à medida que me envolvia nos preparativos: visitar o meu advogado – para rescrever o meu testamento no seu escritório – e passar várias tardes numa tentativa atabalhoada e confusa de deixar uma carta de despedida para a posteridade. Percebi que a tentativa de compor um bilhete suicida, que sentia uma necessidade obsessiva de deixar, era a mais difícil tarefa que alguma vez encetara como escritor. (...) Mas mesmo as poucas palavras me pareceram demasiado longas, e rasguei todos os meus esforços, decidido a sair de cena em silêncio.”.

Coimbra de Matos refere que a motivação para desejar a morte se deduz da vivência depressiva. Acrescenta que morrer aparece, naquele momento, como uma solução “razoável”: interromper uma caminhada de insucessos ou não aceitar uma vida com excessivos sofrimentos, desgaste ou desaires, uma vez que a morte pode acenar como uma promessa de alívio (Coimbra de Matos, 2014). Refere também que a depressão é a razão principal da desistência da vontade de viver.

O autor refere que, nos indivíduos com depressão, a vida deixa de ter colorido; só o suicídio, a frio, na desistência lógica, parece ter sentido – o remate coerente do logro de uma vida, o futuro para onde aponta um passado de ilusão e um presente de miséria (Coimbra de Matos, 2014).

A morte, a autêntica, é a morte da Razão, de uma razão que é a razão de viver. Coimbra de Matos considera que a morte surge, no deprimido, como algo agradável. A vida é luta e realização; mas o depressivo quer uma paz eterna, um sonho contínuo, uma passividade total (Coimbra de Matos, 2014).

À semelhança do que diz William Styron sobre o suicídio ser um auto-homicídio, Coimbra de Matos refere que todo o suicida é um assassino em potência, um assassino invertido (Coimbra de Matos, 2014).

Por outro lado, no que diz respeito ao critério B – Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013), a maior prova do impacto da perturbação depressiva do escritor no seu funcionamento foi o facto de esta ter culminado em internamento. O autor atribui a sua recuperação ao tempo passado no internamento, evidente nas seguintes passagens: “Na realidade, o hospital foi a minha salvação, e é de certa forma paradoxal que tenha sido neste local austero, com as suas portas reforçadas e trancadas, nos seus desolados corredores – o som de ambulâncias a apitar noite e dia dez andares abaixo – que encontrei o repouso e o apaziguamento do furacão que assolava o meu cérebro, aquele que não conseguira encontrar no sossego da minha casa de campo.” e “O hospital funcionou como um apeadeiro, um purgatório. Quando fui admitido, a minha depressão parecia tão profunda que, na opinião de alguns membros da equipa, era um sério candidato à eletroconvulsivoterapia – tratamento de eletrochoques, como é vulgarmente conhecida.”.

Relativamente às causas da depressão, o autor indaga se a morte precoce da mãe ou a depressão paterna poderão estar envolvidas. De facto, Coimbra de Matos refere que, seja qual for o tipo de sofrimento psíquico, existe sempre um grão – ou megálito – de verdade histórica subjetiva: a indiferença ou malevolência, o desamor, a incapacidade de relacionar-se amavelmente do ou dos objetos privilegiados da infância. Este acrescenta ainda que a depressão é a consequência da perda ou rotura de uma relação que sempre esteve aquém do desejo e do fantasma (Coimbra de Matos, 2014). Coimbra de Matos refere que, no recôndito da alma do depressivo, habitam mortos-vivos, esses objetos da infância e adolescência. Segundo ele, o depressivo viveu insuficientemente as suas relações passadas (Coimbra de Matos, 2014).

Abraham descreve a “distímia primária” infantil, como núcleo original da depressão do adulto e refere o desapontamento ou desilusão com os pais como o seu fator etiológico específico (Coimbra de Matos, 2014).

Coimbra de Matos refere também que o núcleo do sofrimento depressivo é o sentimento de falta de afeto, de carência afetiva – essa dolorosa brecha no sentir do ser, e tão difícil de colmatar, que mergulha as suas raízes num passado longínquo, infantil e precoce. É esse sentimento profundo de que a vida foi e é pobre de afeto,

em que, no balanço entre a tristeza e a alegria, o volume da primeira se mostra sempre como maior. Foi é uma vida triste. E é-o porque o foi; o ferrete do passado marca o destino do presente (Coimbra de Matos, 2014).

De acordo com Coimbra de Matos, é preciso detetar a rotura da ligação afetiva com os objetos infantis, por onde se escoia o pouco afeto parental que recebeu na infância, agravando progressivamente a depressão (Coimbra de Matos, 2014).

Para além disso, ele descreve a depressão como caracterizando-se, num primeiro tempo pelos sentimentos de abandono, e num segundo tempo, pelos sentimentos de lesão da autoimagem, ou melhor dizendo de insuficiência da autoestima (Coimbra de Matos, 2014).

Tendo em conta que para ser realizado o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major é necessário que o doente preencha pelo menos cinco itens do critério A e o critério B, podemos concluir que o escritor apresenta o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major.

Ao percorrer esta obra, deparámo-nos com várias passagens que espelham os critérios diagnósticos de depressão. Através das palavras do escritor, viajámos pelas trevas desta doença e com ele emergimos da escuridão.

Efetivamente, a perda precoce da mãe com 13 anos e a depressão paterna podem ter contribuído para a depressão de William Styron, apesar de a depressão ser uma doença multifatorial.

Finalmente, é importante referir que obras que refletem a experiência da depressão na primeira pessoa são importantes para diminuir o estigma relacionado com as doenças mentais e sensibilizar a população em geral para os sintomas e os desafios que as pessoas com depressão enfrentam.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Guia de referência rápida para os Critérios de Diagnóstico DSM-5*. Climepsi Editores.
- Braz Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Coimbra de Matos, A. (2014). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

A Evolução do Conceito de Luto nos Sistemas de Classificação

José Miguel Paupério, João M. Borges, Maria João Peixoto

Centro Hospitalar Universitário de São João

Emails: jmpauperio@gmail.com, drjoaomborges@gmail.com, mpeixoto@chs.j.min-saude.pt

Resumo

A conceptualização do luto como patologia psiquiátrica tem vindo a apresentar uma marcada importância na semiologia psicopatológica. Apesar de ser uma entidade cuja existência é comprovada por antropologistas, sociólogos e profissionais de saúde em múltiplos períodos da História, com uma expressão transcultural inegável, a construção do seu conceito como patologia só começou a ser estudada e sistematizada no início do século XX. A evolução do conhecimento das suas características levou a que fosse citado desde condição cultural até critério de exclusão, diagnóstico diferencial ou comorbilidade de perturbações mentais. Assim, a necessidade de integrar o mesmo num modelo consensual de diagnóstico promoveu um desenvolvimento do seu conceito clínico. Neste âmbito, pretendemos rever algumas das suas mais importantes descrições clássicas e de que forma evoluíram até à sua integração como entidade diagnóstica nas mais recentes versões dos sistemas de classificação na área da saúde mental: ICD-11 e DSM-5-TR.

Palavras-chave: luto, psicopatologia, DSM-5-TR, ICD-11

Abstract

The conceptualization of grief as a psychiatric pathology has been presenting a marked importance in psychopathological semiology. Despite being an entity whose existence is proven by anthropologists, sociologists and health professionals in multiple periods of history, with an undeniable cross-cultural expression, the construction of its concept as a pathology only began to be studied and systematized in the early 20th century. The evolution of knowledge of its characteristics has led to it being cited from cultural conditions to exclusion criteria, differential diagnosis or comorbidity of mental disorders. Thus, the need to integrate it into a consensual diagnostic model promoted the development of its clinical concept. In this context, we intend to review some of its most important classic descriptions and how they evolved until their integration as a diagnostic entity in the most recent versions of classification systems in the mental health area: ICD-11 and DSM-5-TR.

Keywords: grief, psychopathology, DSM-5-TR, ICD-11

Introdução

O luto é uma experiência vivencial humana quase universal, em grande parte inevitável e dolorosa. Apesar de ser uma entidade cuja existência é comprovada por antropologistas, sociólogos e profissionais de saúde em múltiplos períodos da História com uma expressão transcultural inegável, a construção do conceito de luto como patologia apenas assumiu particular importância já no século XX. Sabendo que o luto maioritariamente se expressa de forma mais intensa imediatamente após a perda e apresenta um esbatimento significativo no período de meses subsequente, o luto intenso pode persistir durante longos períodos e com importante impacto funcional em determinados indivíduos e, nestes casos, a sua caracterização torna-se particularmente importante. Neste trabalho, pretende-se fazer uma breve revisão sobre a evolução do conceito do luto na comunidade médica que culminou na sua inclusão nos manuais de diagnóstico atuais.

Uma breve nota histórica

Apesar da conceptualização do luto como patologia psiquiátrica e a sua interpretação através dos modelos de saúde só ter começado a ser estudada e sistematizada de forma significativa no início do século XX, já vários investigadores tinham apresentado alguns trabalhos importantes previamente a esse período (Granek, 2010). Por

exemplo, a primeira vez que o conceito de luto é verdadeiramente interpretado no âmbito da medicina foi em 1651, quando é publicado postumamente o livro *The Anatomy of Melancholy*, onde **Robert Burton (1577-1640)** referia-se ao luto como uma “*cruel torture of the soul*”, introduzindo o conceito de melancolia e fazendo a distinção entre a melancolia que seria doença e a melancolia que seria apenas uma reacção normal a acontecimentos quotidianos (como a morte de um ente querido) (Burton, 1938). Este livro contribuiu assim para o início do desenvolvimento mais sistematizado do luto como um conceito médico no sentido em que terá incluído pela primeira vez o conceito do luto no domínio da medicina, contrastando com a sua interpretação exclusivamente de cariz espiritual e/ou religioso que era comum nos tempos que o antecederam. Já mais tarde, no final do século XVIII, **Benjamin Rush (1745-1813)**, um médico americano, incluiu o luto no seu livro *As Doenças da Mente*, embora sem considerar que as pessoas de luto estivessem necessariamente doentes (Rush, 1980). Rush descreveu uma lista de sintomas característicos das pessoas durante um processo de luto, (tais como dificuldades na articulação da fala, febre, suspiros, perda de memória, e o desenvolvimento de cabelo grisalho) e enumerou várias opções de tratamento, apresentando uma variedade de abordagens terapêuticas que incluíam desde o uso de ópio, à provocação de choro, e, em casos intensos, ao possível recurso a sangrias e purgas. Por fim, já no século XIX, o célebre biólogo inglês Charles Darwin (1809-1882) também abordou, de forma um pouco superficial, a conceptualização do luto nas suas investigações (Darwin & Ekman, 1972). **Darwin** no seu livro sobre a expressão de emoções (1872) também fez uma distinção entre uma forma activa e uma forma passiva do luto, que ele afirmava terem diferentes etiologias apesar de não caracterizar as mesmas.

No entanto, tal como previamente referido, é já no século XX que surgem os primeiros estudos aprofundados da psicologia do luto. *The Foundations of Character: Being a Study of the Tendencies of the Emotions and Sentiments* (Shand, 1914) foi escrito por **Alexander F. Shand (1858-1936)**, membro fundador da British Psychological Society em 1901, e descreveu quatro tipos de reacções no luto: activa e dirigida agressivamente para o mundo exterior; depressiva e sem energia; suprimida através do autocontrolo; caracterizada por actividade frenética. Mas foram as teorias psicoanalíticas publicadas no início do século por **Sigmund Freud** que tiveram mais impacto nos trabalhos contemporâneos da conceptualização do luto. A postura das ideias freudianas de avaliar o comportamento humano num espectro contínuo entre o normal e o anormal e o seu foco nas circunstâncias quotidianas triviais como fonte de interesse para a psicanálise promoveram que estas fossem consideradas como objeto de estudo no âmbito da psicologia e da psiquiatria (Granek, 2010). Em 1917, Freud publica “*Luto e Melancolia*”, sendo pioneiro na diferenciação do processo de luto normal e anormal como também na distinção entre este e a melancolia (nome pelo qual eram designadas as atuais depressões ou, na sua versão oficial, a “Depressão Major”) (Freud, 1922). Nessa publicação, Freud apresenta o contraste entre o luto, um processo adaptativo saudável, e a melancolia, um processo crónico patológico, afirmando até que o luto é um processo necessário e que a intervenção médica poderá mesmo ser prejudicial (contrastando com a melancolia que requer uma abordagem terapêutica). No entanto, a primeira pessoa a conceptualizar verdadeiramente o luto como possível entidade patológica foi **Helene Deutsch (1884-1982)** no seu ensaio, *The Absence of Grief*, publicado em 1937. Enquanto Freud nunca afirmou peremptoriamente que o luto se pode tornar patológico em situações que se manifesta por demasiado tempo ou de forma demasiado intensa, Deutsch legitimou esse conceito, apresentando ainda outro tipo de “luto patológico”: o que está ausente ou não é expresso, acrescentando ainda que o luto não manifestado ou reprimido ressurgirá de outras formas se não for abordado e tratado (Deutsch, 1937).

O desenvolvimento do conceito de luto como entidade diagnóstica acompanhou, portanto, a forte influência das correntes de pensamento psicanalíticas que eram dominantes do início do século XX, muito por influência do trabalho de Freud, mas estas contrastavam com a abordagem de Emil Kraepelin (1856-1926) que procurava uma abordagem mais objetiva da classificação das doenças de foro psiquiátrico. Nesse contexto, e tendo por base esta linha de pensamento de Kraepelin, o psiquiatra alemão **Erich Lindemann** publicou “*Symptomatology and the Management of Acute Grief*” em 1944, tendo sido um ponto fulcral no desenvolvimento do conceito do luto pois foi o primeiro a apresentar um estudo empírico completo nesta temática: ao entrevistar 101 sujeitos que teriam sido recentemente enlutados, Lindemann apresentou um estudo sistemático que permitiu uma representação objetiva do que o processo de luto implicava (Lindemann, 1944). Desta forma, apesar de não propor formalmente critérios diagnósticos para a patologia do luto, terá identificado alguns dos principais sintomas que pareceriam ser patognomónicos do mesmo: perturbações somáticas, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reacções hostis e perda de padrões de conduta. Para Lindemann, a distinção do luto normal e patológico seria feita através da avaliação da intensidade destes sintomas e da sua falta de resolução e, contrariamente a outros colegas com trabalhos publicados previamente, defendia uma intervenção ativa dos psiquiatras no plano terapêutico do processo de luto.

Vários trabalhos se seguiram influenciados pela abordagem mais objetiva e sistematizada de Kraeplin e Lindemann, mas foi o psicanalista inglês **John Bowlby** (responsável por desenvolver a Teoria da Vinculação) que, no início dos anos 60, apresentou pela primeira vez o processo de luto como uma progressão através de fases distintas, considerando o luto como patológico quando se verifica uma incapacidade de chegar à fase final do luto normal, ou seja, uma incapacidade de aceitar a perda, renunciar ao anseio persistente por essa figura e de formar novas vinculações com outros (Bowlby, 1961). **Colin Murray Parkes** expandiu o trabalho de Bowlby para desenvolver as Quatro Fases do Luto, sendo a primeira vez que se define a resposta psicológica natural à perda como uma progressão de diferentes fases que estariam individualmente classificadas e caracterizadas: *Shock and Numbness; Yearning and Searching; Disorganization and Despair; Reorganization and Recovery* (Parkes, 1972). No seguimento destas publicações, **Elisabeth Kübler-Ross**, uma psiquiatra suíça, usou o modelo conceptual do luto como progressão de diferentes fases para formular um modelo em cinco fases para a experiência de doentes terminais confrontados com a sua morte iminente (Kubler-Ross, 1969). No livro “On Death and Dying” (1969), foram apresentadas cinco fases que estariam descritas por uma ordem sequencial lógica (*Negação, Raiva, Negociação, Depressão e Aceitação*) mas o indivíduo não teria que experienciar as fases do Luto por esta ordem nem teria que passar por todas no seu processo de luto. Apesar de atualmente serem contestadas pela comunidade científica, as cinco fases de Kübler-Ross foram à data um paradigma rapidamente absorvido no estudo dos enlutados e dos doentes terminais, sendo ainda hoje muito comum o seu reconhecimento por autoridades médicas e até mesmo pela população geral.

A evolução do luto como entidade diagnóstica

Apesar da conceptualização do luto ser alvo de reflexão séria desde o início do século XX, a sua integração nos manuais de diagnóstico só começou a ser pensada na década de 1990. Stroebe, Gergen, Gergen e Strobe escreveram que, quando aplicado ao luto, o paradigma moderno sugere que as pessoas precisam de recuperar do seu estado emocional e regressar ao seu funcionamento normal tão rápido e eficientemente quanto possível, encorajando as pessoas que sofreram perdas a responder injustamente desta forma; a resposta emocional debilitante do luto seria assim, no limite, interpretada como uma interferência incómoda nas rotinas quotidianas da vivência humana moderna (Stroebe *et al.*, 1992). Desde então, múltiplos trabalhos de investigação foram publicados no sentido de sistematizar o conceito clínico do luto e deste ser integrado nas versões mais atualizada dos manuais de diagnóstico (Prigerson, Kakarala, *et al.*, 2021). No **DSM-IV** (1994) e na **CID-10** (1993) é feita a distinção entre o luto normal e a Perturbação Depressiva Major, mas não se reconhece que as manifestações de luto possam tornar-se patológicas. No entanto, ambas consideraram que este seria um assunto a ser estudado no futuro. Até 1995 não existiam critérios universalmente aceites para o seu reconhecimento e avaliação, tendo surgido nesse ano o *Inventory of Complicated Grief* (ICG) como resultado do trabalho de uma equipa liderada pela investigadora **Holly Prigerson** (Prigerson *et al.*, 1995). O ICG isolou os sintomas de luto patológico dos de luto normal e da depressão relacionada com o luto, tornando-se numa ferramenta de avaliação do Luto Patológico que era fundamental para a produção de estudos que o permitiram caracterizar como uma entidade diagnóstica própria. Tendo por base o trabalho de 1995, foi possível em 2009 apresentar um conjunto de critérios para o *Prolonged Grief Disorder* que podia identificar de forma precisa e fiável os enlutados com a validade psicométrica necessária para se propor a sua inclusão no DSM e no ICD (Prigerson *et al.*, 2009). Neste contexto, e especificamente falando do contexto nacional, foi publicado em 2011 na revista *Acta Médica Portuguesa* (Delalibera *et al.*, 2011) um estudo que permitiu a validação deste instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa (cujos critérios eram a vivência de uma experiência de perda geradora de intensas saudades e anseio pelo falecido que se estende por um período superior a 6 meses; sintomatologia emocional, cognitiva e comportamental e significativa disfunção da vida social e ocupacional), que obteve a seguinte conclusão: “A experiência de perda de um ente significativo é dos eventos normativos que maior sofrimento emocional acarreta. Numa significativa percentagem de pessoas assume mesmo manifestações incapacitantes que não revertem com o decorrer do tempo e cujas características patológicas não se enquadram nos actuais sistemas de classificação nosológica. Justifica-se então a definição consensual de critérios específicos para a Perturbação de Luto Prolongado, bem como a criação de uma medida de diagnóstico que permita sinalizar as pessoas que maior necessidade tem de intervenção especializada. O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13), revela ter boas qualidades psicométricas na sua adaptação e validação para a população portuguesa, demonstrando ser de fácil aplicação.”

Dando seguimento ao publicado no DSM-IV que propunha repensar o conceito de luto patológico em edições futuras, no **DSM-5** (2013) o luto passou a ser aceite como uma possível condição coexistente com a depressão,

estando ainda o “*Prolonged Grief Disorder*” integrado na categoria “*Disorders Requiring Further Study*”. No entanto, e em paralelo com a equipa responsável pelo desenvolvimento do DSM, um grupo de trabalho do **CID-11** (2019) liderado pelo psiquiatra Andreas Maercker, reconheceu que se devia reconhecer “*Prolonged Grief Disorder*” como uma entidade clínica própria (Boelen *et al.*, 2019). Assim, foi só em 2019 com a publicação da 11.ª edição do CID que se definiu pela primeira vez o luto prolongado com características patológicas como uma entidade diagnóstica própria e individualizada. Mais recentemente ainda, o grupo de trabalho responsável pela atualização do DSM e pela criação do **DSM-5-TR** (2022) decidiu acompanhar a proposta do grupo de trabalho do CID-11 e optou pela inclusão da entidade individualizada de “*Prolonged Grief Disorder*” no seu manual (Prigerson, Boelen, *et al.*, 2021). Inicialmente foi proposta sua inclusão no capítulo do DSM sobre perturbações depressivas, tendo a APA optado por incluir “*Prolonged Grief Disorder*” no capítulo sobre trauma e perturbações relacionadas com o stress. Assim, só em 2022 com esta última atualização do DSM é que este conceito foi apresentado como uma entidade clínica distinta nos dois principais manuais de diagnóstico existentes, apresentando características muito semelhantes entre estes, mas ainda com algumas diferenças significativas (ver Tabela 1). No entanto, a validade psicométrica das duas classificações tem sido testada e comprovada em vários estudos recentes (Lenferink *et al.*, 2022).

	CID-11	DSM-5-TR
Trigger	Morte de uma pessoa próxima ao enlutado	
Fatores-Chave	Preocupação ou saudade persistentes com impacto funcional	
Características	Dor emocional intensa que se pode manifestar como tristeza, culpa, raiva, negação, dificuldade em aceitar a morte, sensação de ter perdido uma parte de si próprio, apatia emocional ou dificuldade em envolver-se em atividades sociais e/ou outras.	Pelo menos 3 dos seguintes têm estado presentes na maioria dos dias a um nível clinicamente significativo durante pelo menos o mês passado: perturbação da identidade, incredulidade, evitamento de memórias, dor emocional intensa, dificuldade em reintegrar-se no quotidiano, apatia emocional, sensação de que a vida não tem sentido, solidão intensa.
Duração	Pelo menos 6 meses após a morte	Pelo menos 1 ano após a morte
Outro	Impacto significativo na funcionalidade e claramente excede as normas sociais, culturais e religiosas expectáveis.	Impacto significativo na funcionalidade a nível pessoal, familiar, educacional, ocupacional ou outras áreas; período claramente excede o expectável tendo em conta as normas religiosas, culturais ou sociais.

Tabela 1. Critérios para *Prolonged Grief Disorder* propostos nos manuais de diagnóstico CID-11 e DSM-V-TR

Considerações para o futuro

Apesar de todos os algoritmos de diagnóstico partilharem sintomas em comum (saudade profunda, dificuldades em estabelecer relações, evitamento de memórias, pensamentos intrusivos e perturbações do funcionamento), existem também algumas diferenças importantes entre estes que dificultam a avaliação consensual da mesma entidade diagnóstica e que requerem novas avaliações no futuro para uma optimização destes critérios. Por exemplo, enquanto que no CID-11 se refere que a aplicação do algoritmo só poderá ser feita após 6 meses, o ICG não refere nenhum limite temporal e o DSM-V-TR apresenta como limiar temporal da avaliação o período de 1 ano. Mas não são só os critérios propostos que são alvo de discussão na comunidade científica. Alguns autores, baseando-se em trabalhos recentemente publicados na área da neurobiologia, questionam as classificações em vigor no ICD-11 e no DSM-5-TR pois consideram que o “*Prolonged Grief Disorder*” poderia ser melhor classificado como uma condição distinta, que seria provocada por uma perturbação do sistema de recompensa (Kakarala *et al.*, 2020). Esta ligação à perturbação do sistema de recompensa foi sugerida pela primeira vez num estudo de ressonância magnética funcional (O'Connor *et al.*, 2008) que constatou que os enlutados com critérios para o diagnóstico de “*Prolonged Grief Disorder*” tinham uma maior activação no núcleo accumbens (Nac) quando mostraram uma fotografia do seu ente querido falecido. Mais estudos neste sentido têm sido publicados, levando a que, tendo por base esta hipótese e os fundamentos neurobiológicos já apresentados, alguns autores proponham novos estudos de

terapias alternativas à prática atual, apresentando até mesmo o exemplo da naltrexona como uma possível opção terapêutica válida (Gang *et al.*, 2021).

Conclusão

Apesar da evolução do conceito de luto ter sido amplamente discutida ao longo do tempo, a sua integração nos Manuais de Diagnóstico foi muito recente e ainda é alvo de ampla discussão na comunidade médica. Embora se tenha verificado um aumento exponencial nas últimas décadas da evidência científica, promovido pelas medidas padronizadas e desenvolvidas com a validade psicométrica necessária para uma avaliação das características do luto, há uma necessidade de aplicar e interpretar estes resultados obtidos nos múltiplos contextos culturais e históricos presentes na sociedade moderna atual. Assim, apesar de um avanço significativo na compreensão dos parâmetros que definem as respostas patológicas à morte de um ente querido, serão necessários novos trabalhos no futuro que repliquem estes resultados para não só melhorar a precisão e a generalização deste diagnóstico, mas também para otimizar a eficácia das opções terapêuticas disponíveis para o mesmo.

Bibliografia

- Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., & Smid, G. E. (2019). Further evaluation of the factor structure, prevalence, and concurrent validity of DSM-5 criteria for Persistent Complex Bereavement Disorder and ICD-11 criteria for Prolonged Grief Disorder. *Psychiatry Research*, 273, 206-210. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.006>
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *Int. J. Psychoanal*, 42, 317-340.
- Burton, R. (1938). *The anatomy of melancholy* (6th edition). New York: Tudor Publishing Corporation.
- Darwin, C., & Ekman, P. (1972). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Oxford University Press.
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). [Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population]. *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 935-942.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Freud, S. (1922). Mourning and melancholia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 543-545.
- Gang, J., Kocsis, J., Avery, J., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2021). Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: Study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. *Trials*, 22(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05044-8>
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73. <https://doi.org/10.1037/a0016991>
- Kakarala, S. E., Roberts, K. E., Rogers, M., Coats, T., Falzarano, F., Gang, J., Chilov, M., Avery, J., Maciejewski, P. K., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2020). The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 303, 111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan.
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- O'Connor, M.-F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*, 42(2), 969-972. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.04.256>
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies in Grief in Adult Life*. Tavistock.
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T.,

- Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 109-126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Rush, B. (1980). *Diseases of the Mind*. Classics of Medicine Library.
- Shand, A. F. (1914). *The foundations of character* (2nd edition). MacMillan.
- Stroebe, M., Gergen, M. M., Gergen, K. J., & Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47, 1205-1212.

Licantropia: do Sobrenatural à Doença Mental

Margarida Bicho, João Mendes Coelho, Beatriz Peixoto

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Emails: margaridabicho165@gmail.com, jdmcoelho@gmail.com, beatrix_peixoto@hotmail.com

Resumo

A metamorfose em lobo é historicamente conhecida, com Lycaon, Rei da Arcádia, a ser o primeiro lobisomem descrito na mitologia. Este fenómeno, denominado Licantropia, era frequentemente visto como a representação de uma possessão demoníaca. Até à data, inúmeras tentativas têm sido feitas no sentido de explicar esta crença de metamorfose em animal, que, ao longo do tempo, tem vindo a ser enquadrada numa perspectiva delirante e que parece ser influenciada pelo ambiente cultural e religioso. Alguns autores sugerem que os licantropos padecem de doença psiquiátrica, como Esquizofrenia, Perturbações do Humor, ou estejam sob o efeito de substâncias psicoativas. As manifestações ictais e interictais de convulsões parciais complexas ou lesões no lobo frontal, são também hipóteses de diagnóstico.

Os autores pretendem fazer uma revisão bibliográfica sobre Licantropia, a fim de ampliar o conhecimento sobre esta condição e encontrar as melhores condutas para a prática clínica atual.

Palavras-chave: Licantropia, lobisomem, possessão, delírio

Abstract

Metamorphosis into a wolf is historically known, with Lycaon, King of Arcadia, being the first werewolf described in mythology. This phenomenon, described as Lycanthropy, was often seen as representing demonic possession. To date, numerous attempts have been made to explain this belief in metamorphosis into an animal, which, over time, fits into a delusional perspective and which seems to be influenced by the cultural and religious environment. Some authors suggest that lycanthropes suffer from Schizophrenia, Mood Disorders, or are under the influence of psychoactive substances. Ictal and interictal manifestations of complex partial seizures or frontal lobe lesions are also diagnostic hypotheses.

The authors intend to make a bibliographical review about Lycanthropy in order to extend the knowledge about this condition and find the best conducts for current clinical practice.

Keywords: Lycanthropy, werewolf, possession, delirium

Introdução

A Licantropia, observada historicamente em vários continentes e culturas, é uma forma pouco comum de delírio ou crença de que o próprio se transformou em lobo, ou que apresenta comportamentos ou sensações indicativos de tal crença. Os historiadores traçam as origens deste fenómeno na Mitologia Grega.

Ao longo do tempo, a Licantropia clínica tem sido observada em várias condições neuropsiquiátricas. Por este motivo, tem sido considerada essencialmente como um sintoma e não como uma síndrome distinta.

Apesar da Neurociência atualmente ainda carecer da explicação do conteúdo do delírio, a Psiquiatria do século XXI leva em consideração esses temas e o seu significado sócio-cultural, pois estão relacionados à fenomenologia do paciente e experiência pessoal.

Neste texto é realizada uma viagem sobre a história e evolução do conceito de Licantropia ao longo do tempo.

A evolução da Licantropia: da Mitologia Grega à atualidade

A história da Licantropia (lycos=lobo), uma forma específica de Zoantropia, remonta à mitologia Grega, altura em que Lycaon, filho de Pelasgo, Rei da Arcádia, terá tentado com que Zeus comesse carne humana. Como forma de punição de tal crueldade, Zeus transformou-o em lobo. Este exemplo é frequentemente citado como o mais antigo da lenda do lobisomem.

Lobisomem, palavra que tem origem germânica e que traduz literalmente a ideia que concretizou a cultura popular: de meio homem e de meio lobo¹. A palavra não surge ao acaso. Historicamente a crença na Licantropia foi amplamente difundida na Europa da Idade Média, principalmente em França e Alemanha. Acreditava-se que certos indivíduos, principalmente os homens, teriam a habilidade de se transformar em lobos ou em outros animais e que posteriormente iriam aterrorizar e atacar os humanos. Outros indivíduos, de acordo com uma interpretação religiosa, seriam amaldiçoados e transformados em lobo como castigo pelos seus pecados, ou resultante de um acordo com o Diabo.

Na Ásia, África e América do Sul, as metamorfoses em tigre, hiena, crocodilo, tubarão e outros animais ferozes foram descritas². A transformação em cão, esquilo-da-mongólia, coelho, cavalo, sapo e abelha, também foi relatada.

A transformação em animal não teria o mesmo significado em todas as culturas. Em algumas, como as nativas americanas e africanas, as habilidades de metamorfose não eram necessariamente vistas como negativas ou demoníacas. Aliás, algumas tribos africanas, xamãs, transformavam os pacientes em animais como um ato de cura. O animal não podia sofrer de doença humana e, portanto, o paciente era salvo². Nos países nórdicos, as tradições associadas com lobos teriam características positivas. Na Europa Ocidental, o lobo estaria associado a aspectos negativos, percebido como perigoso ou diabólico. Por outro lado, no Médio Oriente, o lobo parecia um paradoxo entre impureza e lealdade.

“Conforme Cascudo em *Geografia dos Mitos Brasileiros*, existiam duas categorias de transformação, a voluntária e a involuntária. (...) O motivo voluntário dá-se em forma de punição: castigo divino proferido por mortal ligado a uma ordem de um deus superior; praga “rogada” pelos pais ao filho (os padrinhos também têm o poder de excomungar); por razões morais, exemplo, praticantes de incesto.

Também por ordens naturais: uma mulher tem sete filhos, todos do sexo masculino, um deles sofrerá metamorfoses, ou um filho que nasce depois de sete filhas. Homens pálidos, “amarelos”, tuberculosos, esses também pela crença popular sofrem dessas mutações bizarras. Depois de mudado, o homem bicho sai, fazendo bagunça nas redondezas, amedrontando a vizinhança.” (Sousa, 2013, p. 60)

“A transformação em lobo se dá a partir de crescimento de pelos por todo o corpo do indivíduo, ganhando feições de um lobo. Além das características físicas, o homem ganhará temperamento animalesco, selvagem por assim dizer. O papel da lua será preponderante para que haja a transmutação mística. Depois de realizada, o sujeito sai à procura de seu alimento, mas não é qualquer coisa que vai agradá-lo. Procura um cardápio regado a carne humana, mas não se dedica a esse único tipo de alimento, quer também animais de pequeno porte.” (Sousa, 2013, p. 59)

“Em Portugal, o lobisomem é o filho que nasce depois de uma série de sete filhas. Em geral fica pálido, doente, tristonho, cheio de manias, quase sempre geófago contumaz. Encontrando o lugar onde os animais se espolinham, o predestinado de espoja e “vira” lobisomem. Isto às terças ou sextas-feiras. Sob a pele do fenómeno, terá de correr as sete partidas do mundo, sete adros, sete vilas, sete outeiros, sete encruzilhadas. Ao terceiro cantar do galo retoma a forma humana. (...)” (Cascudo, 1923, pp. 129-133)

Ao que parece, a crença na Licantropia durante a Idade Média foi moldada por uma combinação de superstição religiosa (principalmente ao que pregava a Igreja Católica, por crenças e lendas populares). Surto de aparente histeria em massa ou de psicose coletivas ocorreram, resultando na execução de 600 pessoas que sofriam de síndromes licantrópicas em França³. Ainda nesta altura é descrito que, as pessoas que passavam por depressões económicas e sociais, estariam sujeitas a cometer canibalismo, tal como os lobisomens, após serem acometidas por patologia mental. As fases da lua geriam as suas metamorfoses.

O pico de incidência da Licantropia ocorre nos séculos XV, XVI e XVII e nesta altura os mentalmente doentes eram vistos como sujeitos válidos para interrogação pelas forças da Inquisição⁴. A Licantropia continuou a disseminar-se pela Europa e nesta altura o medo associado a este fenómeno atinge também o seu pico. A Europa era atormentada pela superstição e pela crença no sobrenatural, muito frequentemente associada à bruxaria. Jean Fernel um médico francês do século XVI acreditava que os humanos poderiam mesmo ser transformados em lobos pelas forças do Diabo. Leloyer, seu contemporâneo, argumentava que tal não era possível, mas que poderes demoníacos poderiam influenciar um indivíduo a comportar-se como um lobo. Alguns autores atribuíam a Licantropia a um estado de doença. Esta visão não era nova. Mais de mil anos antes, o médico grego Paulus Aegineta classificou a Licantropia como uma forma de melancolia e terá sugerido a sangria como tratamento

eficaz³. Acusações de Licanthropia eram comuns em julgamentos de bruxas, existindo caça às mesmas. Muitas pessoas inocentes, inclusive várias mulheres foram executadas e torturadas como resultado, por crimes que não cometeram. Acreditava-se, por outro lado, que os lobisomens estariam aliados ao diabo e eram capazes de causar grandes danos aos outros. Em alguns casos, indivíduos que sofriam de doenças mentais ou outras condições que os levavam a comportarem-se de maneira estranha, eram acusados de serem lobisomens e submetidos a horríveis torturas e execuções.

Apesar das convicções generalizadas na Licanthropia durante esse tempo, também havia quem questionasse a validade das mesmas. Alguns estudiosos e teólogos argumentaram que a transformação de humanos em animais era impossível e que as acusações de Licanthropia e bruxaria eram frequentemente baseadas em superstição e ignorância, e não em fatos.

No geral, a crença na Licanthropia durante os séculos XVI e XVII teve um impacto profundo na sociedade e na cultura europeia e continua a fascinar e cativar a população até aos dias de hoje.

Ultrapassada a Idade Média e durante os séculos XVIII e XIX, a fé na Licanthropia parece começar a diminuir. Surgem explicações científicas fornecidas por médicos e outros cientistas, com o intuito de descobrir as causas por detrás deste fenómeno transformador.

Curiosamente, a relação entre licanthropia e doença psiquiátrica foi descrita no Antigo Testamento, quando o Rei Babiloniano Nabucodonosor (605-562 a.C) entrou em estado licantrópico após um longo episódio depressivo³. A influência do Iluminismo, um movimento que enfatizou a razão, a ciência e a observação empírica, começam a ganhar força e a substituir a superstição e a tradição. Novas formas de pensar são abraçadas, ao mesmo tempo que surge cepticismo em relação às crenças em lobisomens e outras criaturas sobrenaturais.

No final do século XIX a crença na Licanthropia havia desaparecido em grande parte do pensamento europeu.

Apesar da evolução e das tendências culturais, a Licanthropia não deixa de ser tema falado e ganha popularidade na literatura e outras formas de cultura popular. Romances góticos, como “Frankenstein” de Mary Shelley e “Drácula” de Bram Stoker, geralmente apresentavam lobisomens como personagens secundários, e essas histórias ajudaram a manter viva a lenda do lobisomem na imaginação do público.

Além disso, a ascensão do romantismo no final do século XVIII e início do século XIX ajudou a revigorar o interesse pelo sobrenatural e pelo misterioso. Poetas como Samuel Taylor Coleridge e William Wordsworth escreveram sobre o poder da imaginação e as maravilhas do mundo natural, muitas vezes incorporando elementos do sobrenatural em seu trabalho.

Hoje, a ideia de lobisomens e outros metamorfos é geralmente vista como um conceito fictício, embora continue a ser um assunto popular na literatura, no cinema e em outras formas de cultura popular.

A Licanthropia da época atual

Ainda no século XIX e até aos dias de hoje, o termo “Licanthropia” começa a ser usado pela comunidade médica, principalmente na Psiquiatria para descrever uma metamorfose delirante rara, um tipo específico de delírio, porventura somático, segundo vários autores, em que uma pessoa acredita que pode transformar-se num animal, mais precisamente em lobo. Também poderia experienciar alucinações auditivas ou visuais, bem como alterações do humor, ansiedade e isolamento social.

Existem algumas hipóteses patofisiológicas que tentam explicar o conceito de Licanthropia.

O conceito de “Cenestopatia” tem sido usado como forma de designar percepções corporais patológicas ou aberrações somatosensoriais que afetam o esquema corporal e que parecem ser mais comuns em rapazes adolescentes ou mulheres de meia idade e idosas. O tema do delírio parece ocorrer como consequência das alucinações somáticas. Alguns autores defendem também que a Licanthropia se possa inserir nos Síndromes de Falsa Identificação Delirante. Anomalias do processamento visual e do Sistema de Avaliação de Crenças, poderão estar subjacentes. Uma percepção inapropriada poderá ser interpretada erradamente⁵.

Em doentes psiquicamente susceptíveis, o uso de tecnologia digital, incluindo a *internet*, a pesquisa de *websites*, as redes sociais, os vídeo-jogos e a visualização de séries podem desempenhar uma função no fabrico do delírio.

A hipótese dos Ritmos Circadianos e Cronobiológicos defende que a transformação em lobo é influenciada pelos ciclos lunares. Doentes com Esquizofrenia Paranoide seriam mais facilmente admitidos na Psiquiatria em fases de lua cheia. No entanto, a evidência desta teoria é fraca⁵.

Este delírio parece ser um sintoma de doença mental, principalmente em casos de psicose, como a Esquizofrenia, Perturbação Afetiva Bipolar e Depressão Psicótica, e mais raramente em perturbações da personalidade (do tipo

borderline, histriónica e anti-social). Em termos psicopatológicos, este fenómeno atualmente pode ser entendido também como despersonalização, perturbação da integração do self (Jaspers), sintoma psicótico, ideia sobrevalorizada ou hipocondria². No entanto, existem condições não psiquiátricas, como as condições neurológicas ou uso de substâncias psicoativas, em que o referido delírio pode estar presente.

Como a sintomatologia da Licanthropia é bastante pronunciada clinicamente e parece ocorrer abruptamente à primeira vista, é maioritariamente inserida no campo da sintomatologia psicótica. Na Esquizofrenia, além desta crença delirante, podem existir em conjunto outros sintomas como alucinações e pensamento desorganizado. Nestes doentes, a hipótese da Cenestopatia pode estar associada com perturbações cognitivas: perturbação da iniciativa do pensamento, do discurso e atraso subjetivo ou pressão do pensamento⁵.

Na Perturbação Afetiva Bipolar, o delírio pode ser concordante com um episódio maníaco.

Alguns fatores de risco são conhecidos e estão descritos: Ao que parece, pessoas que vivem em sociedades pré-industriais e pessoas que vivem zonas mais isoladas socialmente estão mais predispostas.

Em termos psicanalíticos, a Licanthropia tem vindo a ser explicada como um veículo adequado para instintos sexuais, sádicos, canibais e necrófilos, separados do ego em um nível animal, portanto, da culpa⁶.

Existem várias outras teorias psicodinâmicas que enquadram estas alterações psicopatológicas em conflitos sexuais subconscientes: um paciente externaliza as suas necessidades sexuais que experiencia como animais; sexualidade bizarra e caótica que é externalizada pela Licanthropia como sensação de projeção de sentimentos internalizados que superam as estratégias de defesa; Alguns autores defendem um complexo de inferioridade combinado com necessidade de afeto e atenção, falta de comunicação com as outras pessoas e regressão a uma fase de desenvolvimento infantil. Outros sugerem que os conflitos subconscientes dos pacientes possam ser simbolizados pela escolha do animal e pela experiência emocional correspondente. Parece plausível que mecanismos de defesa de afetos vivenciados como ameaçadores, como agressão e sexualidade possam falhar numa situação de conflito e, uma estratégia de defesa psicótica, neste caso a sintomatologia licantrópica, possa estabilizar o paciente².

As hipóteses psicodinâmicas referem que alguns casos de Licanthropia podem estar associados a sentimentos de culpa, sujidade ou maldade e que a ideia de ser transformado num animal simbolicamente negativo pode estar relacionada com sintomas depressivos e delirantes⁵.

No caso das condições não psiquiátricas, mais propriamente, neurológicas, salienta-se a Epilepsia do lobo temporal, onde podem surgir alucinações e delírios.

Relativamente às substâncias psicoativas e numa perspectiva mais atual destacam-se os canabinóides, álcool e alucinógenos². No entanto, Jean de Nynauld and Giovanni Battista Porta também apontavam drogas e venenos como causadores de Licanthropia, salientando o uso de cohoba, uma erva nociva do Haiti, beladona, ópio, hiosciamina, peiote, esticnina e meimendo⁶.

Algumas condições médicas raras podem fazer com que os indivíduos exibam certas características físicas ou comportamentais que fenotipicamente mimetizam lobisomens, mas estas não envolvem mudança de forma real ou transformação animal. A Hipertricrose Congénita, por exemplo, é uma condição que causa o crescimento excessivo de pelos, e alguns indivíduos podem adquirir uma aparência semelhante a um lobo⁵. A Porfíria Congénita Eritropoiética pode causar lesões na pele, assim como fotossensibilidade e estas características podem levar os indivíduos a acreditar que têm aparência de lobisomem^{5,7}. A Fibromatose Gengival e a Raiva também fazem parte da lista, pela aparência que o doente ganha. Na Idade Média, homens portadores desta condição chegavam a ser acusados de serem lobisomens, por terem a pele pigmentada, ulcerada e com pelo. A favor desta hipótese, evitavam a luz e em caso de sequelas neurológicas ou psiquiátricas, adquiriam comportamentos bizarros.

Pelas alterações comportamentais, da personalidade e pelas crenças delirantes, não menos importante salienta-se a Demência Frontotemporal que já terá sido associada à Licanthropia.

A duração da transformação delirante em lobo parece ser transitória, tendendo a remitir no período de uma semana.

O tratamento da Licanthropia clínica passa pelo tratamento da condição subjacente.

Em contexto e condições neurológicas ou intoxicações, devem ser realizados exames complementares de diagnóstico, incluindo exames de imagem cerebral e exames ao sono.

Os neurolépticos parecem ser eficazes nos delírios e alucinações. As benzodiazepinas também parece ajudar. Em caso de perturbação do humor, os antidepressivos ou estabilizadores do humor, parecem também ser eficientes.

A psicoterapia, incluindo a Terapia Cognitivo Comportamental, está recomendada.

Considerações finais

A Licanthropia clínica hoje é um exemplo relevante de uma síndrome desafiante na fronteira entre as perturbações neuropsiquiátricas e ambientais, sociais e interações culturais.

Apesar das neurociências ainda não terem conhecimento suficiente para explicar o conteúdo dos pensamentos, a Psiquiatria atual tenta explicar tendo em conta estes temas e o contexto cultural de cada doente, uma vez que se relaciona com a fenomenologia do paciente e experiência pessoal. A falta de compreensão cultural pode prevenir os profissionais de saúde de responderem adequadamente ao stress dos pacientes.

Bibliografia

1. de Sousa, G. M. (2013). Licanthropia nos percalços da História. *Migulim-Revista Eletrônica do Netlli*, 2(1), 57-67.
2. Garlipp, P., Gödecke-Koch, T., Dietrich, D. E., & Haltenhof, H. (2004). Lycanthropy–psychopathological and psychodynamical aspects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 19-22.
3. Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I., McElroy, S. L., & Kulick, A. R. (1988). Lycanthropy: alive and well in the twentieth century. *Psychological Medicine*, 18(1), 113-120.
4. Fahy, T. A. (1989). Lycanthropy: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82(1), 37-39.
5. Guessoum, S. B., Benoit, L., Minassian, S., Mallet, J., & Moro, M. R. (2021). Clinical lycanthropy, neurobiology, culture: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 718101.
6. Surawicz, F. G., & Banta, R. (1975). Lycanthropy revisited. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20(7), 537-542.
7. Moselhy, H. F. (1999). Lycanthropy: new evidence of its origin. *Psychopathology*, 32(4), 173-176.
8. da Câmara Cascudo, L. (2014). Licanthropia Sertaneja. *Imburana: revista do Núcleo Câmara Cascudo de Estudos Norte-Rio-Grandenses*, 5(9).
9. Kulick, A. R., Pope, H. G., & Keck, P. E. (1990). Lycanthropy and self-identification. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Só Sofrendo se é Pessoa: Perspetivas sobre o Sofrimento

Mariana Sousa, Daniel Terêncio, Beatriz Lourenço

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

E-mails: marianacosta@chpl.min-saude.pt, danielterencio@chpl.min-saude.pt, beatrizlourenco@chpl.min-saude.pt

Resumo

Ao longo da história foram vários os autores que se debruçaram sobre a temática do sofrimento. Miguel de Unamuno defendeu que toda a consciência é a consciência da morte e do sofrimento e que é o sofrimento que nos torna humanos. Siddhartha Gautama, mais conhecido como Buda, também considerava o sofrimento inerente à existência. Schopenhauer, influenciado pela filosofia budista, insistiu na universalidade do sofrimento. A dimensão ética está presente em todas as teorias. É nas causas e na resposta ao sofrimento que as visões destes autores diferem. Enquanto para Buda e Schopenhauer, o sofrimento é algo de que o ser humano se deve libertar, propondo caminhos para tal, para Unamuno o sofrimento deve ser abraçado como forma de trazer significado à vida e amar outros seres que sofrem. Pretende-se com este trabalho comparar estas perspetivas à luz da conceptualização do sofrimento das sociedades atuais.

Palavras-chave: sofrimento, aceitação, libertação, ética

Abstract

Throughout history several authors have addressed the theme of suffering. Miguel de Unamuno defended that all consciousness is the consciousness of death and of suffering, and that it is suffering that makes us human. Siddhartha Gautama, more known as Buddha, also considered suffering inherent to existence. Schopenhauer, influenced by Buddhist philosophy, insisted on the universality of suffering. The ethical dimension is present in all of these theories. It is in the causes and responses to suffering that their visions differ. While for Buda and Schopenhauer, suffering is something that the human being must get rid of, proposing ways to do so, for Unamuno suffering should be embraced as a way to bring meaning to life and to be able to love other beings who suffer. With this work we aim to compare these perspectives in the light of the conceptualization of suffering of modern societies.

Keywords: suffering, acceptance, liberation, ethics

Introdução

Nas sociedades atuais há uma tendência a querer evitar ou suprimir todas as emoções negativas. É descurando o seu papel na superação de crises ou acontecimentos de vida e no reconhecimento das mesmas emoções no outro, e a sua relação com a empatia e compaixão. Ao longo da história foram vários os autores que se debruçaram sobre a temática do sofrimento. O objetivo deste trabalho foi comparar estas perspetivas à luz da conceptualização do sofrimento das sociedades atuais.

Discussão

As várias correntes filosóficas nascidas na Índia (designadas de *darshans*), são disciplinas que se focam em melhorar a vida dos indivíduos, mitigando a dor inerente à condição humana. Incluem as escolas ortodoxas (filosofias hindus) e as escolas heterodoxas (filosofias não hindus). Uma destas escolas heterodoxas é o budismo, uma filosofia baseada na vida e nos ensinamentos de Siddhartha Gautama (Kleinman, 2019).

Siddhartha Gautama, que viria a ser mais conhecido como Buda, nasceu em Lumbini (atual Nepal) por volta do ano de 560 a.C, tendo vivido na Índia num período em que começaram a ser questionadas as explicações religiosas e mitológicas. Tornou-se dos primeiros a usar o raciocínio filosófico, particularmente para se dedicar à questão do objetivo da vida. Não pretendia ser visto como um messias ou um profeta. Ainda assim, o budismo, é hoje visto tanto como uma filosofia como uma religião. Sendo filho do rei de um pequeno estado situado no atual Nepal,

teve um crescimento privilegiado, próprio de um príncipe, desfrutando de toda a espécie de luxos e riquezas, sem consciência das condições em que viviam a maioria das outras pessoas. Foi também afastado pelo pai das práticas religiosas, para que se tornasse um monarca e não um líder religioso, o que ainda o isolou mais do mundo real. Ao perceber que estes luxos e privilégios não eram o suficiente para alcançar a felicidade, abandonou o palácio onde vivia, partindo em busca do caminho para a felicidade. Deparou-se então com a doença, o envelhecimento, a morte e o sofrimento, e decidiu renunciar aos luxos em que vivia e abandonar a sua família, para viver uma vida marcada pelo ascetismo. Mais tarde, percebeu que não é necessária uma experiência de ascetismo extremo, mas sim um “caminho do meio”, baseado na moderação e na consciência de que as dualidades do mundo são na realidade ilusórias (National Geographic, 2021).

Siddhartha considerava que o sofrimento é universal e inerente à existência desde o nascimento, na doença, na velhice e na morte; esta constatação foi para si um momento de “iluminação”. Para Buda o sofrimento era algo de que o ser humano se deve libertar, e assim entrar num estado de nirvana. Tudo o que não contribuísse para este propósito era irrelevante. Considerava a natureza do sofrimento ampla, podendo resultar da morte de um familiar, da sensação de que a vida não tem sentido, ou de incómodos menores. Acreditava que a sua causa são os desejos, as ambições, as expectativas, aquilo a que chamou “apegos”, apego a outras pessoas, apego ao próprio (o egoísmo), apego a bens materiais ou mesmo ideias. Considerou que o fim do sofrimento implica o desapego do desejo e do acessório.

“Feliz aquele que superou o seu ego”.

Siddhartha Gautama

Implica também percebermos que a nossa existência e identidade são transitórias e insubstanciais, e que fazemos parte de um todo maior. Isto está resumido nas Quatro Nobres Verdades, os fundamentos da sua doutrina: o sofrimento é universal – o nascimento é sofrimento, a velhice é sofrimento, a morte é sofrimento; a causa do sofrimento é o desejo; o sofrimento pode ser eliminado através do desapego; o Nobre Caminho Óctuplo é o caminho para eliminar o sofrimento (Buckingham, 2014). Este consiste num código ético que envolve: visão correta (ver a realidade como ela é, e não como aparenta ser), intenção correta (intenção de renúncia, libertação e inofensividade), ação correta (agir de forma não agressiva), palavra correta (falar de forma não agressiva, não mentir, não falar em vão), modo de vida correto (viver de forma moderada, equilibrada), esforço correto (esforço por melhorar), concentração correta (correta meditação), e consciência correta (consciência clara, da realidade e de si próprio). O Nobre Caminho Óctuplo está representado na Roda do Dharma, um dos símbolos budistas (National Geographic, 2021).

Arthur Schopenhauer nasceu em Danzig (atual Gdansk, Polónia) em 1788, e inicialmente seguiu a carreira do pai, que era comerciante. Este tinha-lhe feito uma proposta: ou iniciar os estudos numa universidade (o que ia de encontro às suas inclinações académicas), ou viajar com a família pela Europa e, após o regresso, iniciar a aprendizagem para se tornar comerciante. Escolheu viajar com os pais e foi durante essa viagem que assistiu ao sofrimento em que muitas pessoas viviam, sobretudo devido à pobreza. Foi apenas após a morte do pai (acredita-se que por suicídio) que finalmente enveredou por uma carreira académica. Estudou medicina na Universidade de Gottingen durante pouco tempo, tendo decidido mudar os estudos para Filosofia, que iria continuar a estudar na Universidade de Berlim. Doutorou-se com a tese *Sobre a Quádrupla Raiz do Princípio de Razão Suficiente*, em 1813. Após concluir os estudos, deu aulas na Universidade de Berlim, onde não tinha muitos alunos: competitivo, marcava frequentemente as suas aulas de maneira a que coincidissem com as de Georg Hegel, que desprezava. Faleceu em 1860 em Frankfurt, sem que o seu trabalho tenha recebido muita atenção. O reconhecimento veio mais tarde, com as suas teorias a influenciarem outros pensadores ((Levene, 2019). De notar que as suas ideias na área da Psicologia influenciaram teorias psicanalíticas como as de Sigmund Freud e Carl Jung (Buckingham, 2014). Por seu lado, Schopenhauer foi particularmente influenciado pelas filosofias de Emmanuel Kant, e também por filosofias orientais, nomeadamente a filosofia budista e hindu. De facto, a sua teoria pessimista tem por base as Quatro Nobres Verdades do budismo (Kleinman, 2019). Em contrapartida, criticava o otimismo e rejeitava as teorias dos idealistas da sua geração, especialmente Georg Hegel (Buckingham, 2014). Embora a sua obra aborde várias temáticas, o tema do pessimismo e da dor associada à condição humana é transversal. Ficou desse modo conhecido pela sua visão pessimista do mundo. Chegou mesmo a afirmar que se o mundo fosse apenas ligeiramente pior do que já é, deixaria de existir (Kleinman, 2019).

Uma das suas principais obras, e talvez a mais famosa, foi *O mundo como vontade e representação*, publicada em 1818. Nesta obra Schopenhauer reformulou os conceitos kantianos de fenómeno e númeno, e defendeu que o

mundo pode ser experimentado de duas maneiras diferentes, como vontade e como representação (Oliveira, 2010). Como exemplo, o querer fazer um movimento (vontade, que é experimentada a partir de dentro) e o movimento em si (representação, observada a partir de fora), são o mesmo acontecimento experimentado de maneiras diferentes. Mais concretamente, defendeu que o mundo é uma expressão da vontade e uma representação da realidade. É desta vontade que o ser humano está à mercê, é ela a responsável por tudo o que acontece. Vontade individual e vontade do universo são a mesma coisa. Assim, a humanidade encontra-se ao serviço de uma vontade universal, que não tem finalidade, pois o mundo não tem sentido, levando à desilusão e, em última instância, ao sofrimento. Schopenhauer insistiu na universalidade deste sofrimento. Para Schopenhauer, o sofrimento nasce da vontade, do desejar constantemente mais, que nunca pode ser satisfeito, levando a uma decepção e frustração constantes (Buckingham, 2014).

“A base de todo o querer, entretanto, é necessidade, carência, logo sofrimento, ao qual conseqüentemente o homem está destinado originariamente pelo seu ser. Quando lhe falta o objeto do querer, retirado pela rápida e fácil satisfação, assaltam-no vazio e tédio aterradores, isto é, o seu ser e sua existência mesma se lhe tornam um fardo insuportável. Sua vida, portanto, oscila como um pêndulo, para aqui e para acolá, entre a dor e o tédio, os quais em realidade são seus componentes básicos.” (Schopenhauer, 2021)

A salvação apenas pode ser conseguida através do ascetismo e da renúncia. Identificou três formas de transcender as frustrações da condição humana: estudando filosofia, por meio da arte (contemplando obras de arte e, sobretudo, ouvindo música, para si a forma mais pura de arte), e através da compaixão (Levene, 2019). A arte constitui um meio de escapar temporariamente à dor da condição humana porque a contemplação estética faz com que o indivíduo perceba o mundo de forma diferente. Considerava que a arte, nascendo na mente do artista antes de ser criada, é um ato espontâneo, independente da vontade. A compaixão surge como a única coisa genuína que pode motivar atos morais, o principal motor para um comportamento ético. Para além da compaixão, são guias de moralidade nos seres humanos o egoísmo – para Schopenhauer o principal incentivo à ação humana; e a malícia – diferente do egoísmo pois o seu objetivo é prejudicar os outros ao invés do ganho pessoal. A bondade pode surgir do sentimento de partilha que advém do facto de as nossas vontades e a vontade universal serem a mesma (Kleinman, 2019).

Miguel de Unamuno foi um escritor, poeta e filósofo espanhol. Nasceu em 1864 em Bilbao, cidade em que viveu durante toda a infância e adolescência, até se mudar para estudar Filosofia e Letras na Universidade de Madrid, curso que concluiu em 1883. Apenas alguns anos após ter concluído os estudos, concorreu a uma posição como professor de grego na Universidade de Salamanca. Nesta universidade acabaria também por dar aulas de latim, psicologia e ética, e por ser várias vezes nomeado reitor. Integrou o partido socialista e foi por diversas vezes destituído do cargo de reitor por motivos políticos, que o levaram também a ser deportado para Fuerteventura, e a viver exilado em França durante seis anos. Voltou a Salamanca onde acabou por viver durante o resto da sua vida, até ao seu falecimento em 1936, quando se encontrava em prisão domiciliária. Cultivou vários géneros literários – romance, poesia e teatro, sendo recorrente na sua obra o tema da vida humana, da morte, da fome de sobrevivência e do desejo de imortalidade. Sentia que as suas ideias eram particularmente próximas das do filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard, defensor de um existencialismo cristão, tendo-se debruçado sobre a sua obra (Amoedo, 2020). Foi também influenciado por Antero de Quental, que considerava “a figura mais trágica da nossa literatura ibérica”, sobretudo no que diz respeito à tentativa de racionalização da fé e questões sobre a existência de Deus (Caporalini, 2003). Foi um dos principais membros da chamada geração de 98 da literatura espanhola. Ficou sobretudo conhecido pelas suas obras *Vida de Dom Quixote e Sancho*, publicada em 1905, *Do Sentimento Trágico da Vida*, publicado em 1913, e *A Agonia do Cristianismo*, publicada em 1925.

Defendeu que o ser humano é, acima de tudo, um animal afetivo ou sentimental, que se diferencia dos outros animais por isso mesmo, e não por ser racional. É um ser que antes de se saber ser, sentiu-se ser (Von Zuben; Oliveira, 2021). Argumentou também que é o sofrimento que nos torna humanos. Para Unamuno, e contrastando com a perspetiva partilhada por Siddhartha Gautama, o sofrimento não é um problema a ultrapassar. Se toda a consciência é consciência de mortalidade (somos dolorosamente cientes de não sermos imortais) e sofrimento, e a consciência é o que nos caracteriza como humanos, então a única forma de trazer significado à vida é abraçando o sofrimento. Evitá-lo é afastarmo-nos do que nos torna humanos (Buckingham, 2014).

“A dor é a substância da vida e a raiz da personalidade, pois somente sofrendo se é uma pessoa.” (Unamuno, 2008)

A perspectiva de Unamuno sobre o sofrimento tem também uma dimensão ética, defendendo que o reconhecimento e aceitação do próprio sofrimento, são indispensáveis para amar outros seres que sofrem, e para libertar o próximo da dor (Buckingham, 2014). Considera a dor o laço que une os seres humanos (Von Zuben; Oliveira, 2021). Vê, portanto, duas opções: escolher a felicidade, fazendo o possível para evitar o sofrimento, ou escolher o sofrimento e o amor, abrindo caminho para uma experiência de vida mais significativa (Buckingham, 2014).

“Só nos compadecemos, isto é, amamos o que nos é semelhante e na medida em que o é, e amamos tanto quanto mais me assemelho, assim cresce nossa compaixão, com ela, nosso amor pelas coisas, à medida que descobrimos as semelhanças que as mesmas têm connosco.” (Unamuno, 2008)

“Os homens só ama com o amor espiritual quando sofrem uma mesma dor, quando juntos aram durante algum tempo um terreno pedregoso, sendo assim presos ao mesmo julgo de um bem comum.” (Unamuno, 2008)

Conclusões

Todos estes autores consideram o sofrimento uma experiência universal, inerente à condição humana. É nas causas e na resposta ao sofrimento que as suas visões diferem. A dimensão ética surge em todas as suas teorias. Siddhartha Gautama e Schopenhauer propuseram, respetivamente, o Nobre Caminho Óctuplo e a compaixão como formas do indivíduo se libertar do sofrimento. Já Miguel de Unamuno defendeu a importância de abraçar o sofrimento, por ser um meio fundamental para amar o outro.

Bibliografia

- Amoedo, M. (2020). *Miguel de Unamuno [y jugo]*. Gerações hispânicas. Acedido a 12 de maio de 2022, em <http://fabricadesites.fcsh.unl.pt/ghispanicas/2019/05/08/miguel-de-unamuno-y-jugo/>
- Buckingham, W. et al. (2014). *O Livro da Filosofia*. Lisboa: Marcador Editora.
- Caporalini, J. B. (2003). O Sentimento Trágico de Antero de Quental e de Miguel de Unamuno. *Anais de Filosofia Clássica*, 10, 91-109.
- Kleinman, P. (2019). *Filosofia* (3.^a ed.). Lisboa: Jacarandá.
- Levene, L. (2019). *Filosofia para pessoas com pressa*. Lisboa: Editorial Presença.
- National Geographic (2021, September 23). *Buda e a busca de um processo que libertasse o Ser Humano do Sofrimento*. National Geographic Portugal. Acedido a 6 de maio 2023, em <https://nationalgeographic.pt/historia/grandes-reportagens/2777-buda-e-a-busca-de-um-processo-que-libertasse-o-ser-humano-do-sofrimento>.
- Oliveira, A. H. (2010). O pessimismo Schopenhaueriano: um estudo de “sobre o sofrimento do mundo.” *Cadernos Do PET Filosofia*, 1(1), 22-39.
- Schopenhauer, A. (2021). *O mundo como vontade e representação*. Coimbra: Edições 70.
- Unamuno, M. (2008) *Do sentimento trágico da vida*. Lisboa: Relógio d’Água.
- Von Zuben, N. A., & Oliveira, A. S. (2021). Alteridade, amor e fé na filosofia da religião de miguel de unamuno. *TEOLITERARIA – Revista de Literaturas e Teologias*, 11(24), 627-658.

Comportamentos Autolesivos em Público: O Caso da *Performance Art*

Marina Cruz, Cidália Peixoto, Henrique Medeiros

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

E-mails: cmarinaccruzgmail.com, cidalia_lu@hotmail.com, henriquejoaomedeiros@gmail.com

Resumo

O termo *performance art* surgiu na década de 1960 e corresponde a um género artístico que se caracteriza pela realização de apresentações ao vivo para uma audiência, sendo uma forma de promover consciência acerca de uma determinada temática (política ou espiritual, por exemplo). O artista desafia-se a si próprio e ao público, ultrapassando por vezes os seus limites físicos e mentais, podendo causar reações de choque e horror. Deste modo, existem artistas que recorrem a comportamentos autolesivos (CAL) nas suas performances. Sendo realizados num meio artístico e em público, estes são conceptualizados de forma diferente daqueles que surgem num contexto privado e que são, frequentemente, considerados patológicos, pelo que geralmente motivam uma intervenção no âmbito dos cuidados de saúde mental. Este artigo pretende analisar e comparar os CAL nesses contextos distintos, refletindo acerca do seu carácter patológico.

Palavras-chave: comportamentos autolesivos, automutilação, performance art

Abstract

Performance art is a term that originated in the 1960s. It is an art form characterized by a live performance to an audience, as a way of promoting consciousness about a certain theme (politics or spiritualism, for example). The artist challenges himself and the crowd, sometimes crossing his own physical and mental limits, which can induce reactions such as shock and horror. Thus, there are artists who engage in self-harm during their performances. Performed in an artistic context and in public, these acts are conceptualized in a different way than those who are done in private and that are, frequently, considered pathological, and usually motivate referral to mental health care. This article aims to analyze and compare self-harm in those different contexts, reflecting on its pathological nature.

Keywords: self-harm, self-mutilation, performance art

Introdução

O termo *performance art* tem um significado abrangente, mas pode definir-se como sendo a realização de apresentações ao vivo com vista a promover consciência acerca de uma determinada problemática, de forma a levantar questões na audiência (Sandström, 2010; Shalmon, 2007). Consiste, portanto, num desafio para o próprio artista e para o público (Sandström, 2010). Assim sendo, por vezes são realizados CAL nas atuações, que têm impacto quer no *performer*, quer nos que assistem. Apesar de estes poderem levar a sentimentos de repulsa por parte do público, nem sempre geram preocupação com a saúde mental do artista e não são vistos como comportamentos necessariamente patológicos, ao contrário do que sucede quando estes atos são realizados de forma privada. Desta forma, este artigo pretende analisar a natureza dos CAL realizados no âmbito da *performance art*, comparando-a à dos CAL encontrados ao nível dos cuidados de saúde mental associados a perturbações psiquiátricas.

1. *Performance art*

O termo *performance art* surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos da América. Trata-se de um género artístico que consiste na realização de apresentações ao vivo para uma audiência (através da representação, poesia, música, dança ou pintura), como forma de promover consciência acerca de uma temática (Sandström, 2010). É geralmente um evento e não um objeto artístico (Sandström, 2010), sendo de referir que os estudos sobre a Arte no âmbito da Psiquiatria baseiam-se geralmente em objetos, como livros ou pinturas, enquanto que a *performance art*, onde o objeto é o próprio corpo do artista, raramente é abordada (Spence, 1997). Neste género artístico existe

especial interesse na exploração de temas relacionados com a subjetividade humana, a integridade, a experiência e a identidade, sendo o corpo uma interface onde o público e o privado convergem e interagem (Shalmon, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial, a *performance art* teve uma evolução importante nos Estados Unidos. Nos anos 1960 e 1970, esta era caracterizada pelo improviso e pela espontaneidade, pela interação com o público e por um componente de protesto político. Tornou-se, igualmente, a principal forma de comunicação de muitas artistas feministas, como as *Guerilla Girls*, cuja missão era expor o sexismo, racismo e corrupção (Sandström, 2010).

A *performance art* é, sobretudo, acerca do desafio, nomeadamente do próprio artista e do público. Neste contexto, por vezes os artistas ultrapassam os seus limites físicos e mentais (tendo já existido casos em que ultrapassaram, inclusivamente, os limites da lei), podendo causar reações de choque e de horror (Sandström, 2010). Deste modo, existem *performers* que recorrem a CAL nas suas atuações. As *performances* que envolvem CAL tornaram-se particularmente populares nos anos 1970, tendo surgido novamente no final dos anos 1980 (Shalmon, 2007), fenómeno que poderá ser atribuído ao clima político e social vivido no contexto da guerra do Vietname e do surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Considera-se que, nesse período, estas *performances* se tornaram numa tentativa desesperada, na falta de outros meios de comunicação viáveis, para criticar estas temáticas (Shalmon, 2007). Para além destas atuações apelarem à consciencialização de determinadas problemáticas sociais, tornam visível (no corpo) a dor provocada por elas.

Grande parte dos artistas que realizam CAL nas suas *performances* refere que estas são experiências pessoais poderosas, de natureza catártica. Alguns deles acreditam que o público partilha esta experiência, vendo o seu trabalho como tendo um valor terapêutico (Shalmon, 2007). Ao assistir aos atos praticados nas atuações desta natureza, a audiência pode ser confrontada com os seus próprios conflitos internos, sendo que, através do processo inconsciente de se identificar com o *performer*, o público pode experienciar simultaneamente o papel do agressor e da vítima, confrontando-se com o facto de estes poderem coexistir dentro de si (Shalmon, 2007). As atuações envolvem um contrato implícito entre o artista e quem assiste, sendo que a sua não interferência funciona como um consentimento para com os atos autolesivos praticados. A *performance art* é, desta forma, uma tentativa de minorar a sensação de alienação que existe entre o artista e a audiência, tendo em conta que existe para ambos a vivência simultânea da mesma obra de arte, pelo que o público é um componente ativo e essencial neste género artístico (Shalmon, 2007). Assim, é de referir que a *performance art* apenas faz sentido se for assistida ao vivo (Sandström, 2010).

Exemplos de alguns artistas que utilizam (ou utilizavam) frequentemente CAL nas suas performances são Marina Abramović, Gina Pane, Ron Athey, Bob Flanagan e Orlan (Shalmon, 2007). Este artigo irá abordar, sucintamente, as obras de três destes artistas.

1.1. Marina Abramović

Marina Abramović (nascida em Belgrado, na Sérvia, em 1946), é uma das artistas de *performance art* mais conhecidas no mundo. É um dos exemplos de *performers* que realizam comportamentos autolesivos nas suas atuações, principalmente no início da sua carreira. Numa das suas *performances* mais famosas, em 1974, em Nápoles, Marina colocou 72 objetos numa mesa (como um garfo, açúcar, um chicote e uma arma de fogo carregada) para que os membros da audiência os pudessem utilizar em si, da forma que pretendessem, durante seis horas. Retiraram a sua camisa e apontaram a arma à sua cabeça (Sandström, 2010). Noutra atuação, em Amesterdão, a artista penteou o seu cabelo com uma escova de metal até o seu couro cabeludo sangrar (Shalmon, 2007). Marina refere que atinge um estado de consciência diferente nas *performances*, que descreve como sendo meditativo, vendo a arte como algo terapêutico. Menciona que a sua intenção não é propriamente chocar o público, mas sim derivar energia a partir do espaço da *performance*, pelo que considera que a audiência cria uma energia de que necessita para experienciar os limites físicos e mentais do seu corpo e mente (Spence, 1997). De acordo com a artista, o componente autodestrutivo do seu trabalho mais antigo derivava de sentimentos de infelicidade, isolamento e frustrações sexuais. *Performances* arriscadas e extremas deram lugar a atuações também intensas, mas menos destrutivas, com o objetivo de atingir um estado de transformação para si própria e para o público. A confrontação e a transformação das suas próprias emoções, assim como as da audiência, é algo que está na base de muitos dos seus trabalhos (Shalmon, 2007).

1.2. Gina Pane

Gina Pane foi uma artista francesa (1939-1990) que utilizava o seu corpo como o seu material artístico principal. Construiu uma linguagem para as suas *performances* baseada em quatro elementos-chave, nomeadamente sangue, dor, leite e fogo, por considerar que estes tinham em comum uma natureza primitiva universal. As suas atuações

envolviam atos como apagar fogo com as suas próprias mãos ou infligir cortes repetidamente na sua face, mãos, pés, braços, abdômen e costas. É de referir também uma *performance* em que aplicou sangue ao redor dos seus olhos e nas unhas, para além de produtos de maquilhagem, como crítica à conformidade da mulher aos padrões de beleza patriarcais. Geralmente, estes gestos alternavam-se com atos que remetiam a brincadeiras infantis, como forma de explorar a dor e a brincadeira como aspetos que se situam em polos opostos na condição humana. Gina decidiu terminar a sua carreira enquanto *performer* em 1979, após sofrer lesões graves na sequência destes atos (Shalmon, 2007).

Gina Pane não considerava os seus atos patológicos, tendo referido gostar muito de viver e detestar o sofrimento e a dor. No entanto, como artista com uma consciência social, mencionou sentir a necessidade de passar por estas experiências para ter impacto no que ela denominava de “sociedade anestesiada” (Shalmon, 2007).

1.3. Bob Flanagan

Flanagan (1952-1996) nasceu com fibrose quística, tendo falecido no contexto desta doença aos 43 anos de idade. Já na infância o artista realizava atos masoquistas, tendo referido que estes funcionavam como uma forma de se abstrair da sua patologia. As suas práticas autolesivas surgiam numa tentativa de externalizar a sua dor interna constante, obtendo desta forma a sensação de ter algum controlo sobre ela. Como exemplo dos seus atos masoquistas, é de referir uma *performance* em que coseu o seu pénis para o interior do escroto e, noutra atuação, pregou-o a uma tábua. Existem obras em que fica explícito que Flanagan apresentava um desejo genuíno de comunicar, e não simplesmente chocar – por exemplo, num trabalho denominado de “*Visiting Hours*” (1992, 1994), o público poderia entrar numa simulação de um quarto de hospital onde havia várias televisões com imagens de partes do corpo do artista com dor induzida pelo próprio, em atos masoquistas, e que permitia entrar num diálogo ao vivo com o próprio artista (Shalmon, 2007).

2. Comportamentos autolesivos

Os CAL definem-se como atos deliberados de autoagressão (Shalmon, 2007). São conceptualizados como uma estratégia de *coping* desadaptativa, geralmente no contexto de uma fraca capacidade de regulação emocional. Estes cumprem variadas funções, sendo a evicção das experiências emocionais uma delas, assim como a tentativa de regulação de emoções negativas através da dor física (Brereton, 2020). Para além destas funções estão também propostas outras, tais como a procura de sensações positivas, a comunicação do sofrimento intrapsíquico a terceiros e a obtenção de um sentimento de controlo, assim como funções antidissociativas, antissuicidárias e autopunitivas (Bryant, 2021). No fundo, estas podem ser agrupadas em dois grupos: funções intrapessoais (as mais comuns) e interpessoais (Pollak, 2020). É de referir que as funções podem variar ao longo do tempo para um mesmo indivíduo (Taliaferro, 2019).

Os CAL são atos que motivam, frequentemente, a referenciação a cuidados de saúde mental, tendo em conta que são indicativos de sofrimento psicológico, e estão associados a um aumento do risco de tentativa de suicídio (Shalmon, 2007). Os CAL podem surgir em várias patologias, como nas perturbações depressivas e de ansiedade, doenças psicóticas, perturbações do comportamento alimentar e perturbações do espectro do autismo, embora pareçam existir com maior frequência na perturbação de personalidade *borderline* (Shalmon, 2007).

Os atos autolesivos e a contemplação da dor de terceiros desde há muito fazem parte da nossa cultura, começando nos circos romanos e terminando no boxe (Izquierdo Días, 2019). Existiram vários rituais praticados ao longo da História que envolviam comportamentos autolesivos extremos, como forma de tentar atingir estados de consciência alternativos. A sangria, por exemplo, era também utilizada como método de purificação espiritual e de cura (de patologia física e mental), por se acreditar que um demónio ou outra entidade maléfica que habitava o corpo poderia desta forma sair e deixar de causar doença (Shalmon 2007). Estudos comparativos no âmbito da Psiquiatria e da Antropologia têm colocado os CAL num espectro que vai desde o patológico até aos atos glorificados culturalmente (como os flagelantes religiosos e as sangrias, por exemplo), dependendo do contexto e do significado consciente com que são praticados (Izquierdo Días, 2019; Shalmon 2007).

Ao contrário do que sucede no contexto privado, considerado patológico, os CAL praticados em público na *performance art* frequentemente não geram o mesmo tipo de preocupação, pelo que são observados de forma distinta neste meio (Spence, 1997). No entanto, por vezes, o trabalho destes artistas é criticado e denominado de patológico, ainda assim. O público nem sempre empatiza com os *performers* e nem sempre entende o seu intuito, pelo que uma das críticas mais frequentes é a de que o seu trabalho contém pouco mais do que a intenção de chocar. Esta reação também pode ser encontrada nos CAL considerados patológicos, em algumas situações (Spence, 1997).

Uma nova vaga de artistas de *performance* está a tentar reinventar os CAL praticados no contexto artístico, tornando-os menos violentos e mais íntimos e comoventes. Em vez de levarem os seus corpos ao limite, estes artistas

não veem a dor como um objetivo, mas sim como um caminho para atingir uma mudança a nível pessoal e espiritual (Dupuis, 2019).

3. Semelhanças e diferenças

Existem características dos artistas de *performance art* que recorrem aos CAL que parecem ser semelhantes às dos indivíduos que praticam estes atos num contexto considerado patológico, assim como diferenças significativas entre ambos (Shalmon, 2007). Em termos de semelhanças, é de referir que, em ambos, existe um componente dissociativo. Para além disso, existe como objetivo comum a regulação emocional e a catarse, com a transformação de um estado interno. Existe também, quer no contexto da *performance art* quer no contexto privado, uma tentativa de resolução de problemas e traumas, quer sejam políticos, sociais, familiares, físicos ou mentais, como se existisse um efeito ritualístico de purificação (em que, como nas sangrias, o sangramento nos CAL é uma forma de tentar aliviar emoções negativas). No que diz respeito ao impacto em terceiros, em ambos os contextos existe um efeito perturbador para quem assiste, independentemente do contexto em que os CAL são realizados (Shalmon, 2007).

No entanto, existem diferenças significativas para além do contexto privado e público em que são realizados, nomeadamente o facto de os artistas demonstrarem um desejo em comunicar e interagir com uma audiência, enquanto que os indivíduos com CAL considerados patológicos tendem a manter-se isolados. Os *performers* têm como principal objetivo a afeção da dinâmica de um grupo, por outro lado os indivíduos que realizam CAL em privado pretendem atingir mudanças intrapsíquicas, embora por vezes também o façam numa tentativa de pedir ajuda. Em ambos os casos existe um desejo de conexão, embora os CAL produzam o efeito contrário, repelindo outras pessoas. Uma das principais diferenças está no facto dos CAL realizados pelos artistas serem atos premeditados, em que estes despendem de bastante tempo a contemplar as suas intenções e os significados das suas ações, para posteriormente serem transmitidas a um público, enquanto que os CAL considerados patológicos são frequentemente atos impulsivos (Shalmon, 2007).

Conclusões

Apesar de existirem semelhanças nos CAL realizados no âmbito da *performance art* e os encontrados em indivíduos com uma perturbação mental, existem diferenças muito significativas: em suma, as principais estão relacionadas com o contexto interpessoal. Os artistas, ao contrário dos indivíduos que realizam CAL num contexto considerado patológico, requerem audiência e pretendem afetar a dinâmica de grupo, refletindo acerca das motivações e significados associados aos seus atos. No entanto, é possível afirmar que os CAL realizados pelos artistas denotam também a presença de sofrimento intrapsíquico, muitas vezes relativos a problemas partilhados pela sociedade que de alguma forma os impactam.

Referências

1. Sandström, E. (2010). *"Performance Art" A Mode of Communication*. Tese de Mestrado em Sociologia. Stockholms universitet, Suécia.
2. Shalmon, M. (2007). *Self-mutilation, pathology, and performance: Implications for art therapy*. Tese de Mestrado Artes. Concordia University – Montreal, Quebec, Canada. 99 pp.
3. Spence, S. (1997). Razor head: The performance art of Marina Abramovic. *Psychiatric Bulletin*, 21(1), 53-55.
4. Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, Emotion Regulation, and Experiential Avoidance: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 24: sup1, 1-24.
5. Bryant, L. D., O'Shea, R., Farley, K., Brennan, C., Crosby, H. F., Guthrie, E., & House, A. (2021). Understanding the functions of repeated self-harm: A Q methodology o methodology approach. *Social science & medicine* (1982), 268, 113527.
6. Pollak, O. H., D'Angelo, E. J., & Cha, C. B. (2020). Does function predict persistence? Nonsuicidal self-injury among adolescents during and after hospitalization. *Psychiatry research*, 286, 112839. Advance online publication.
7. Taliaferro, L. A., Almeida, J., Aguinaldo, L. D., & McManama O'Brien, K. H. (2019). Function and progression of non-suicidal self-injury and relationship with suicide attempts: A qualitative investigation with an adolescent clinical sample. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(4), 821-830.
8. Izquierdo Díaz, L. (2019). Self-harm performance. *Live Art Development Agency*. Acedido a 06 de Maio de 2022, em: <https://www.thisisliveart.co.uk/2019/12/18/self-harm-performance-a-blog-by-leticia-izquierdo-diaz/>
9. Dupuis, C. (2019). From Marina Abramović to Carlos Martiel, a Tradition of Self-Harm in Performance Art. *Hyperallergic*. Acedido a 06 de Maio de 2022, em: <https://hyperallergic.com/493380/from-marina-abramovic-to-carlos-martiel-a-tradition-of-self-harm-in-performance-art/>

O Caso de David Reimer – Como se Constrói a Identidade de Género

Marta Abrantes¹, André Ferreira Silva²

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, ² Centro Hospitalar Médio Tejo

E-mails: marta.abrantes2@chlc.min-saude.pt, andresilva_96@hotmail.com

Resumo

Nos anos 60 do século XX, dois irmãos gémeos, Bruce e Brian Reimer, foram diagnosticados com fimose. Bruce foi submetido a cirurgia de circuncisão aos 8 meses e, no seu decorrer, sofreu uma lesão peniana irreversível. Já o irmão Brian não foi operado e a fimose regrediu espontaneamente.

Quando procurado pelos pais, o Dr John Money, conceituado psicólogo de Johns Hopkins, defendeu a “mudança de género” de Bruce, pois acreditava que o género era uma construção social. Assim, Bruce foi submetido a cirurgia de reatribuição sexual, tratamentos hormonais e foi criado como sendo do género feminino até aos seus 15 anos.

Esta comunicação propõe-se a explorar os fatores que influenciam a identidade de género e a temática da disforia de género nas crianças e adolescentes. Dá-se ainda especial enfoque às questões dos direitos humanos e iatrogenia médica neste caso controverso.

Palavras-chave: identidade de género, disforia de género em crianças, incongruência de género, direitos humanos

Abstract

In the 1960s two twin brothers, Bruce and Brian Reimer, are diagnosed with phimosis. Bruce is submitted to circumcision at 8 months old and during the procedure suffers an irreversible penial injury. His brother Brian doesn't undergo the same surgery instead and his phimosis spontaneously healed.

Dr John Money who was a highly known Johns Hopkins psychologist recommends Bruce's gender reassignment since he believed gender was a social construct. Therefore Bruce underwent sexual reassignment surgery, hormonal treatments and he was raised as a girl until he was 15 years old.

This communication purposes are to explore the factors that influence gender identity and to explore gender dysphoria in children and adolescents. Special focus is given to the human rights questions and iatrogenic medical procedures in this controversial case.

Keywords: Gender identity, gender dysphoria in children, gender incongruence, human rights

Introdução

Ao longo da história, mas mais particularmente nas décadas recentes, o tema da identidade de género tem sido particularmente estudado pela ciência, embora esteja ainda numa fase muito incipiente do conhecimento.

Com este artigo, em que se explora o caso de David Reimer, aborda-se o tema da disforia de género em crianças e adolescentes e relembra-se que aquilo que à luz da ciência da época poderá ser correto e plausível, se arrisca a tornar ultrapassado poucas décadas depois, deixando um rasto de vítimas colaterais neste processo, a quem os direitos fundamentais poderão não ter sido tomados em linha de conta.

David Reimer – A história de vida

O caso é apenas trazido a público e partilhado pelo próprio pela primeira vez em Dezembro de 1997, através de uma entrevista para a Revista Rolling Stone.¹

A 22 de Agosto de 1965, em Ontario (Canadá), nasce Bruce Peter Reimer e o seu irmão gémeo Brian. Os dois irmãos são diagnosticados com fimose aos 6 meses de vida e Bruce é submetido a circuncisão a 27 de Abril de 1966. Durante a cirurgia, Bruce sofre uma lesão peniana grave e irreversível; por outro lado, o seu irmão Brian não é operado e a fimose regride espontaneamente.

No ano de 1967, os pais de Bruce procuram a ajuda do Dr John Money, um conceituado psicólogo de Johns Hopkins, já com estudos na área da identidade de género e que defendia que o género era uma construção social³.

Desta forma, o psicólogo defende a “mudança de género” de Bruce, sendo o seu pénis lesionado e os testículos removidos e avançando-se para a construção de um canal vaginal.

Bruce passa a ser criado como uma menina pelos pais, que o passam a chamar “Brenda”.

Durante a infância, é mantido um seguimento anual em consulta com o Dr John Money. Nestas consultas, os irmãos Bruce e Brian, entre outras intervenções, são obrigados a simular posições em que se envolvem sexualmente e a inspecionar os genitais um do outro. O caso é descrito como de sucesso e intitulado como “John/Joan case”, no entanto Bruce/Brenda experencia já sintomas de disforia de género e não se identifica como do género feminino.

Na escola é alvo de bullying pelos colegas, pelas suas características masculinas e, aos 13 anos, ameaça suicidar-se se os pais o voltarem a levar às consultas com o psicólogo.

Durante a adolescência, é submetido a terapêutica hormonal com estrogénios, com o objetivo de promover o desenvolvimento mamário e de caracteres sexuais secundários femininos.

Apenas aos 15 anos, em 1980, ele toma conhecimento da sua verdadeira história e subsequentemente se assume como do género masculino, adotando o nome “David”.

Na idade adulta, David inicia terapia com testosterona, submete-se a uma mastectomia e a cirurgia de reconstrução peniana.

Todavia sofre gravemente de doença mental ao longo da sua vida, fazendo inclusive duas tentativas de suicídio.

Acaba por casar com Jane Fontaine, uma mãe solteira com 3 filhos, apesar do casamento ser pautado por várias crises conjugais. Encontra ainda muitas dificuldades laborais.

Em Julho de 2002, Brian, irmão gémeo de David, já diagnosticado com depressão e esquizofrenia, morre por uma intoxicação medicamentosa com antidepressivos.

A 2 de Maio de 2004, a mulher de David afirma que se pretende pedir o divórcio e, 2 dias depois, com 38 anos, David suicida-se recorrendo a uma arma de fogo.²

Disforia de Género

Qualquer pessoa confrontada com esta história se apercebe do grande sofrimento pelo qual passou David Reimer no que toca à afirmação da sua identidade de género, no entanto, analisando clinicamente este caso, conseguimos identificar sintomas típicos desta entidade diagnóstica que é a Disforia de Género, tanto em criança como em adolescente.

Segundo o DSM 5-TR, a Disforia de Género refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o género experimentado/expresso e o género designado de uma pessoa. Em sentido lato, remete para o descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o género designado.

Este sentimento tem uma duração de pelo menos seis meses e está associado a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.⁴

A forma como esta entidade se manifesta depende da faixa etária, havendo diferentes critérios para crianças e para adolescentes/adultos:

• Disforia de Género em Crianças

A. Incongruência acentuada entre o género experimentado/expresso e o género designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo seis dos seguintes (um deles deve ser o Critério A1):

1. Forte desejo de pertencer ao outro género ou insistência de que um género é o outro (ou algum género alternativo diferente do designado).
2. Em meninos (género designado), uma forte preferência por cross-dressing (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (género designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.
3. Forte preferência por papéis transgéneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias.
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro género.
5. Forte preferência por brincar com pares do outro género.
6. Em meninos (género designado), uma forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitamento de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (género designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.

7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual.
 8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o género experimentado.
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, académico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.⁴

• **Disforia de Género em Adolescentes e Adultos**

- C. Incongruência acentuada entre o género experimentado/expresso e o género designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:
1. Incongruência acentuada entre o género experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
 2. Forte desejo de se livrar das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias devido a incongruência acentuada com o género experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro género.
 4. Forte desejo de pertencer ao outro género (ou a algum género alternativo diferente do designado).
 5. Forte desejo de ser tratado como o outro género (ou como algum género alternativo diferente do designado).
 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro género (ou de algum género alternativo diferente do designado).
- D. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.⁴

O processo de desenvolvimento da identidade de género

A identidade é definida como a forma como uma pessoa se percebe, descreve e expressa e o reflexo destas entidades na interação com os outros.

Inclui vários aspetos integrados, a nacionalidade, língua, percurso académico e profissional, convicções religiosas ou políticas, o género, entre outros. A identidade de género remete para a experiência interna e individual de cada pessoa se identificar como homem, mulher ou outro género.

O caso de David Reimer afigura-se como uma prova concreta de como os paradigmas nesta área se alteraram substancialmente ao longo do curso do tempo e o conhecimento científico é fluido e constante. Sabe-se hoje que o desenvolvimento da identidade de género é um processo complexo, afetado por múltiplos fatores, no entanto, sendo este um tema pouco estudado até ao século passado, várias correntes científicas propuseram teorias que explicassem este fenómeno:

- Teorias psicodinâmicas iniciais: Os comportamentos não conforme com o género seriam derivados de questões/problemas parentais e trauma.^{5,6}
- Teorias cognitivo-comportamentais: Os seres humanos seriam construtores ativos de esquemas cognitivos, incluindo no que toca ao género, em contínua interação com o ambiente.
- Outras teorias: Influências biológicas próximas e distantes, genética, epigenética, mecanismos neurais e hormonais ou ainda nas diferenças anatómicas nos 2 sexos na construção da identidade de género;
- No cérebro: são identificadas diferenças estruturais e funcionais nos 2 sexos – são altamente determinadas pela exposição a hormonas esteroides durante o período perinatal, mas também dependem dos genes nos cromossomas sexuais.
- Epigenética: Está provado que existe uma contínua interação entre genes e experiências, que mudam a expressão dos genes sem modificar a sequência de DNA.

Por exemplo, experiências sociais em idade precoce podem agir como fatores epigenéticos para “moldar” diferenças no cérebro e consequentemente afetar “comportamentos determinados pelo sexo”⁵

Desta forma, é certo que no passado foram sugeridos modelos ou só essencialistas ou só baseados no ambiente, focados apenas em uma das inúmeras facetas que caracterizam este complexo processo que é o desenvolvimento da

identidade de género. Porém, na atualidade, cada vez mais se tem percebido e estudado que são múltiplos e integrados os fatores que se alinham nesta construção, daí que o mais aceite nos dias de hoje seja o modelo biopsicossocial.

Direitos humanos em causa

No que toca ao Género, muito se tem debatido acerca deste tema de modo formal mas também informal. A informação de que dispomos atualmente, apesar de ainda parca, é o resultado de anos de trabalho e investigação.

Este caso remonta à não tão longínqua década de 60 do século passado, contudo, no que concerne à Identidade de Género, este era o princípio do tema, um terreno ainda desconhecido e por desbravar. O Dr John Money aventurou-se e foi pioneiro no estudo desta área, agindo conforme o conhecimento da altura e aquilo que ia retirando da sua investigação. No entanto, esta investigação, e todas as outras, constitui-se como uma engrenagem que tem necessidade de roldanas para rolar, sendo aqui as pessoas envolvidas aquelas em que recaem os frutos mas também as consequências menos positivas deste processo.

No caso de Reimer, esta questão dos direitos humanos impõe-se, no sentido em que o melhor interesse do menor parece ter sido confundido com uma iatrogenia nos procedimentos médicos e a sua autonomia foi calcada.

Importa realçar alguns artigos versados na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em Novembro de 1989, que têm especial interesse e pertinência abordar neste caso específico:⁷

- Artigo 3.º: “Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança.”
- Artigo 19.º: “Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à proteção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual”
- Artigo 34.º: “Os Estados Partes comprometem-se a proteger a criança contra todas as formas de exploração e de violência sexuais”.

Estes direitos saltam à vista por não terem sido atendidos na história de Reimer, que não terá sido protegido por nenhuma entidade e que não foi ouvido durante este processo enquanto criança, culminando em todo o impacto psicológico negativo ao longo da sua vida. David, na entrevista dada em 1997 revela: “Eu daria tudo para ser hipnotizado e apagar todo o meu passado. Porque é uma tortura. O que fazem com o teu corpo não é por vezes tão mau quanto o que fazem com a tua mente”¹. Esta citação é representativa do carácter traumático que todos estes acontecimentos tiveram para ele e as suas repercussões definitivas na pessoa que ele se tornou. Relembra-nos ainda de como, infelizmente com grande facilidade, a intervenção médica pode desrespeitar os direitos mais básicos da criança e como certos limites podem ser transpostos.

Esta discussão traz para cima da mesa a questão de quando e como intervir em casos de Disforia de Género. A intervenção terapêutica, como se constatou, pode ser nociva; no entanto, em jovens com disforia de género, a falta dela pode também ser desrespeitadora dos seus direitos.

Segundo as guidelines mais usadas na abordagem da Disforia de Género— o Dutch Model, para crianças, deve-se manter uma atitude de vigilância ativa, providenciar informação, suporte psicológico e aconselhamento parental. Já os adolescentes, poderão ser elegíveis para tratamentos de supressão da puberdade e tratamento hormonal.⁸

Todavia, no que diz respeito à ação médica em jovens com Disforia de Género, a ambivalência impera: os profissionais de saúde, reconhecendo o sofrimento dos adolescentes, sentem o impulso de os ajudar e tratar... No entanto, ainda existem poucos estudos quanto aos outcomes, tanto físicos como psicológicos, a longo prazo.

Respeitar a autonomia do menor afigura-se fundamental, contudo, há que ter em consideração que a adolescência é, por excelência, um período de mudanças e descobertas, entre elas a descoberta da identidade, o que poderá significar que neste processo os adolescentes ou mais tarde jovens adultos possam mudar de ideias quanto à intenção de se submeterem a certos procedimentos médico-cirúrgicos de redesignação sexual. As discussões geradas em volta deste tema, muitas vezes pautadas por opiniões contrastantes mais uma vez nos revelam que, no que a ele diz respeito, há muitos tons de cinzento; qual o melhor interesse dos jovens e se estarão os direitos humanos em choque são questões a colocar.

Conclusões

Ainda na atualidade restam grandes dúvidas quanto aos fatores que influenciam a identidade de género e este tema está em franca evolução. No entanto, os especialistas são unânimes em considerar que esta será produto de mais do que uma construção social, constituindo-se sim como um processo biopsicossocial.

No caso de David Reimer, que hoje conhecemos, é possível identificar seguramente sintomas de Disforia de Género, tanto em criança como em adolescente.

Por fim, esta história relembra-nos acerca da potencial iatrogenia dos atos médicos e da fluidez dos conhecimentos médicos ao longo do curso da história.

Referências Bibliográficas

1. Colapinto, J. (1997). “The True Story of John/Joan.” *Rolling Stone*, 11, 54-73.
2. Gaetano, P. (2017-11-15). “David Reimer and John Money Gender Reassignment Controversy: The John/Joan Case”. *Embryo Project Encyclopedia*. 1940-5030. Acedido a 25 de Abril de 2023.
3. Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl: Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore; London: Johns Hopkins University Press.
4. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.)
5. Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvä, M., & Frisén, L. (2018). “Gender dysphoria in adolescence: current perspectives”. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 31-41. Acedido a 23 de Abril de 2023.
6. Pechorro, P., (2005). “Freud, Stoller, & Coimbra de Matos Três perspectivas psicanalíticas sobre o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade”. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Série III, 10(6), 335-340.
7. *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*, Comité Português para a UNICEF. Edição revista 2019. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
8. de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012) “Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach”. *J Homosex*, 59(3), 301-20. Acedido a 23 de Abril de 2023.

Psicoterapias Cuidador-Bebé no Século XX

Pedro Cotta, Márcia Rodrigues, Graça Fernandes

Centro Hospitalar Universitário do Porto

E-mail: pcotta2tt@gmail.com, marciasarod@gmail.com, gfernandes.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Resumo

A Psicoterapia Cuidador-Bebé (PCB) é uma psicoterapia baseada na relação e direcionada para crianças entre os zero e os três anos e os seus cuidadores. Esta psicoterapia pode ser efetuada segundo o pensamento de diversas escolas teóricas e tem como objetivo a melhoria da relação entre os cuidadores e a criança. Com este trabalho, pretende-se destrinçar as diferentes influências que a PCB teve no século XX, explicando os seus alicerces e fundamentos processuais mais importantes. A PCB tem as suas raízes nos primórdios das teorias psicodinâmicas mas a sua operacionalização começou com nomes como Fraiberg, Lebovici, Cramer e Palacio-Espasa que introduziram conceitos como “fantasma no berçário”, “mandato transgeracional” e “sequências interativas sintomáticas”. Para além desta influência da psicanálise, a PCB também se baseou na teoria da vinculação e noutras correntes teóricas desenvolvimentais. Esta psicoterapia mostrou-se essencial na prática clínica potenciando, possivelmente, uma mudança na trajetória de vida das crianças pequenas.

Palavras-chave: psicoterapia cuidador-bebé, psicopatologia do bebé, relação cuidador-bebé

Abstract

Parent-Infant Psychotherapy (PIP) is a relationship-based psychotherapy aimed at children between zero and three years of age and their caregivers. The thinking of different theoretical schools enables the use of this psychotherapy. Its objective is to improve the relationship between caregivers and the child. With this work, we intend to disentangle the distinct influences that the PIP had in the 20th century, explaining its foundations and important procedural fundamentals. PIP has its roots in the beginnings of psychodynamic theories. However, its operationalisation began with names such as Fraiberg, Lebovici, Cramer and Palacio-Espasa. They introduced concepts such as “ghost in the nursery”, “transgenerational mandate”, and “symptomatic interactive sequences”. In addition to this influence from psychoanalysis, PIP drew on attachment theory and other developmental theoretical currents. This psychotherapy is essential in clinical practice, possibly promoting a change in the lives of young children.

Keywords: parent-infant psychotherapy, infant psychopathology, parent-infant interaction

Introdução

A Psicoterapia Cuidador-Bebé é uma psicoterapia breve baseada na relação e direcionada para crianças entre os zero e os três anos e os seus cuidadores. Esta psicoterapia pode ser efetuada segundo o pensamento de diversas escolas teóricas e tem como objetivo a melhoria da relação entre os cuidadores e a criança, estimulando a reflexividade dos primeiros. Com este trabalho, os autores pretendem rever a história da Psicoterapia Cuidador-Bebé desde os momentos influenciadores que a precederam até à sua criação como entidade diferenciada e posterior segmentação em múltiplos outros submodelos.

Discussão

O início das Psicoterapias Cuidador-Bebé remonta ao início do século XX, com a influência da escola psicodinâmica, especificamente da Teoria das Relações de Objeto mas também não descurando a influência da Teoria da Vinculação. A Psicoterapia Cuidador-Bebé não deixa de ser uma Psicoterapia Breve e a história destas últimas também deverá ser narrada para contextualizar o surgimento da primeira (Prado *et al.*, 2009). O início das Psicoterapias Breves começa muito antes do aparecimento da Psicoterapia Cuidador-Bebé. S. Freud, no início do século XX, nos seus

«*Studies on Hysteria*» defendia um método catártico, chegando a tratar alguns pacientes utilizando um formato breve de terapia. Apesar de não descrever o que seria futuramente a Psicoterapia Breve, Freud elencava alguns fatores que a ela se aproximavam: os pacientes terem de investir positivamente no terapeuta; o facto de o paciente ser competente cognitivamente e estar motivado no sentido da sua melhoria. Com o tempo, Freud descartou o modelo catártico e passou a defender um modelo analítico, no qual não se colocavam questões de tempos, o terapeuta era descrito na sua posição de escuta ativa, num papel passivo e orientador do processo terapêutico do paciente sem nele interferir diretamente. Freud contrapôs o modelo da Psicoterapia Breve, defendendo a Psicanálise como a única suficientemente capaz e eficaz na melhoria clínica dos pacientes (Horner, 1994). As Psicoterapias Breves surgiram, então, nos anos 20 do século passado com *Ferenczi* e *Rank*, estabelecendo-se então como modelo terapêutico individuado essencialmente com *Alexander* e *French* nos anos 40 do século XX. Os primeiros autores não vincaram a sua opinião de forma explícita, talvez para não conflitar com o pensamento psicodinâmico vigente na altura e visto como uno e insubstituível pela comunidade científica, mas os seus pensamentos foram depois corroborados e recontados de forma mais elaborada por *Alexander* e *French*. O foco de uma Psicoterapia Breve estará mais no momento presente, conseguindo-se resolver não todos os aspetos da vida mental dos pacientes mas aqueles que surgem no contexto da relação terapêutica, tendo o terapeuta essencialmente um papel mais ativo e flexível, estabelecendo com o paciente, deste início, os objetivos da terapia possibilitando aos doentes a possibilidade de vivenciarem uma «experiência emocional corretiva» (Horner, 1994; Prado *et al.*, 2009).

A Psicoterapia Cuidador Bebê não deixa de ser uma Psicoterapia interativa no sentido de ser realizada maioritariamente em contexto triádico de relação, e de ser a partir do que este último cria ao longo das sessões que novos significados podem tomar lugar num espaço potencial, com explicitado por *D. Winnicott*, partilhado pelos intervenientes (Winnicott, 1980). Desta forma, não seria correto abordar-se a história das Psicoterapias Cuidador-Bebê sem se abordar a História da Teoria das Relações de Objeto. Esta última, divergiu do tronco psicodinâmico vigente e voltou o cerne das considerações para os aspetos relacionais da Psicologia psicodinâmica ao invés dos aspetos intrapsíquicos relativos à teoria pulsional. Atribuem-se a *M. Klein* e *W. Fairbairn* a inauguração da Teoria das Relações de Objeto mas enquanto a primeira estabeleceu a ponte entre uma teoria mais libidinal e outra mais objetual, o segundo abdica mais facilmente das questões pulsionais e vira o enfoque para as relações afetivas como aquelas mais preponderantes nas suas teorizações. A Teoria das Relações de Objeto foi crescendo com as contribuições de múltiplos outros autores como *D. Winnicott*, *W. Bion*, *M. Mahler* e *R. Spitz*, entre outros (Anguera Domenjó & Miró i Coll, 1995; Hamilton, 1989).

Outra contribuição fundamental para o aparecimento da Psicoterapia Cuidador-Bebê foi a da Teoria da Vinculação. Esta última, devido à influência histórica e sociológica da 2.^a Guerra Mundial, aparece em 1969 com *J. Bowlby*. Bowlby traz-nos o conceito de relações pais-criança com componente de «base segura» remetendo para figuras parentais responsivas, esperáveis e sensíveis. Para os teóricos da vinculação, o «estar-se» vinculado significa possuir uma «base segura» a partir da qual um comportamento exploratório possa ocorrer. Isto fornecerá à criança, então, segurança, organização e previsibilidade (Pillet, 2007; Waters & Cummings, 2000). É uma teoria que afunila a sua atenção, transversalmente, nos primeiros anos de vida, dando-nos Bowlby uma visão «espacial» da teoria, falando este autor da «distância ótima», acima da qual se ativa o sistema de vinculação e abaixo da qual se ativa o sistema exploratório do bebé ou criança pequena (Bretherton, 1992; Holmes, 1994; Petters & Waters, 2010). *M. Ainsworth* adiciona a nuance de que nem todos os pais oferecem a mesma experiência de «base segura» e em 1969 expõe a Situação de Estranho que, após a realização de uma prova experimental com um cuidador, a criança e um estranho, permite a definição de um estilo de vinculação que varia do inseguro ao seguro. O estilo de vinculação de uma criança permite predizer questões como quais as estratégias de auto-regulação da criança ou qual o estilo parental a que a criança está maioritariamente exposta. Estes dois últimos autores não deixam de fornecer teorias e hipóteses com uma sustentação predominantemente comportamental (Music, 2016; Van Rosmalen, Van der Veer, & Van der Horst, 2015). *M. Main*, em 1985, traz para a comunidade científica, uma perspetiva mais cognitivista da Teoria da Vinculação com as ideias e representações por detrás de um estilo de vinculação traçando uma teoria com pendor mais longitudinal, isto é, com aplicação na idade adulta (Pillet, 2007). A Teoria da Vinculação, apesar de não negar características biológicas e instintivas do bebé ou criança pequena, também defende um papel do ambiente como importante para o sentimento de proteção do bebé ou criança pequena (Crittenden, 2006; Holmes, 1994; Music, 2016).

A PCB aparece nos anos 70 com *Selma Fraiberg* (Prado *et al.*, 2009). Com uma orientação predominantemente psicodinâmica, foi pensada, por esta autora, como um esforço para tratar perturbações na relação mãe-criança até aos 3 anos de vida. A premissa básica de *Fraiberg* para esta abordagem é que estas perturbações são manifestações

no presente de conflitos não resolvidos que um ou ambos os pais podem ter com figuras de cuidado importantes da sua infância. O bebé não é visto como o bebé dos pais, com a sua individualidade, mas representa alguma figura do passado parental ou uma porção do self parental que é repudiada e negada. *S. Fraiberg* introduz então a ideia de «fantasmas no berçário»: esta refere que algumas pessoas são assombradas por fantasmas de brutalidade e insensibilidade que encontraram quando eram crianças. Estas memórias de abuso e infelicidade vão surgir em momentos inesperados como quando estas pessoas passam a ser pais, reencenando os mesmos erros com as crianças (Moralès-Huet, Rabouam, & Guedeney, 2004; Salomonsson, 2019).

Depois de *S. Fraiberg*, a teorização sobre as Psicoterapias Cuidador-Bebé foi-se adensando e vários modelos terapêuticos foram aparecendo ao longo do tempo. Seguindo o pensamento psicodinâmico, outros autores enriqueceram a conceptualização e prática das Psicoterapias Cuidador-Bebé. Estes autores dividem-se essencialmente em duas escolas: a escola francesa (*S. Lebovici*) e a suíça (*Palacio-Espasa e Cramer*). Tal como *Fraiberg*, ambas as escolas acreditavam na importância das dimensões intrapsíquicas fantasmáticas que florescem nas trocas relacionais pais-bebés, mas há alguns contrastes teóricos entre as teorias (de Oliveira, 2020). *Lebovici* em Bobigny defende o conceito de mandato transgeracional, isto é, a reiteração de determinados padrões comportamentais ou temáticas na continuidade geracional e o *enaction*, ou seja, a interpretação e compreensão empática da situação problema com base nas sensações causadas pela contratransferência gerada pelos pais e criança (Golse, Lebovici, & Missonier, 1999; Maldonado-Durán, 2002). Em Genebra, *Cramer* e *Palacio-Espasa* empreenderam um modelo também ele breve onde se realçam as projeções parentais sobre a criança e as sequências interativas sintomáticas que refletem a conflituosidade parental no comportamento da criança (Golse *et al.*, 1999). *Cramer* e *Palacio-Espasa* não acreditavam no conceito de *enaction* formulado por *Lebovici*. Estes últimos, realçam as projeções parentais sobre a criança e as sequências interativas sintomáticas que refletem a conflituosidade parental no comportamento da criança. Todos concordam que, de certa forma, o bebé pode influenciar o comportamento parental mas a verdadeira ação terapêutica dá-se na minimização terapêutica das projeções maternas sobre a criança. Assim conseguir-se-ão modificações interativas favoráveis (Missonnier, 2004). Pelo contrário, para *Lebovici*, a ação terapêutica também pode passar pelo bebé ou criança (Maldonado-Durán, 2002). A teorização psicodinâmica das Psicoterapias Mãe-Bebé permitiu substantivar conceitos que não só demonstraram ser úteis para a prática desta Psicoterapia mas também revelam aplicabilidade em consultas clínicas isoladas. Um deles, por exemplo, é o conceito de mandato transgeracional que pretende semantizar a repetição de representações mentais ou de questões comportamentais de uma geração para outra. Poderá existir algo parecido com uma patologia do destino conferindo-se ao bebé ou criança pequena algum papel predeterminado na vida, muito influenciado pela história pregressa dos cuidadores (Maldonado-Durán, 2002). Os primeiros textos publicados de *Lebovici* e *Palacio-Espasa/Cramer* datam de 1983 e 1993, respetivamente (Cramer & Espasa, 1993; Lebovici & Stoléro, 1983).

Puura *et al.* bem como Moralès-Huet *et al.* identificam outra ramificação da Psicoterapia Cuidador-Bebé de cunho mais interativo e cognitivo-comportamental, respetivamente. Em vez do intrapsíquico, o foco volta-se para a interação no plano concreto e em vez de se debruçarem sobre os «fantasmas do passado» estes modelos focam-se nos participantes existentes no momento presente. De entre estes modelos, releva-se o de *Stanley Greenspan*, que, em 1987, começa a sublinhar a importância das sessões no momento presente focadas no desenvolvimento sensoriomotor, cognitivo e socioemocional (Greenspan, 1987). Também o de *Susan C. McDonough* se inclui nesta linha orientadora mais comportamentalista. Em 1993, publica um artigo aconselhando o uso de gravações das sessões como forma de avaliação e tratamento das interações cuidador/bebé (McDonough, 1993). A atenção é dada às interações positivas e dá-se aos pais um feedback positivo e encorajamento para continuar o bom trabalho (Moralès-Huet *et al.*, 2004; Puura & Kaukonen, 2010).

Moralès-Huet *et al.* falam ainda de modelos psicoterapêuticos na 1.^a infância com inspiração primária na Teoria de Vinculação. Citam, então, *Alicia Lieberman* e as suas «experiências corretivas de vinculação» que surgiram ao longo dos anos 90. A Psicoterapia Cuidador Bebé passaria a representar um local onde sentimentos negativos parentais eram metabolizados pelo terapeuta, representando este uma figura que poderia ensinar uma forma mais benigna de relacionamento aos pais. Este último, replicar-se-ia, depois, a jusante com os filhos (Lieberman & Zeanah, 1999; Moralès-Huet *et al.*, 2004).

Torna-se, assim, claro que ao longo do século XX a Psicoterapia Cuidador-Bebé foi maioritariamente influenciada pela psicanálise mas não deixou de se reatualizar com aportes de outras escolas do pensamento científico. *Stern-Bruschweiler* e *Stern*, em 1989, publicam um artigo onde defendem que as Psicoterapias Cuidador-Bebé possuem múltiplos «pontos de entrada» no sentido de melhorar a interação entre o cuidador e a criança: representações maternas, comportamentos maternos, comportamentos da criança, etc. O que os autores defendem é a existência

de um sistema cujo funcionamento depende de múltiplos níveis nos quais se incluem as «portas de entrada» supramencionadas. É um sistema permeável e interdependente no sentido da alteração de um constituinte contribuir para a transformação de outros. Por exemplo, uma mudança numa cognição materna da criança (que representaria o fito de uma abordagem mais psicanalítica) leva a uma mudança no comportamento da mãe relativamente à criança, levando a uma alteração da resposta da criança à sua mãe, de uma forma verdadeiramente interdependente. Da mesma forma, uma mudança no comportamento da mãe relativamente à criança (respeitando uma ótica primariamente comportamental) leva a uma mudança na resposta da criança à sua mãe e, por conseguinte, dá-se uma alteração das cognições maternas da criança no sentido de se tornarem mais benignas e empáticas. Desta forma, não importará qual a «porta de entrada» no sistema uma vez que o efeito obtido irá causar mudanças noutra área do sistema diádico (Barrows, 1997; Stern-Bruschweiler & Stern, 1989). Stern acaba por referir no seu livro «The Motherhood Constellation», de 1995, que todas as formas de Psicoterapia Cuidador-Bebé são eficazes, qualquer que seja o seu pendão – mais psicanalítico ou mais cognitivo-comportamental – uma vez que aquilo que as une parece ser mais determinante do seu sucesso do que aquilo que as diferencia (Stern, 1995).

A «porta de entrada» principal que o terapeuta usará em terapia vai depender, então, da escola orientadora com a qual este se sente mais confortável, apesar de ser difícil limitar a prática de uma Psicoterapia Cuidador-Bebé a uma só «porta de entrada» (Stern, 1995). Mas não depende só do supracitado, dependendo também do cuidador com o qual o terapeuta trabalha. Eventualmente, pais cognitivamente mais deficitários, com dificuldades na reflexividade, fragilidades emocionais evidentes ou com dificuldades caracteriológicas severas podem não beneficiar de uma abordagem mais psicodinâmica, caracterizada por uma revisitação do passado. Nestes casos, a empatia *agida* do terapeuta revela-se mais importante do que por ele é *falado* (Lieberman & Zeanah, 1999). Foram referidos pendões científicos e áreas do saber distintas que influenciaram a Psicoterapia Cuidador-Bebé mas Puura et. al acabam por defender uma visão mais integrativa na prática clínica, na qual o terapeuta consegue flexibilizar a sua «porta de entrada» no sistema diádico, conseguindo-se, segundo os autores, melhores resultados a curto prazo (Puura & Kaukonen, 2010).

Conclusão

A PCB emergiu nos anos 70 do século XX com Selma Fraiberg a partir de vários pressupostos da teoria psicodinâmica. Até ao final do século passado, vários modelos apareceram. Alguns mantiveram a orientação psicanalítica enquanto outros possuem um cunho mais comportamentalista ou de inspiração na Teoria da Vinculação. Parece que todos os modelos, apesar de utilizarem «portas de entrada» distintas na diáde, são igualmente eficazes na promoção de uma melhoria da qualidade interacional cuidador-criança. Esta psicoterapia mostrou-se essencial na prática clínica potenciando, possivelmente, uma mudança na trajetória de vida das crianças pequenas e suas famílias.

Bibliografia

- Anguera Domenjó, B., & Miró i Coll, M. T. (1995). *El modelo psicoanalítico de las relaciones de objeto y su evolución*. Obtido de <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/121459>
- Barrows, P. (1997). Parent-infant psychotherapy: A review article. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(2), 255-264. <https://doi.org/10.1080/00754179708254545>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Cramer, B., & Espasa, F. P. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés: Études cliniques et techniques*. Presses universitaires de France.
- Crittenden, P. M. (2006). A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27(2), 105-115. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x>
- de Oliveira, T. M. (2020). Consulta terapêutica pais-bebê: Um modelo de prevenção e intervenção precoce. *Cadernos Jurídicos*, São Paulo, (56), pág. 69-79.
- Golse, B., Lebovici, S., & Missonier, S. (1999). *À propos des consultations thérapeutiques et des thérapies conjointes parent(s)/bébé. 1999-2000: de l'enfant à l'adolescent*. Apresentado na Conférences d'introduction à la psychanalyse, Paris. Paris.
- Greenspan, S. I. (1987). *Infants in Multirisk Families: Case Studies in Preventive Intervention*. International Universities Press.

- Hamilton, N. G. (1989). A critical review of object relations theory. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1552-1560. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1552>
- Holmes, J. (1994). The Clinical Implications of Attachment Theory. *British Journal of Psychotherapy*, 11(1), 62-76. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1994.tb00702.x>
- Horner, A. J. (1994). *Treating the Neurotic Patient in Brief Psychotherapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Lebovici, S., & Stoléro, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: Les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.
- Lieberman, A. F., & Zeanah, C. H. (1999). Contributions of attachment theory to infant–parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. Em *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 555-574). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Maldonado-Durán, J. M. (2002). *Infant and Toddler Mental Health: Models of Clinical Intervention with Infants and Their Families*. American Psychiatric Pub.
- McDonough, S. C. (1993). Interaction guidance: Understanding and treating early infant–caregiver relationship disturbances. Em *Handbook of infant mental health* (pp. 414-426). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Missonnier, S. (2004). L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé: L'héritage de Serge Lebovici. *Revue française de psychanalyse*, 68(3), 929-946. <https://doi.org/10.3917/rfp.683.0929>
- Moralès-Huet, M., Rabouam, C., & Guedeney, N. (2004). Psychothérapies précoces parents-bébé. EMC – *Psychiatrie*, 1(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2003.06.003>
- Music, G. (2016). *Nurturing Natures: Attachment and Children's Emotional, Sociocultural and Brain Development*. Psychology Press.
- Petters, D., & Waters, E. (2010). *Attachment Theory and Simulating Secure Base Behaviour: Dr. Bowlby meet the Reverend Bayes*. Obtido de <https://www.semanticscholar.org/paper/Attachment-Theory-and-Simulating-Secure-Base-%3A-Dr.-Petters-Waters/e6738125f3d0378680e3172fc775d90bcbcf7ee6>
- Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement: Pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 175(1), 7-14. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0007>
- Prado, L. C., Gomes, A. G., Frizzo, G. B., Santos, C. A. dos, Schwenberger, D. D. de S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31, 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400008>
- Puura, K., & Kaukonen, P. (2010). Parent–Infant Psychotherapies and Indications for Inpatient versus Outpatient Treatments. Em *Parenthood and Mental Health* (pp. 401-413). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470660683.ch35>
- Salomonsson, B. (2019). 15-Psychodynamic psychotherapy with infants and parents. Em D. Kealy & J. S. Ogrodniczuk (Eds.), *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 225-236). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813373-6.00015-5>
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. BasicBooks.
- Stern-Bruschweiler, N., & Stern, D. N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 142-156. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198923\)10:3<142::AID-IMHJ2280100303>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198923)10:3<142::AID-IMHJ2280100303>3.0.CO;2-M)
- Van Rosmalen, L., Van der Veer, R., & Van der Horst, F. (2015). Ainsworth's Strange Situation Procedure: The Origin of an Instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261-284. <https://doi.org/10.1002/jhbs.21729>
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A Secure Base from Which to Explore Close Relationships. *Child Development*, 71(1), 164-172. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00130>
- Winnicott, D. W. (1980). *Jeu et réalité: L'espace potentiel*. Gallimard.

Contextualização Histórica dos Comportamentos Autolesivos não Suicidários

Pedro Carvalho e Marques, Maria do Rosário Monteiro, Otília Queirós

Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência,

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

E-mail: pnunomarques@gmail.com

Resumo

A definição e significados atribuídos aos comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) têm evoluído ao longo da história, sendo descritos desde há milhares de anos, havendo uma linha de pensamento comum na sua caracterização desde o século XIX até à sua conceção atual. A sua investigação foi impulsionada nas últimas duas décadas, sobretudo pela grande prevalência destes comportamentos em adolescentes, com avanços significativos na descrição das suas características, funções e contextos psicossociais. Este trabalho pretende contextualizar os CALNS em termos históricos, enfatizando a evolução no estudo, investigação e conceptualização destes comportamentos ao longo dos anos.

Palavras-chave: comportamentos autolesivos não suicidários, história da psiquiatria

Abstract

The definition and meanings attributed to non-suicidal self-injurious (NSSI) behaviors have evolved throughout history, described for thousands of years, with a common line of thought in their characterization from the 19th century until their current conception. Research into these behaviors has been driven in the last two decades, especially by their high prevalence in adolescents, with significant advances in the description of their characteristics, functions, and psychosocial contexts. This work aims to contextualize NSSI in historical terms, emphasizing the evolution in the study, research, and conceptualization of these behaviors over the years.

Keywords: non-suicidal self-injurious behaviors, history of psychiatry

A definição e significados atribuídos aos comportamentos autolesivos têm evoluído ao longo da história, havendo uma linha de pensamento comum na sua caracterização desde o século XIX até à sua conceção atual, sendo que a sua investigação foi impulsionada nas últimas duas décadas, com avanços significativos na descrição das suas características, funções e contextos psicossociais (Angelotta, 2015; Hooley, 2020).

Atualmente, sabe-se que os comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) são mais comuns em adolescentes e jovens adultos, com uma prevalência entre os 15-20% na população geral (Klonsky, 2007; Swannell, 2014), sendo que em populações clínicas os estudos indicam uma percentagem significativamente maior, entre os 50-80% (Asarnow, 2011; Kaess, 2021; Washburn, 2012)

Este trabalho pretende contextualizar os CALNS em termos históricos, enfatizando a evolução no estudo, investigação e conceptualização destes comportamentos ao longo dos anos.

Ao longo do tempo, os significados, funções e manifestações daquilo que é considerado como autolesão, no seu sentido mais amplo, sofreram diversas evoluções. Os comportamentos autolesivos não suicidários têm sido descritos há milhares de anos e existem referências a eles em diversas culturas antigas e contemporâneas. De facto, no sexto livro de Histórias de Heródoto, escrito por volta do século X a.C, há menção a um líder dos Espartanos que se autolesionava. Esses comportamentos eram frequentemente vistos como práticas ritualizadas e religiosas que eram realizadas para purificação ou como uma forma de demonstrar lealdade a uma causa ou líder. (Gilman, 2012)

As primeiras menções acerca dos comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) na literatura científica datam de meados do século XIX, altura em que vários psiquiatras britânicos descreveram comportamentos de autoagressão sem ideação suicida em doentes psiquiátricos internados em asilos. Naquela época, já eram descritas diferenças na conceção destes comportamentos. Já se distinguia de forma clara autolesão com ou sem intenção suicida e com ou sem sintomatologia psicótica. Já se descreviam também diferenças nos padrões e frequência destes

comportamentos, diferenciando-se entre episódios únicos e graves de automutilação e episódios repetidos sem grave dano físico. (Angelotta, 2015)

No ano de 1878, o psiquiatra americano Walter Channing relatou um caso de uma mulher de 30 anos que apresentava comportamentos autolesivos através de cortes. O médico associou esses comportamentos a emoções negativas intensas, que surgiam em resposta a dificuldades nos relacionamentos interpessoais, acrescentando que a paciente sentia uma sensação de alívio emocional após o comportamento autolesivo. As conclusões de Channing encontram paralelos com o que atualmente é considerado como uma das funções dos comportamentos autolesivos não suicidários, que muitas vezes funcionam como sinais de mal-estar emocional e relacional. Desde o final do século XIX, foram propostas várias funções para a autolesão não suicidária, tais como a sinalização do mal-estar psicológico, alívio da tensão emocional, sentimento de culpa e autopunição, funções que ainda são descritas na atualidade (Angelotta, 2015)

No início do século XX, começaram a surgir múltiplos relatos de casos, teorizando sobre os motivos para os CALNS à luz de uma conceção psicanalítica. De uma forma ligeira, a ideia de autolesão (associada ao masoquismo) está presente no livro “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade” de Sigmund Freud, uma das obras mais conhecidas do psicanalista, publicada originalmente em 1905, e considerada um dos trabalhos mais importantes da teoria psicanalítica. Segundo Freud, a autolesão poderia ser vista como uma forma de masoquismo, ou seja, como uma forma de obter prazer a partir da dor, afirmando que “qualquer dor encerra em si própria a possibilidade de uma sensação de prazer”. Freud afirmava que o masoquismo era uma extensão do sadismo, orientada contra a própria pessoa, que desta forma, tomava ela própria o lugar do seu objeto sexual. A dor subjugada nestes casos alinhar-se-ia com a repulsa e vergonha como forma de resistência contra a libido. (Freud, 1949)

No século XX, o modelo da autolesão e o seu significado começaram a mudar sob a influência das teorias psicanalíticas, concentrando-se nos comportamentos autolesivos como um problema de construção de identidade e autoconsciência. A automutilação por meio de cortes, em vez de auto-humilhação sexual ou automutilação, tornou-se o sintoma que definiu essa nova interpretação da autolesão. Em 1913, Emerson relatou o caso de uma jovem de 23 anos que foi internada no hospital com várias lesões autoinfligidas sob a forma de cortes, algumas já cicatrizadas evidenciando a longa extensão temporal destes comportamentos, atribuindo a sua etiologia à repressão de impulsos masturbatórios. Esse novo entendimento da autolesão como um sintoma de conflitos internos e falta de autoconsciência continuou a ser explorado ao longo do século XX, influenciando as práticas clínicas nas abordagens terapêuticas dos comportamentos autolesivos. (Gilman, 2012)

Apesar de haver relatos anteriores, a primeira descrição clínica de comportamentos autolesivos é muitas vezes atribuída ao psiquiatra Karl Menninger, que em 1938, no seu livro “Man Against Himself”, conceptualizou através de inspirações freudianas que os CALNS aconteceriam quando impulsos autodestrutivos não seriam neutralizados pelos instintos de sobrevivência, considerando estes atos como uma forma de suicídio atenuado. Menninger descreveu que estes comportamentos seriam um mecanismo para aliviar o sofrimento psíquico, tendo usado pela primeira vez termos como “suicídio focal” (impulso suicidário concentrado numa parte como substituto de um todo), “automutilação” e “parassuicídio”. (Menninger, 1938; Angelotta, 2015). Desta forma, deu-se início a uma nova era de um estudo sistemático da epidemiologia e conceptualização dos CALNS.

Na literatura posterior, todas as formas de autolesão deliberada e não letal eram consideradas tentativas de suicídio, independentemente da existência ou não de ideação suicida ativa sendo muitas vezes equiparadas à histeria. (Menninger, 1938; Hooley, 2020)

A partir das décadas de 1960 e 1970, uma série de estudos independentes com base em relatos de casos de doentes psiquiátricos internados formulavam um doente-tipo como uma jovem, do sexo feminino, que se autolesionava com o objetivo de aliviar estados de desregulação emocional intensa. Estes relatos também descreviam um típico episódio de autoagressão não suicidária como sendo despoletado por um conflito interpessoal que levava a um aumento de tensão emocional, com uma vontade intensa de se agredir, seguida do gesto autolesivo e posterior alívio. (Angelotta, 2015; Hooley, 2020).

Em 1969, Kreitman, psiquiatra britânico conhecido por impulsionar o termo “parassuicídio”, descreveu que a maioria dos doentes com comportamentos autolesivos não teriam intencionalidade suicida associada ao ato autolesivo e não tentavam o suicídio. Além disso, ele destacou que muitos indivíduos apresentavam esse comportamento como uma forma de gerir estados emocionais intensos ou como um apelo ao cuidado. Essa descoberta foi considerada um marco importante na compreensão da autolesão não suicida (Kreitman, 1969; Hooley, 2020).

Em 1983, os psiquiatras E. Mansell Pattison e Joel Kahan propuseram o nome “síndrome de auto-lesão deliberado”, que incluía o impulso irresistível de se autolesionar, uma sensação de aprisionamento psicológico, uma resposta

afetiva em crescendo em resposta a esse aprisionamento; distorções cognitivas que restringiam a possibilidade de respostas alternativas e, por fim, gestos repetitivos autolesivos que resultavam numa sensação de alívio. Com base na análise de 56 relatos de caso de comportamentos autolesivos, os autores descreveram um padrão típico de comportamentos de dano dirigido deliberadamente ao próprio corpo com início na adolescência tardia, com múltiplos episódios repetidos, baixa letalidade e que se estendia por muitos anos. Os quatro sintomas psicológicos dominantes desta síndrome eram o desespero, ansiedade, raiva e constrição cognitiva. Pattison e Kahan descreveram também fatores predisponentes incluindo uma retaguarda social frágil, homossexualidade em homens, abuso de álcool e drogas e ideação suicida em mulheres. Estes autores propuseram uma categoria autónoma para esta síndrome para a 4.^a edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), que não foi aceite. (Pattison, 1983)

A partir do final do século XX, houve uma maior sistematização dos CALNS. Na edição de 1980 do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3rd edition*, os CALNS foram mencionados como possível sintoma da Perturbação de Personalidade Borderline (PPB), em que “frequentemente há comportamentos impulsivos e imprevisíveis que são potencialmente fisicamente auto-danosos”, definindo estes gestos como “gestos suicidas, automutilação, acidentes recorrentes ou confrontos físicos) (American Psychiatric Association, 1980). Em 1994, estando em vigor a DSM-IV, os comportamentos autolesivos são inseridos no critério 5 de PPB: “Comportamentos, gestos ou pensamentos suicidários recorrentes ou comportamentos de automutilação.” (American Psychiatric Association, 1994).

Na década de 1980, os comportamentos autolesivos começaram cada vez mais a serem estudados como uma categoria diagnóstica autónoma, para além da PPB. Em 1987, Armando Favazza publicou o livro intitulado “Bodies Under Siege”, que representou um novo ponto de partida significativo para a investigação dos comportamentos autolesivos e o impacto deles na saúde mental. Favazza definiu automutilação como “a destruição ou alteração deliberada do próprio tecido corporal sem intencionalidade suicida consciente”, o que abriu caminho para novas reflexões sobre o tema. Este autor colocou em destaque a necessidade de alguns comportamentos de automutilação serem interpretados à luz do contexto sociocultural e histórico. O autor exemplificou com práticas de meditação tibetana ou a automutilação praticada por santos que pretendiam mimetizar o sofrimento de Jesus Cristo. Para Favazza, os comportamentos autolesivos não deveriam ser estudados como apenas um fenómeno isolado. Foi também este autor que descreveu e enfatizou pela primeira vez que a forma mais comum de autolesão era praticada por adolescentes sob a forma de cortes na pele, o que teve um grande impacto na consciência pública, social e psiquiátrica da altura, evidenciando a necessidade de mais investigação sobre esta problemática. (Favazza, 1987; Gilman, 2012; Hooley, 2020).

Na década de 1990, com o desenvolvimento significativo na teoria do trauma que levou a uma nova interpretação dos CALNS, estes passaram a ser entendidos como um reflexo de experiências traumáticas precoces vivenciadas na infância. Contudo, pesquisas e estudos mais aprofundados mostraram que a relação entre trauma e comportamentos autolesivos é muito mais complexa do que a que se imaginava inicialmente. De facto, descobriu-se que há uma série de fatores mediadores envolvidos na relação entre o trauma e os CALNS, e que o trauma em si não é um preditor específico de comportamentos autolesivos. Em vez disso, o desenvolvimento desses comportamentos é influenciado por uma variedade de fatores, incluindo a gravidade do trauma, a idade em que ocorreu, a presença de comorbilidades psiquiátricas e outros fatores psicológicos e sociais. (Gilman, 2012)

Mais recentemente, em 2013, a Autolesão Não Suicida foi incluída pela primeira vez no DSM-5 como uma condição em que se encoraja estudos futuros, mantendo-se também como um dos critérios para diagnóstico de Perturbação de Personalidade Borderline. Assim, passa a ser definida como a “destruição deliberada e auto-inflingida dos tecidos corporais sem intencionalidade suicida com objetivos não socialmente sancionados”. (American Psychiatric Association, 2013).

Na última década, tem havido um interesse crescente acerca dos comportamentos autolesivos em crianças e adolescentes, havendo um aumento dramático do número de estudos e investigações sobre esta temática. De facto, os CALNS são mais frequentes em adolescentes e jovens adultos, sendo influenciados por múltiplos fatores, entre eles stressores interpessoais, desregulação emocional, experiências adversas na infância e fatores neurobiológicos. (Washburn, 2012; Brown, 2017) Os CALNS durante a adolescência surgem muitas vezes como forma de expressão de algum tipo de mal-estar emocional/relacional. Nesta faixa etária, estes comportamentos não devem ser interpretados sem ter em conta a influência do grupo de pares e o fenómeno de contágio social, uma vez que podem constituir eletivamente entre o grupo de pares uma forma socialmente válida de expressão de mal-estar. Contudo, nem sempre estes comportamentos estão associados a psicopatologia na adolescência, sendo que os CALNS devem ser abordados como um sintoma, com diferentes funções e significados, residindo aí a chave para uma abordagem psicoterapêutica mais eficaz.

O reconhecimento da importância da presença de intencionalidade suicida associada aos comportamentos autolesivos permitiu avanços nos estudos dos CALNS, facilitando a categorização dos comportamentos autolesivos em comportamentos autolesivos suicidários e não suicidários. (Hooley, 2020). A conceção dos CALNS, enquanto entidade nosológica, é fruto de uma longa trajetória iniciada no século XIX por profissionais da saúde mental que se dedicaram a estudar indivíduos que apresentavam comportamentos autolesivos sem intencionalidade suicida. Ao longo de várias décadas, foram clarificadas as suas diferentes funções, contextos e foram diferenciados os comportamentos autolesivos suicidários e não suicidários, culminando na estruturação daquilo que hoje se categoriza como CALNS.

Bibliografia

1. Angelotta C. (2015). Defining and refining self-harm: a historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(2), 75-80.
2. Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 101-112.
3. Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056.
4. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273-303.
5. Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.
6. Kaess, M., Hooley, J. M., Klimes-Dougan, B., Koenig, J., Plener, P. L., Reichl, C., Robinson, K., Schmahl, C., Sicorello, M., Westlund Schreiner, M., & Cullen, K. R. (2021). Advancing a temporal framework for understanding the biology of nonsuicidal self-injury: An expert review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 130, 228-239.
7. Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 14.
8. Gilman, S. L. (2012). How new is self-harm?. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(12), 1008-1016.
9. Freud, S. (1949). *Three essays on the theory of sexuality*. Imago Publ. Co.
10. Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace.
11. Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 115(523), 746-747.
12. Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American journal of psychiatry*, 140(7), 867-872.
13. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.).
14. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).
15. Favazza, A. R., & Favazza, B. (1987). *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Johns Hopkins University Press.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
17. Brown, R. C., Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 19(3), 20.

Neurastenia, Diagnóstico Caído ou Redefinido pelo Contexto?

Rafael Silva Carvalho, Mónica Figueiredo Santos, Emanuel Santos

Hospital de Magalhães Lemos

E-mail: rafaelsilvacarvalho@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

O diagnóstico de neurastenia surge num contexto sociocultural marcado pela grande evolução tecnológica do final do século XIX, sendo caracterizada como um estado de exaustão física e mental, resultante do intenso esforço cerebral. Este termo sofre alterações nas suas adaptações europeias, transita para a psiquiatria, compreendendo-se que abarcaria uma diversidade de condições, incluindo síndromes depressivas, obsessivas e fóbicas entretanto denominadas de psiconeuroses. Atualmente, e apesar de ter caído em desuso, é interessante pensar no paralelismo entre as descrições de neurastenia e conceitos atuais como o de *burnout*, síndrome de fadiga crónica ou fibromialgia. É de notar como uma epidemia de neurastenia terá afetado de forma contundente os países desenvolvidos no final do século XIX, e uma epidemia de *burnout* se verifica atualmente, também num contexto de grandes desafios. Pretende-se neste trabalho revisitar o conceito de neurastenia e sua evolução histórica, e refletir acerca da sua relação com diagnósticos da atualidade.

Palavras-chave: neurastenia, contexto sociocultural, *burnout*

Abstract

The diagnosis of neurasthenia appears in a sociocultural context marked by the great technological evolution of the end of the 19th century, being identified as a state of physical and mental exhaustion, resulting from intense cerebral effort. This term undergoes changes in its european adaptations, transiting to psychiatry, encompassing a variety of conditions, including depressive, obsessive and phobic syndromes, later called psychoneuroses. Currently, and despite having fallen into disuse, it is interesting to think about the parallelism between the concept of neurasthenia and current concepts such as burnout, chronic fatigue syndrome or fibromyalgia. It should be noted how an epidemic of neurasthenia strongly affected the developed countries at the end of the 19th century, and an epidemic of burnout is currently taking place, also in a context of great challenges. The aim of this work is to revisit the concept of neurasthenia and its historical evolution, and reflect on its relationship with current diagnoses.

Keywords: neurastenia, sociocultural context, burnout

Introdução

No final do século XIX, assistia-se a um ritmo frenético de inovação a vários níveis, de mudanças de papéis e de grande evolução tecnológica. Numa era de progresso, é indissociável a relação entre os determinantes socioculturais e os conceitos de doença, e é precisamente nesta ótica que se enquadra o surgimento do diagnóstico de neurastenia.

Este trabalho tem como objetivo a revisão do conceito de neurastenia, do contexto em que este surgiu, e de como se foi eclipsando, bem como da análise reflexiva do paralelismo com outros quadros clínicos e o aparecimento de novos conceitos para os definir.

Determinantes socioculturais de doença

As circunstâncias sociais geram noções de doença, especialmente quando a medicina se depara com conjuntos de sintomas mal definidos e pouco compreendidos. Assim, surge frequentemente, nestas circunstâncias, uma tendência para procurar rotular estes conjuntos de sintomas, no sentido de facilitar a comunicação entre pares e procurar um tratamento.

A perspetiva clássica da medicina assenta na definição diagnóstica e na procura de um tratamento que se ajuste ao quadro clínico em questão. Parte muitas vezes do princípio de que é menos estigmatizante definir um diagnóstico

com sintomas objetivos, nomeadamente de teor somático, do que considerar um quadro de desequilíbrio emocional. Tudo isto se relaciona com os conceitos socioculturais de doença, que se traduzem numa maior aceitação de uma doença física do que de uma perturbação mental. Há, assim, uma tendência a procurar explicações de base biológica, mais aceites do que as perspetivas mais psicossociais de doença.

Desta forma, é comum na prática clínica classificar algo desconhecido ou inexplicado como funcional ou idiopático, muitas vezes atribuído em função da falta de conhecimento mais aprofundado acerca da etiopatogenia do quadro. Isto parte também da expectativa de base dos próprios doentes de que, ao recorrerem aos cuidados de saúde, lhes seja devolvido um diagnóstico bem definido, que sejam realizados exames complementares de diagnóstico que sustentem esse diagnóstico, e que lhe seja apresentada uma solução mais ou menos rápida e clara, nomeadamente em termos farmacológicos.

O diagnóstico de neurastenia surge num contexto norte-americano do *boom* no número de habitantes das cidades, com grande entrada de imigrantes com uma diversidade enorme de culturas, religiões e idiomas. Adicionalmente, assistia-se nessa altura a uma necessidade de reafirmação da supremacia masculina, face à luta feminina pela independência profissional e liberdade sexual.

É de notar que, qualquer mudança pode ser geradora de sintomas ansiosos e de *stress*, sendo destacados o ritmo acelerado da sociedade, o estilo de vida cada vez mais sedentário e as inovações da época, como o motor a vapor, o crescimento da imprensa, os avanços da ciência. Cada nova invenção significava um ritmo mais rápido e complexo. Realça-se ainda a alteração de estilos de vida mais concentrados em trabalhos que exigiam esforço físico para trabalhos mais exigentes em termos mentais.

A sociedade no início do século XX era dominada por indivíduos que davam primazia à busca pela riqueza, com hipersensibilidade à crítica e preocupação constante na procura da fama e fortuna, marcados por uma ambição desmesurada pelo sucesso.

A preocupação constante e o trabalho interminável conduzem a uma sensação de instabilidade e irritabilidade, potenciados em indivíduos com um temperamento nervoso pela pressão social do tempo, dos horários e da pontualidade. Determinados indivíduos serão mais vulneráveis aos efeitos de um estilo de vida stressante – postulando-se acerca de uma vulnerabilidade genética para a neurastenia.

Tendo em conta o forte contributo dos fatores contextuais no desenvolvimento dos quadros neurasténicos, também o foco do tratamento visava sobretudo intervenções ambientais, repouso e alteração da dieta.

Atualmente, verifica-se um período de grande evolução, com o desenvolvimento tecnológico, dos transportes, desemprego e preocupações financeiras. Agravou-se ainda mais o ritmo frenético do quotidiano, dos negócios, condicionado ainda pela globalização e pela *overdose* de estímulos. Facilmente se estabelece uma relação entre estes determinantes socioculturais e aqueles que primavam no final do século XIX.

O conceito de neurastenia

O conceito de neurastenia, cunhado por George Beard, surge numa época de grandes alterações sociais, sendo inicialmente definida como uma doença dos Estados Unidos, produto da nova modernidade americana, inclusive denominada de forma algo irónica como “Americanite”. Aparece numa altura pós-guerra civil, num contexto de pobreza, mas também de inovação tecnológica e revolução industrial.

É primeiramente definida como uma doença de homens brancos, com um carácter racial associado, estabelecendo a ligação entre os caucasianos e um maior trabalho intelectual; bem como um carácter de estrato social, visto que os indivíduos de estratos sociais mais baixos estariam imunes a esta condição. É moldado pelas ideologias políticas, pela reforma social e direitos da mulher. Aparece ainda num período de muita competição na Medicina, destacando-se a hostilidade e clivagem entre especialidades.

Não será o quadro clínico correspondente algo de novo, existindo previamente com o perfil diagnóstico de “exaustão nervosa”, mas sendo redefinido como neurastenia, compreendendo um vasto conjunto de sintomas. Esta entidade clínica seria caracterizada como um estado de exaustão física e mental, resultante de um intenso “trabalho cerebral”. Seria composto por uma fraqueza e irritabilidade persistentes, causadas por uma sobreutilização nervosa. A utilização excessiva de energia, sem tempo para recarregar, conduziria a uma sobrecarga emocional, derivada da exaustão do sistema nervoso. Os indivíduos vulneráveis já teriam uma reduzida reserva energética.

Esta entidade clínica foi posta em causa por múltiplos autores, muito pelo grande desafio de diagnóstico, característico de um quadro pautado por sintomas altamente subjetivos. A lista de sintomas descritos era interminável, como o humor de tendência depressiva, astenia, cefaleias frequentes, queixas gastrointestinais, insónia e

dores generalizadas. Descrevia-se ainda a dispepsia, coreia, medos diversos, desesperança e hiperssensibilidades múltiplas. Os autores que defendiam este diagnóstico apontavam para algumas pistas através de sinais objetivos como a taquicardia, pressão arterial aumentada e hiperreflexia.

A neurastenia foi descrita como uma doença por se acreditar que os casos partilhavam aspetos fisiopatológicos, um padrão sintomático, curso e prognóstico. Na maioria dos casos, era uma doença de instalação gradual e curso crónico, com melhorias transitórias e alta taxa de recaídas. Descrevia-se inclusive um fenótipo de risco para neurastenia, nomeadamente indivíduos com características físicas frágeis e maior risco em pessoas com maior trabalho cerebral em detrimento dos trabalhos mais físicos. Na altura, era, por isso, muito associada a estratos sociais superiores, nomeadamente líderes políticos, tornando-se praticamente uma “doença da moda”. Por vezes era interpretada inclusive como prova de grande dedicação ao trabalho, sendo que esta grande busca pelo sucesso podia também associar-se a uma hiperssensibilidade à crítica que contribuiria para o desenvolvimento destes quadros.

A contestação ao diagnóstico advinha sobretudo da grande variabilidade entre casos, pelo que muitos autores consideravam o diagnóstico pouco científico. Alguns clínicos tentaram ainda definir subtipos, postulando eventuais diferentes hipóteses etiológicas; em alguns casos havia tendência à confusão diagnóstica com a histeria. Certos autores faziam ainda a divisão entre formas mais agudas ou mais crónicas, mais ou menos dependentes da hereditariedade, mais ou menos pautadas por sintomas somáticos de um determinado sistema orgânico, condicionando estes fatores o curso e prognóstico do quadro clínico.

Em termos de evolução da doença, destacava-se a desesperança acumulada pela cronicidade e episódios repetitivos, resultando num enorme impacto funcional, traduzindo-se em grandes limitações a nível laboral, mas também das relações sociais. A história familiar seria preditor de mau prognóstico.

Em relação ao tratamento, promovia-se a cura do repouso, sendo por vezes recomendados retiros em zonas rurais, dieta, combinação de medicamentos, e até eletroterapia ao domicílio. Em geral, a opinião era a de que o prognóstico seria favorável, embora certos autores europeus, de perspectiva mais degeneracionista, defendessem a possibilidade de progressão para loucura total, olhando para a neurastenia como uma fase precoce de psicose.

Evolução do conceito

O conceito de neurastenia foi instituído no início do século XIX, e popularizado entre 1869 e 1930, inicialmente nos Estados Unidos da América, mas expandindo-se globalmente.

Na Europa, o conceito foi introduzido por Charcot, que postula a hipótese de comorbilidade com quadros de histeria, definindo-a como histeroneurastenia. É importante considerar que, historicamente, a histeria era um diagnóstico exclusivo do sexo feminino, associado à sensibilidade e instabilidade emocional, sendo neste aspeto contrastante com a neurastenia, mais típica dos homens e tendo como característica de base a astenia mental.

Também em França, Pierre Janet introduz o conceito de psicastenia, para quadros com algum paralelismo com os neurasténicos, que descreve como um estado de “impotência na adaptação à realidade”. É, assim, importante analisar como o conceito é diferente na sua adaptação europeia, muito fruto da importância das teorias da degenerescência (neurastenia como fator predisponente para o desenvolvimento de psicoses).

O diagnóstico foi sendo abandonado, com a melhoria do conhecimento psiquiátrico, e por persistirem dúvidas quanto à validade do mesmo. Atribui-se ainda a queda deste diagnóstico à reconquista do domínio dos EUA, a vitória na 1.ª guerra mundial e a recuperação do poder americano. Por outro lado, a crise económica e o desemprego, poderão também ter contribuído para a falta de condições económicas para o tratamento de tal condição. Os grandes críticos da neurastenia defendiam que o negócio da cura (nomeadamente os retiros de repouso) seria um dos grandes fatores a sustentar a persistência do diagnóstico, visto que existiria todo um leque de opções dispendiosas e amplamente publicitadas para a mesma.

Historicamente, foi com a instituição do DSM III, em 1980, que o termo caiu das classificações oficiais (no DSM II estava englobado na categoria das neuroses). Apesar do diagnóstico em si ter caído em desuso, os sintomas nucleares que caracterizavam o quadro clínico são ainda frequentemente observados. Houve, sim, alguma reconceptualização dos sintomas, sendo certos quadros redefinidos, por exemplo, para condições somatoformes. Serviu este diagnóstico, assim, como protótipo para doenças funcionais subsequentes. Ocorreu, ao longo do século XX, um declínio da neurastenia pela descrição de novas entidades clínicas, nomeadamente síndromes depressivas e ansiosas.

Podemos encontrar alguma sobreposição com os sintomas observados em quadros clínicos de depressão, síndrome de fadiga crónica, fibromialgia ou *burnout*. Salientam-se as muitas semelhanças com quadros depressivos,

nomeadamente persistentes, pelos sintomas comuns de fadiga, irritabilidade, queixas somáticas, e pelas ideias nucleares de desesperança.

Por seu lado, a síndrome de fadiga crónica caracteriza-se por fadiga persistente, dificuldades de concentração, fraqueza muscular e outras queixas somáticas, com impacto no funcionamento. Assim, facilmente sobressai a grande sobreposição de sintomas, quer físicos, quer cognitivos, com os quadros neurasténicos. Neste caso, o aspeto que mais realça as semelhanças entre estas duas síndromes é o sintoma nuclear da fadiga, tratando-se de casos em que se evidencia o grande cansaço, uma intensa astenia sem qualquer explicação orgânica.

No caso da fibromialgia, o foco é sobretudo nas queixas algicas, também salientes, de forma difusa, nos quadros de neurastenia. Define-se pela persistência de sintomas algícos por mais de três meses, sem uma causa orgânica identificável. Assim, trata-se de um quadro crónico em que as algias são proeminentes, tal como observado em muitos dos casos de doentes neurasténicos.

Em resumo, estas várias entidades clínicas atuais constituem síndromes com um componente central de sintomas somáticos, muito definidas por queixas subjetivas, que dificultam o seu diagnóstico e orientação. Mais uma vez na história, os médicos deparam-se com a necessidade de definir tais conjuntos de sintomas, para dar a melhor resposta aos seus doentes, com as óbvias dificuldades inerentes, tal como ocorria no final do século XIX com a neurastenia.

Burnout

O termo *burnout* foi introduzido inicialmente por Freudenberger, em 1974, no contexto do seu trabalho no campo dos comportamentos aditivos, referindo-se à gradual perda de motivação, de compromisso, e vazio emocional que observava nos voluntários da clínica onde trabalhava.

Assim, foi inicialmente descrito como um quadro específico de determinadas profissões, as prestadoras de cuidados, nomeadamente cuidados de saúde, educação, trabalho social. Nestes doentes, destacava-se um quadro de desconforto, exaustão, insatisfação e desapontamento com a atividade profissional.

Os quadros de *burnout* incluem sintomas como fadiga, insónia, cefaleias, sintomas gastrointestinais, dispneia (muitos deles presentes nas descrições de quadros neurasténicos). É inicialmente descrito como estando associado a uma intensa dedicação a uma causa, culminando num certo desapontamento, que conduz a este quadro. Também aqui se recuperam fatores comuns à neurastenia, que muitas vezes era descrita como resultado de um forte empenho a diversos níveis, nomeadamente a nível profissional (daí a exaustão nervosa resultante da sobreutilização).

A introdução deste conceito tem como base fenómenos com bases socioculturais multifacetadas. Destaca-se o desenvolvimento em diversos setores, socioculturais e económicos, nos anos 1960, nos Estados Unidos da América. Impulsionados por este contexto, surgiram muitos grupos de jovens idealistas, motivados pelo mote do combate à pobreza. No entanto, esta luta desencadeou repetidamente num fracasso, com subsequente desilusão destes outrora jovens plenos de ambição, levando à instalação de sentimentos de desesperança e consequentemente quadros de *burnout*.

Outros fatores apontados são a profissionalização e burocratização dos serviços por maior influência do estado, bem como a institucionalização e utilitarismo, como promotores do *burnout*, face a práticas mais tradicionais e familiares.

Foi-se observando uma autêntica revolução cultural, com enfraquecimento da autoridade profissional nestes contextos, e aliadas à perda de prestígio, surgiram e surgem cada vez mais exigências de resposta.

Os profissionais, que tradicionalmente, eram figuras respeitadas e raramente postas em causa, passaram a sentir uma discrepância entre o esforço que colocavam no trabalho e o reconhecimento do mesmo. Salienta-se ainda a perda de valores mais tradicionais, de ligação à família e religião, a fragmentação social e a promoção de uma cultura progressivamente mais narcisista. O trabalho intenso, aliado à falta de reconhecimento, ao individualismo, ao receio de processos judiciais despoletados por utilizadores cada vez mais querelantes, são algumas dos fatores a contribuir para a instalação de quadros de *burnout*.

Assim, como fatores contribuintes para a sua instalação, referem-se as excessivas horas de trabalho, o aumento de responsabilidades, ausência de suporte emocional e social, o desequilíbrio vida laboral-vida pessoal, a baixa confiança e autoestima, excesso de procedimentos administrativos e ameaças de processos por má prática. Apesar do papel central do contexto laboral, coloca-se ainda o contributo de fatores pessoais, não relacionados com o trabalho.

Surgiu, ao longo das últimas décadas, um grande volume de publicações científicas versando este tema, o que pode ser visto como um aspeto positivo e de consciencialização coletiva para um problema que vemos repetir-se na história. Por outro lado, observa-se uma enorme variabilidade de definições e utilização excessiva ou inapropriada

do termo. Podem-se colocar críticas ao surgimento da indústria do *burnout*, sobressaindo em certos casos o maior interesse económico, e menos clínico, com workshops e sessões de aconselhamento pouco sustentadas pela evidência. Mais uma vez, saltam à memória os aproveitamentos com as curas de repouso e ademais tratamentos pouco científicos que geraram um negócio paralelo no âmbito da neurastenia.

Os quadros de neurastenia foram descritos num ambiente de inovação, num ritmo demasiado elevado para certos indivíduos que, potencialmente já munidos de uma certa vulnerabilidade, acabaram por desenvolver um estado de exaustão mental. No século XXI, à semelhança do observado há dois séculos atrás, observam-se quadros clínicos em que predominam a astenia e os sintomas somáticos, mais uma vez atribuíveis às exigências crescentes de uma sociedade mais global e, simultaneamente, mais individualista.

Conclusões

É importante revisitar conceitos já abandonados, e a sua evolução, dada a constante mudança inerente ao pensamento científico, assim como nas circunstâncias ambientais que rodeiam o ser humano e as manifestações que estas condicionam em quem as vive.

Destaca-se sobretudo a importância dos fatores socioculturais na definição de doença, sobretudo no âmbito da Psiquiatria. O estigma associado aos quadros clínicos pouco compreendidos e assim, mal definidos, continua a despoletar a necessidade da medicina os definir. Assim, diagnósticos como o de neurastenia aparentam não desaparecer, mas sim redefinir-se em novas entidades clínicas, como o *burnout*.

Em suma, realça-se o aparecimento destas epidemias em contextos de grandes desafios, sendo o maior dos quais a procura do melhor conhecimento científico para, mais do que apenas definir os quadros clínicos, conseguir providenciar o melhor tratamento possível para estes doentes.

Bibliografia

1. Pereira, J. M. (2018). A Neurastenia em Portugal, apogeu e declínio. *Revista Estudos do Século XX*, 19, 43-58.
2. Lipsitt, D. R. (2019). Is Today's 21st Century Burnout 19th Century's Neurasthenia?. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(9), 773-777.
3. Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (105-127). London: Parave Macmillan.
4. Overholser, J. C., & Beale, E. E. (2019). Neurasthenia: Modern Malady or Historical Relic?. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(9), 731-739.
5. Jung, Y. (2021). "Our one great national malady": Neurasthenia and American Imperial and Masculine Anxiety at the Turn of the Twentieth Century. *Korean Journal of Medical History*, 30(2), 393-432.
6. Abbey, S. E., & Garfinkel, P. E. (1991). Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: the role of culture in the making of a diagnosis. *The American journal of psychiatry*, 148(12), 1638-1646.
7. Farmer, A., Jones, I., Hillier, J., Llewelyn, M., Borysiewicz, L., & Smith, A. (1995). Neuraesthesia revisited: ICD-10 and DSM-III-R psychiatric syndromes in chronic fatigue patients and comparison subjects. *The British journal of psychiatry*, 167(4), 503-506.
8. Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 415-426.
9. Moore, J. G. (1983). 'Burn-out' – A new name for an old problem. *Midwife Health Visit Community Nurse*. 19, 348-352.
10. Sicherman, B. (1977). The uses of a diagnosis: doctors, patients, and neurasthenia. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 32(1), 33-54.
11. Beard, G. (1880). *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Natures, Sequences, Treatment*. New York: W. Wood.

O Serviço Comunitário do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu: Quase Meio Século de História do Primeiro Serviço Comunitário de Saúde Mental em Portugal

Rui Sousa, Eliana Almeida, Nuno Cunha

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

E-mails: ruimoreirasousa@gmail.com, eliana_almeida13@hotmail.com, nunocunha81@gmail.com

Resumo

Até meados do século XX, a institucionalização prolongada em hospitais psiquiátricos era um destino inevitável dos pacientes com doença mental. Desde há mais tempo e de forma mais severa, estes eram segregados através da marginalização e isolamento em manicómios ou hospícios. O desenvolvimento da psicofarmacologia na década de 50 permitiu novas estratégias de controlo sintomatológico concomitantemente com crescentes soluções sociais para a integração destes doentes na comunidade. A psiquiatria asilar foi perdendo cada vez mais relevância, sendo substituída progressivamente pelos princípios da psiquiatria socializada e comunitária.

Esta visão foi aplicada ao distrito de Viseu em 1977 com o Serviço Comunitário do Centro de Saúde Mental de Viseu, então chamada de “*Brigada do Anatsol Decanoato*”, pioneiro a nível nacional.

Os efeitos resultantes da sua atividade foram imediatos, observando-se drástica redução dos reinternamentos e dos doentes internados em enfermaria de Psiquiatria. Esta unidade revolucionou o *status quo*, constituindo um passo marcante na desinstitucionalização do doente mental em Portugal.

Palavras-chave: desinstitucionalização, psiquiatria comunitária, doença mental

Abstract

Until mid 20th century, prolonged institutionalization was the inevitable fate of the mentally ill. In a severe way and for a long time, these patients were segregated through marginalization and isolation in mental hospitals or hospices. Psychopharmacology developments in the 1950s allowed better management of symptoms concomitantly with growing social solutions allowing community integration of these patients. Asylum psychiatry lost its relevance being progressively replaced by the principles of a socialized and community psychiatry.

This vision was applied to the district of Viseu in 1977 with the *Serviço Comunitário do Centro de Saúde Mental de Viseu*, also known as “*Brigadas do Anatsol Decanoato*”, a pioneer service in Portugal.

The effects were immediate, observing a drastic reduction in readmissions and hospitalizations. This unit revolutionized the *status quo*, constituting a remarkable step in the deinstitutionalization of the mentally ill in Portugal.

Keywords: deinstitutionalization, community psychiatry, mentally ill

Introdução

Até meados do século XX, a institucionalização prolongada era o destino inevitável dos indivíduos com doença psiquiátrica. Esta população, desde há mais tempo e de forma mais severa, foi segregada da sociedade através da marginalização e isolamento em manicómios ou hospícios. Estas unidades funcionavam com autonomia total, assumindo a inteira responsabilidade pelos cuidados prestados operando, desta forma, como unidades de guarda e/ou afastamento social.

O desenvolvimento da psicofarmacologia em meados do séc. XX, primeiro com a clorpromazina e mais tarde com os Neurolépticos de Acção Prolongada (NAP), possibilitaram melhores estratégias de estabilização psicopatológica, bem como optimização das limitações decorrentes da doença psiquiátrica, particularmente as de nosologia psicótica.

A análise da história da psiquiatria permite situar um primeiro período da psiquiatria nos grandes hospitais – até à década de sessenta do século passado, e o da desinstitucionalização – a partir da segunda metade do século XX. A desinstitucionalização permitiu, por um lado, que os progressos psicofarmacológicos possibilitassem o tratamento de grande parte dos doentes sem necessidade de permanência no hospital; mas por outro, permitiu a contestação da psiquiatrização que esses mesmos avanços produziram ao estenderem os seus efeitos para além do hospital.

Em Portugal, foi criado em 1998 o enquadramento legal para a criação de oportunidades sócio-ocupacionais e residenciais que operam no âmbito da desinstitucionalização e da inserção comunitária (fórum ocupacional, unidade de vida protegida e de vida autónoma) e foram também definidos programas no âmbito do mercado social de emprego e de famílias de acolhimento.

Da Psiquiatria asilar à Desinstitucionalização

Antes do final do séc. XVIII, a psiquiatria não se concebia como uma área fundamental da Medicina. Durante a idade média e até meados do século XVIII a maioria dos indivíduos com doença psiquiátrica vivia junto da família, tipicamente fechados num estábulo ou jaula, negligenciados e sujeitos a tratamentos cruéis, ou caso perturbassem o ambiente, eram presos ou hospitalizados sendo mantidos longe da sociedade. Com a chegada do racionalismo dos finais do séc. XVIII e inícios do séc. XIX, começaram a categorizar-se as doenças mentais e a entendê-las como problemas de saúde equivalentes a qualquer outra doença.

A criação dos grandes hospitais psiquiátricos no final do séc. XIX levou a uma mudança do entendimento da *loucura*, quer em termos científicos, como doença mental, quer em termos sociais, com o reconhecimento da necessidade da criação de instituições apropriadas para o seu tratamento. É a partir deste período que se confere à *loucura* o estatuto de doença e à medicina a função de a tratar. Os hospitais psiquiátricos surgem simultaneamente com as primeiras classificações das doenças mentais e o reconhecimento científico da psiquiatria enquanto ciência médica, substituindo o controlo repressivo e moral, característico dos asilos, pelo tratamento médico.

O final dos anos 50 e princípio dos anos 60 pautaram-se pela transição dos pacientes com doença psiquiátrica grave para a comunidade. Os primeiros antipsicóticos haviam sido descobertos acidentalmente nos anos 50 e o desenvolvimento da psicofarmacologia, com o uso de antipsicóticos efetivos, primeiro com a clorpromazina em 1952, seguida com o haloperidol em 1958 e mais tarde com os Neurolépticos de Ação Prolongada (NAP), possibilitaram e reforçaram a possibilidade de apoio à reinserção social destes pacientes, revolucionando a atitude da sociedade perante a doença psiquiátrica.

Desta forma, foi possível a criação de meios de atuação mais eficazes que permitiram não só o controlo dos sintomas da doença como também a diminuição da incapacidade frequentemente observada em pacientes psicóticos. Ao mesmo tempo, as possibilidades de assegurar a manutenção destes doentes na comunidade e a promoção da sua integração social e profissional aumentaram significativamente.

Assim, na segunda metade do século XX assiste-se, nos EUA e na Europa, a movimentos de desinstitucionalização que procuraram implementar as filosofias de intervenção comunitária. A orientação da assistência psiquiátrica, defendendo que os locais de tratamento deveriam ser fixos e concentrados ao nível do internamento hospitalar, foi progressivamente sendo substituída pelos princípios da psiquiatria comunitária, defendendo a saída das equipas de profissionais de saúde dos hospitais psiquiátricos para a comunidade. Esta tendência apareceu inicialmente nos EUA, em Inglaterra e na França nos anos 50, dando lugar à implementação de estruturas assistenciais de base comunitária que contrariavam a concepção do hospital como estrutura adequada para esta população. Este redirecionamento da psiquiatria resultava de vários fatores, nomeadamente do progresso dos psicofármacos que criaram a possibilidade de tratar grande parte dos doentes sem necessidade de permanência no hospital. A fase '*louca*' da doença mental passou a ser controlável quase desde o momento em que o doente chegava à urgência do hospital e a medicação permitia que em poucas semanas pudesse regressar à vida extra-hospitalar. Foi o período de sucesso da psiquiatria comunitária em que, paralelamente, foram desenvolvidas correntes psicoterapêuticas que se propunham "libertar" a loucura do "colete químico" e conseguir a reabilitação/reintegração social do doente através de técnicas psicoterapêuticas.

Foi nesta época de acesos debates um pouco por toda a Europa – também em Portugal a partir da revolução de abril de 1974, que se veio a fazer sentir a necessidade de evitar a segregação e marginalização do doente, procurando que ele fosse tratado sem o afastar e desintegrar (ainda mais) da família, do emprego, do grupo e da comunidade a que pertencia. Surgiram as primeiras tentativas sérias de instituir serviços domiciliários e de apoio desinstitucionalizado.

A realidade em Portugal

Em Portugal a tendência até aos anos 70 era a concentração dos serviços em três grandes cidades: Lisboa, Porto e Coimbra. A descentralização dos mesmos englobava mais vincadamente a ideia dos serviços regionais de cuidados médicos, incluindo os psiquiátricos. A partir de 1984 reforça-se a ligação da saúde mental aos cuidados de saúde primários, levando a uma maior consciência do problema por parte dos centros de saúde locais.

No caso específico do distrito de Viseu, com uma área de cerca de 5.007 km², é limitado a norte pelos distritos do Porto, Vila Real e Bragança, a oeste pelo distrito de Aveiro, a este pelo distrito da Guarda e a sul pelo de Coimbra. Segundo o censo realizado em 2021 tem uma população de cerca de 351.592 habitantes (INE, 2021).

A desinstitucionalização na região de Viseu iniciou-se no final dos anos 70 com os serviços de apoio domiciliário, que consistiam na deslocação de enfermeiros a casa dos doentes para lhes serem administrados os neurolépticos de ação prolongada. Sendo Viseu um distrito onde a institucionalização em massa não ocorrera, tornou possível surgirem mais facilmente estas novas formas de desinstitucionalização com vista à integração social. Algumas das razões do desenvolvimento deste tipo de serviços em Viseu poderão dever-se ao ambiente rural circundante que pareceu facilitar a integração destes doentes nas comunidades e, também, devido a uma maior necessidade dos serviços originada pela falta de recursos humanos, financeiros e de infraestruturas no interior do país.

A desinstitucionalização no distrito de Viseu

A Lei n.º 2118 de 3 de Abril de 1963 estabeleceu a assistência psiquiátrica no distrito de Viseu por intermédio de “brigadas” constituídas por médicos psiquiatras e enfermeiros do Instituto de Assistência Psiquiátrica aos Hospitais da Misericórdia de Lamego e Distrital de Viseu. Estes deslocavam-se duas vezes por mês para a realização de Consulta Externa de Psiquiatria e fornecimento de medicação. Neste período os internamentos eram assegurados pelo Hospital de Sobral Cid e, mais tarde, também pelo Hospital do Lorrão.

A 12 de Fevereiro de 1969, pelo Despacho Ministerial n.º 52, entrou em funcionamento o Dispensário de Higiene Mental de Viseu, onde se realizavam consultas diárias. Foram nestas instalações onde deu lugar ao uso pioneiro de NAPs em Portugal (Anatensol). Um ano e meio depois, em Junho de 1970, iniciou funções o Dispensário de Higiene Mental de Lamego.

A 16 de Janeiro de 1971, através da Portaria n.º 381/71, é criado o Centro de Saúde Mental de Viseu que integrava os Dispensários de Viseu, Lamego e o Lar de Doentes Mentais e, em 1973, entra em funcionamento o Hospital Psiquiátrico do Centro de Saúde Mental de Viseu. Este hospital funcionava nas instalações de um antigo sanatório sujeito a obras de remodelação dando lugar ao local onde, ainda hoje, se mantém o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental em Abraveses, uma freguesia do concelho de Viseu.

Impulsionada pela residência de inúmeros pacientes a mais de 130 quilómetros da instituição, esta visão foi aplicada ao distrito de Viseu em 1977 com o Serviço Comunitário do Centro de Saúde Mental de Viseu, a então chamada de “*Brigada do Anatensol Decanoato*”, pioneiro a nível nacional. Esta atividade surgiu graças a visão do Senhor Enfermeiro Prazeres, com o apoio do Dr. Carvalho Homem, Médico Psiquiatra, figura incontestável na história da psiquiatria no distrito de Viseu. Os efeitos foram imediatos, observando-se uma drástica redução dos reinternamentos e com isso, a significativa diminuição do número de doentes internados em enfermaria de Psiquiatria. Nestas visitas, efetuadas após a alta médica do doente, era realizada a avaliação da situação social e administrada a medicação neuroléptica de ação prolongada. O Dr. Carvalho Homem, o então diretor do Centro de Saúde Mental de Viseu, ao ver frequentemente doentes readmitidos por descompensação clínica decorrente do abandono das terapêuticas e doentes que progressivamente se mostravam mais deteriorados decidiu, com o apoio do Senhor Enfermeiro Prazeres e da Técnica Superior de Serviço Social Dulce Pacheco, começar a visitar alguns doentes no domicílio e avaliar a sua situação social no local, fornecendo-lhes medicação de ação prolongada – Anatensol Decanoato.

Em 1992, por força da Portaria n.º 750/92, de 1 de Agosto, o Centro de Saúde Mental de Viseu foi, finalmente, extinto e integrado, enquanto Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, no então Hospital Distrital de Viseu. Esta decisão revelou-se polémica, não tanto pela integração lógica e desejada, mas pela consequente perda de autonomia técnica, administrativa e financeira. Tal constatação teve confirmação aquando da construção do novo Hospital de São Teotónio, pois a Psiquiatria, ainda que tal constasse do projeto arquitectónico e de engenharia inicial, como preconizado pelo Ministério da Saúde à época – por vontade do Conselho de Administração de então, e apesar das múltiplas iniciativas desenvolvidas, não foi integrada fisicamente no novo hospital, com o consequente prejuízo e estigma para o doentes que, ainda hoje, se fazem sentir diariamente.

Actualmente o Serviço Comunitário é assegurado por uma equipa de enfermagem comunitária (constituída por 4 elementos), acompanhada pontualmente de um médico, quando necessário. Sendo o estágio de Psiquiatria Comunitária e/ou de Articulação com os Cuidados de Saúde Primários parte integrante do programa formativo do Internato Específico em Psiquiatria, a equipa do comunitário é esporadicamente acompanhada por um médico IFE de psiquiatria, interno ou externo, bem como alunos de enfermagem. Dois enfermeiros permanecem a tempo

inteiro no Serviço de Psiquiatria, auxiliando na atividade de Consulta Externa e acompanhamento dos doentes, também integrados no Serviço Comunitário, mas que não possuem visita domiciliária, deslocando-se os próprios ao serviço de Psiquiatria.

Os cerca de 593 pacientes integrados no Serviço Comunitário do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu encontram-se divididos por 6 zonas, que por sua vez se dividem em vários subgrupos perfazendo um total de 38. Os pacientes integrados no Serviço Comunitário padecem de doença mental crónica grave, com história psiquiátrica significativa, com vários internamentos e recaídas, pouco ou nenhum *insight* para a sua doença e/ou história de baixa adesão terapêutica, com redes de suporte familiar e social precárias bem como de difícil acessibilidade aos serviços de saúde. O apoio domiciliário engloba mais de 7000 visitas domiciliárias por ano, ultrapassando os 50.000 quilómetros/ano percorridos. Diariamente saem dois enfermeiros para visitas domiciliárias, para zonas diferentes do distrito, visitando em média, cada um, 10 doentes por dia.

A equipa de enfermagem do Serviço Comunitário possui diversas funções que não se cingem apenas à administração do Neurológico de Ação Prolongada. Entre outras, esta equipa é responsável pelas tarefas de fornecimento de terapêutica e/ou receituário, pela avaliação e monitorização da situação clínica e social do doente, por realizar a psicoeducação do doente, família e comunidade em que se insere, pela articulação com a rede social de suporte e instituições da região, com inclusão dos doentes em atividades de apoio básico, reabilitação e reinserção social, apoio em situações de crise, com visitas domiciliárias não programadas; providenciar internamentos “sociais” para descanso dos familiares ou outros cuidadores; articulação com o psiquiatra assistente para antecipação de consultas ou programação de eventuais internamentos quando necessário bem como pela monitorização de faltas não justificadas à visita da equipa ou consultas de psiquiatria programadas.

Com este nível de intervenção, a equipa do Serviço Comunitário do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu procura desinstitucionalizar e promover a autonomia dos doentes, procurado potenciar desta forma a tolerância familiar e social à doença e ao paciente com doença psiquiátrica, envolvendo-os (família e/ou prestador de cuidados e comunidade) no suporte da doença (acompanhamento, aceitação, formação e motivação). Com isto, almeja-se a prevenção das recaídas, diminuindo desta forma a taxa de reinternamentos, e realizando-se, quando pertinente intervenções em crise.

Os pontos de visita domiciliária vão desde as residências dos doentes, passando pelos lares, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), centros de dia, farmácias e até cafés da aldeia. Realça-se que, num grupo substancial de doentes integrados no Serviço Comunitário, a administração do Neurológico de Ação Prolongada se realiza nas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, sem visita domiciliária, sendo os próprios pacientes a deslocarem-se para esse fim. O Serviço Comunitário possui ainda vários protocolos com diversas instituições distritais, nomeadamente a Associação de Solidariedade Social de Lafões (ASSOL), a Cooperativa Vários, a Artenave Atelier, entre outras IPSS's, contando ainda com a recente Equipa Comunitária Dão-Lafões.

Conclusão

Desde que Pinel procurou “desagrilhar os loucos” que a Psiquiatria tem enveredado esforços no sentido de conseguir uma progressiva inversão do paradigma doente-hospital para um novo conceito Hospital – indivíduo com doença mental – comunidade. Um dos principais objetivos da reorganização dos serviços tem sido a transição dos cuidados de saúde mental de longa duração prestados em hospitais psiquiátricos para serviços baseados na comunidade, integrados no sistema geral de saúde e mais acessíveis para as populações.

Se no passado as perturbações psicóticas condenavam o doente a uma vida de reclusão e de incapacidade, com a evolução da psicofarmacologia esta tendência tem-se vindo a inverter, tornando imperiosa uma adaptação dos serviços e da sociedade a esta nova realidade. Apesar de ser possível, cada vez mais, gerir a doença no seio da comunidade, a doença mental grave e crónica cursa habitualmente com perda ou diminuição das competências de adaptação social e de desempenho profissional, pelo que é essencial assegurar estratégias de intervenção psicossocial em complementaridade ao tratamento farmacológico, que permitam a reintegração social do indivíduo e a melhoria da qualidade de vida.

A adesão ao tratamento pelos doentes psicóticos é frequentemente pobre, beneficiando estes significativamente com a implementação de medidas que promovam o contacto, a proximidade e a partilha. Este aspecto é particularmente importante aquando dos primeiros episódios da doença, fase crucial para a recuperação de funcionalidade e promoção de uma vida ativa, bem como para a redução do estigma associado à doença. No extremo oposto,

mas igualmente beneficiando do contacto próximo, encontram-se doentes em fases mais deficitárias da sua doença, frequentemente já sem rede de suporte, debilitados do ponto de vista sócio-económico e com elevadas taxas de inatividade e desocupação; para estes, o aparentemente “simples” cumprimento de uma consulta regular pode representar uma árdua tarefa. A intervenção comunitária, sob a forma de visitas domiciliárias ou em articulação com as unidades de saúde e sócio-ocupacionais locais, torna-se assim fundamental em situações de compromisso importante da autonomia do doente.

A integração dos cuidados psiquiátricos na comunidade é um contributo importante para a “desestigmatização” da psiquiatria e dos doentes psiquiátricos. O profissional de saúde mental que disponibiliza os apoios assume o papel de uma *bengala* que ajuda a pessoa a fazer o seu caminho, mas não decide qual é o caminho.

O Programa Nacional de Saúde Mental (2017) assenta no pressuposto de que se deve descentralizar os cuidados na área da saúde mental, lutando por uma maior ligação à sociedade civil e aos cuidados de saúde primários (CSP). Contudo, ainda pouco tem sido feito para que esta seja a realidade em todo o país. Uma das razões prende-se naturalmente com a escassez de recursos humanos, pois falta autonomia aos serviços para poderem contratar e, não se pode apostar na intervenção na comunidade sem se ter os recursos necessários. O Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu teve um papel pioneiro na implementação dessa estratégia, que, presentemente, é tão amplamente reconhecida e replicada.

Bibliografia

- Alves, F., & Silva, L. F. (2004). *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. Actas dos ateliers do Vo Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde.
- Bastos, H., Polido, F., & Saraiva, C.B. (2017). História da Psiquiatria. In Saraiva, C. B. e Cerejeira, J. (coord), *Psiquiatria Fundamental* (1-16). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-071-6.
- Carvalho, J. A. G. B. (2018). *A Desinstitucionalização Psiquiátrica em Portugal: Reinserção social do doente mental na região de Lafões do distrito de Viseu*. Dissertação de Mestrado em Antropologia. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Freitas, J. J. F., Silva, J. H., & Gil, N. (2016). Centro Hospitalar de Tondela-Viseu. In Pedro Cintra e Nuno Pessoa Gil (coord), *História dos serviços de saúde mental*. vol 1. Norte e Centro (347-365). Lisboa: Edições Parsifal. ISBN 978-989-8760-30-2.
- Pereira, J. M. M. (2015). *A Psiquiatria em Portugal: protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese de doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Programa Nacional Para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

O Percurso da Hipnose pela História: do Iman ao Divá

Carlos Siopa, Francisca Pais, João Revez

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
E-mails: carlosiopa@hotmail.com, francisca.pais@chln.min-saude.pt, joao.r.lopes@chln.min-saude.pt

Resumo

A hipnoterapia é secular e teve origem em fundamentos recorrentemente confrontados pelas autoridades científicas. Apesar das diferentes designações ao longo da História, o termo foi definido pela primeira vez no sec. XIX.

Esta terapia evoluiu de forma peculiar, a destacar o século XV em que *Paracelsus* iniciou a rudimentar prática de manipulação de imanes para o tratamento de patologia mental. Seguiu-se-lhe Franz *Mesmer* a quem se deveu o termo mesmerismo, que elaborou o “magnetismo animal” e defendia a manipulação de um campo magnético humano para o tratamento da histeria. Estes procedimentos foram retomados no sec. XIX pelo Abade Faria que desenvolveu a teoria de *Mesmer* descrevendo que a hipnose derivava da mente através da expectativa e cooperação do doente.

A partir do sec. XIX, *Charcot* e *Freud* tiveram um papel determinante no futuro desta terapia, mas foi *Milton Erickson* quem substituiu o paradigma clássico pela hipnose conversacional, modelo contemporâneo aplicado.

Palavras-chave: hipnose, mesmerismo, abade Faria

Abstract

Hypnotherapy is secular and arose from foundations frequently challenged by scientific authorities. Despite various designations throughout history, the term was defined for the first time in the nineteenth century.

This therapy evolved in an unusual manner, particularly in the 15th century, when Paracelsus pioneered the rudimentary practice of manipulating magnets for the treatment of mental pathologies. He was succeeded by Franz Mesmer, who is credited with coining the term mesmerism. Mesmer elaborated on “animal magnetism” and promoted the use of manipulating a person’s magnetic field to treat hysteria. These procedures were revived in sec. XIX by the abbot Faria, who developed Mesmer’s theory, which stated that hypnosis was derived from the mind through the patient’s expectation and cooperation.

Although Milton Erickson replaced the traditional paradigm with conversational hypnosis, a modern applied model, Charcot and Freud had a significant influence on the development of this therapy in the 19th century.

Keywords: hypnosis, mesmerism, abbot Faria

Introdução

A origem da hipnose ocorre em paralelo com outras práticas rituais que se reputavam como sobrenaturais. Nessa altura, por volta do século XV, os magnetizadores postulavam uma teoria de que no corpo humano ocorriam uma série de circuitos de fluidos que eles conseguiam manipular. Assim, através do uso de imanes aspiravam a tratar todos os males. Inicialmente concetualizada através de modelos místicos, a hipnose foi obtendo um estatuto progressivamente mais técnico-científico.

Pretende-se com este artigo detalhar os períodos relevantes da evolução histórica da hipnose.

Paracelso

É *Paracelso* quem desenvolve a linha de pensamento que caracterizou os primeiros construtos da hipnose, publicando no século XVI a *Practica Theophrasti Paracelsi*, em que defende que os astros emitem um fluido vital que põe em comunicação a força vital de todos os seres. Os seus trabalhos são contextualizados num período da história em que a Alquimia era a prática de referência nas ciências naturais. *Paracelso* trabalhou em minas para analisar metais e frequentou laboratórios que se dedicavam à procura de métodos para produzir ouro. Mas *Paracelso*, convencido que essa prática seria fútil, abandonou a prática para investigar soluções medicinais através da manipulação dos metais que recolhia.

Desenvolveu a sua teoria da força vital e cunhou o termo *arquivos*. Segundo esta teoria, todas as pessoas têm a capacidade de atuar sobre o *arquivo* de outro, modificando-o, uma vez que os fluidos em interação teriam propriedades magnéticas. A sua teoria foi descrita pela própria da seguinte maneira, “O homem”, diz *Paracelso*, “tem algo de magnético dentro dele mesmo, sem o qual não pode existir. Mas este magnetismo existe por conta do homem e não ao contrário. Através deste poder de atração, o homem atrai para si aquilo que existe no ar circundante: e os saudáveis são infetados pelos doentes através desta atração magnética” (tradução livre de *Anna Stoddart*, 1911).

Essa teoria, posteriormente caracterizada por magnetismo animal, suscitou a crença de que o corpo humano está sob a influência dos astros que, através de forças magnéticas, teriam efeitos concretos nas pessoas por via dos fluidos magnéticos de que seriam constituídos. A partir dessa teoria multiplicaram-se os rituais de manipulação dos fluidos magnéticos por meio de imanes, com intuito de curar doenças.

Franz Anton Mesmer

O apanágio da teoria do magnetismo animal ocorre com *Mesmer*. Nascido no século XVIII, na Suábia, região da atual Alemanha, formou-se em medicina e doutorou-se com uma dissertação que abordou a influência dos planetas no corpo humano. Citando Egas Moniz, na sua obra *O Abade Faria na História do Hipnotismo*: “Somente *Mesmer* divagava, apregoando, sem base científica, a existência de um fluido universal magnético que envolvia todos os corpos. Para ele a saúde e a doença dependiam da sua distribuição nos corpos vivos. Desde que se conseguisse a sua conveniente distribuição – e a isso se devia reduzir a medicina! – todos os males se sanariam. As doenças nervosas seriam rapidamente curadas desde que se obtivesse esse equilíbrio; mas todas as demais mazelas que apoquentam a humanidade poderiam igualmente ser combatidas pelos processos que preconizava para o desejado fim” (Egas Moniz, 1977).

O primeiro registo de um tratamento através do magnetismo animal conforme *Mesmer* a preconizava ocorre em 1773, na cidade em que havia estabelecido a sua atividade, Viena. Contudo, a sua teoria não foi aceite, o que o leva a abandonar Viena e percorrer países como a Suábia, Baviera, Suíça, Holanda e França a divulgar o seu trabalho.

O protocolo de *Mesmer* consistia em colocar-se de joelhos e costas para Norte, com o paciente à sua frente de joelhos, olhos nos olhos, mãos sobre os hipocôndrios ou região lombar e dessa forma transmitia ao enfermo o excesso do seu próprio fluido, acrescentando-lhe uma vertente teatral com efeito mais ou menos espantoso.

Sucederam várias modificações de protocolos, passando a usar água e materiais ferromagnéticos, até que perante o seu insucesso, propôs em 1780 à Faculdade de Medicina de Paris um teste comparativo entre o seu método e a medicina tradicional.

Mas *Mesmer* e os seus discípulos não desistiram e ainda nessa década foi nomeada, pelo rei da França, uma comissão de sábios da Academia de Ciências de Paris que incluía *Jean-Sylvain Bailly*, *Joseph-Ignace Guillotin*, *Benjamin Franklin*, *Antoine-Laurent Lavoisier*. Em 4 meses concluíram que os efeitos obtidos com os procedimentos de *Mesmer* se deviam à autossugestão e imaginação dos pacientes. Segundo relatos dos seus procedimentos, os participantes manifestavam todo o tipo de fenómenos, hoje designados conversivos ou dissociativos. Num relatório à parte, que terá sido entregue apenas ao rei, declararam que o mesmerismo consistia num perigo moral dada a natureza erótica das crises convulsivas. No século XX referiam-se a essas sessões como induções de ataques histéricos ou de sonambulismo, nos quais *Mesmer* apoiava o seu processo de tratamento. *Mesmer* abandonou Paris pela última vez e deslocou-se para a Suábia, onde veio a falecer em 1815.

Amand Marie de Puységur

Seguiu-se-lhe um dos seus discípulos que se tornou famoso, o Marquês de *Puysegur*. Nascido em Paris em meados do século XVIII, dedicou-se a uma carreira militar antes de conhecer e aprender diretamente com *Mesmer* as teorias do magnetismo animal. Divergiu deste no sentido em que abordava mais aspetos relacionados com o sonambulismo. É referido que submeteu a tratamento um doente que se queixava de dor torácica e que durante o procedimento terá adormecido, contudo respondia a todas as questões que o marquês lhe fazia, inclusive cantava. Depois de ter propagado este fenómeno, arranjou um tal número de clientes que terá alegadamente magnetizado uma árvore por forma a todos os que se refugiassem na sombra dela possam beneficiar dos efeitos magnéticos nos seus fluidos.

Satisfeito com os seus resultados, escreve o seguinte numa carta endereçada a um amigo: “la tete me tourne de plaisir en voyant le bien que je fais autour le moi” (*Puysegur*, 1784), (tradução livre: minha cabeça está girando de prazer vendo o bem que eu faço ao meu redor). Acabou por perder o seu prestígio na sequência de mudanças políticas ocorridas na França do século XVIII, tendo falecido em 1825.

Abade Faria

O Marquês de *Puysegur* acabou por ser influência de destaque do Abade Faria, nascido em Goa em meados do século XVIII, que veio para Lisboa aos 15 anos. Formou-se como sacerdote e pertenceu a um grupo político opositor do regime político português, mas ao ser descoberto fugiu para Paris e foi lá que se iniciou na prática do magnetismo animal, como discípulo do Marquês de *Puysegur*. Foi este autor que se destacou pelo papel de relevo dado à sugestão durante as práticas de magnetismo, antevendo que seria esse o potencial terapêutico de que os doentes auferiam. Ele descreve uma obnubilação parcial que ocorre durante as experiências em que são feitas as sugestões, sendo que estas se perpetuam durante algum tempo depois do paciente despertar. Dedicou-se ainda a experiências com pacientes durante a sugestão hipnótica, nomeadamente provocava nos “sonâmbulos” alterações motoras, sugestio-nando-os a ficarem paralisados de algum membro. Do mesmo modo restituía as funções perturbadas.

Era particularmente crítico às interpretações sobrenaturais dadas aos fenómenos do mesmerismo e escreveu sobre isso “Ah! Se tudo o que não pode ser explicado pelos efeitos da natureza deve ser sempre relegado a causas sobrenaturais, o que resta ao homem em apanágio dos seus conhecimentos? (...) Os espíritos piedosos e timoratos nada tem a recear da conduta dos que se ocupam do estudo do sono lúcido, porque os génios das trevas de ordinário não se associam a quem os não procura e menos ainda aos que nem sequer acreditam na sua existência” (Egas Moniz, 1977). Esta teoria foi depois recuperada por *Charcot*.

James Braid

O médico escocês *James Braid* é conhecido por ter cunhado o termo hipnose pela primeira vez, após ter desenvolvido uma carreira como cirurgião, embora a origem do termo pudesse ter origem anterior entre os discípulos de *Mesmer*. Segundo Braid, o hipnotismo é o resultado da fixação do olhar e da atenção e que se traduz em sonolência. Opunha o hipnotismo ao mesmerismo por considerar este como paranormal e insistia que haveria uma base fisiológica para justificar todos os fenómenos descritos previamente e cujos mecanismos seriam localizados algures no cérebro e na medula espinhal. Em 1842 descreveu estes fenómenos como “estados de exaustão física e mental”, relatando que o repouso corporal generalizado e a lentificação da respiração tendia a diminuir o débito cardíaco, desse modo provocando uma rápida exaustão do campo sensorial e do sistema nervoso.

Braid escreveu “Comprovei e deduzi há mais de 5 anos que estas ideias podem brotar na mente dos pacientes e tornar-se operantes neles, através das suas próprias ações, ou então através da recordação de sentimentos passados, sem qualquer cooperação de um segundo partido. E isso, em certos sujeitos, pode ainda ser induzido por estímulos auditivos, visuais, ou sugestões tangíveis dadas por outra pessoa, mesmo antes dos indivíduos passarem para o estado de sonolência. O meu objetivo é provar que estes resultados decorrem do poder da mente do paciente sobre o seu próprio corpo” (tradução livre de *Braid*, 1852).

Charcot

Charcot nasceu no início do século XIX na França e formou-se médico com prática estabelecida em *La Salpêtrière*. Nessa instituição, utilizou o hipnotismo no tratamento da histeria, a sua área de interesse que elegeu a partir de 1870. Desenvolveu a teoria de que através da hipnose conseguia aceder ao inconsciente dos doentes e elaborou dois tipos de manifestações clínicas objetiváveis da histeria: os estigmas, que consistiam nas manifestações crónicas como a visão em túnel, hemianestesia ou a paralisia; as crises paroxísticas, entre as quais incluía a conhecida “grande crise histerica” que decorria em 4 fases – período epileptoide, período das contorções e dos grandes movimentos, período das atitudes passionais e o delirium. Nesse contexto, *Charcot* terá defendido que as doentes hísticas que tratava eram particularmente suscetíveis a ser hipnotizadas, tendo inclusive considerado que essa suscetibilidade era critério de diagnóstico e que as manifestações da grande crise hística correspondiam a estados mentais idênticos decorrentes da hipnose. A partir de então, em *La Salpêtrière*, a suscetibilidade à hipnose era assumida como doença.

Sobre o seu trabalho, escreveu “o Hipnotismo é um estado artificial de sono, que difere do sono natural porque o sujeito pode ser acordado por ouvir uma palavra. Durante este estado, o sujeito é altamente sugestionável e a mínima impressão colocada sobre ele pode induzir uma série de ações complexas em obediência à ordem do operador. O fenómeno do hipnotismo é do mais alto interesse, não apenas do ponto de vista fisiológico, mas também psicológico e já produziu resultados valiosos. É um fato bem conhecido que muitas curas foram efetuadas por meio do hipnotismo. A paralisia hística, a anestesia e outras doenças nervosas que resistiram a todas as outras formas de tratamento foram frequentemente curadas por este meio. Isso se deve, sem dúvida, à influência da sugestão que atua na mente do doente e estimula os poderes curativos do corpo. É um grande erro supor que o

hipnotismo é uma prática perigosa ou imoral. Pelo contrário, é perfeitamente inofensivo e pode ser usado com grande vantagem no tratamento de doenças. É verdade que nas mãos dos inescrupulosos ou ignorantes pode ser abusado, mas isso é igualmente verdadeiro para qualquer outro poderoso agente terapêutico. O uso do hipnotismo no tratamento de doenças é um dos mais interessantes e importantes desenvolvimentos da medicina moderna, e promete trazer benefícios incalculáveis para a humanidade.” (tradução livre de *Charcot*, 1877).

Sigmund Schlomo Freud

Foi *Freud* quem desenvolveu e modificou esta teoria, enquanto discípulo de *Charcot*, tendo usado a hipnose através dum protocolo em que pedia ao doente para fixar o olhar num ponto, enquanto redigia sugestões de relaxamento. Nas sessões explorava a origem anamnética do problema e obtinha resultados benéficos com essa técnica. Contudo, *Freud* percebeu que as doenças recidivavam algum período após o fim do tratamento através da hipnose, pelo que resolveu procurar outro método com resultados mais persistentes. Desenvolveu então a psicanálise, inicialmente aplicando o método das associações livres.

Na transição da hipnose para a psicanálise, *Freud* escreve: “A teoria do recalque é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e, todavia, nada mais é senão a formulação teórica de um fenómeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose. Em tais casos encontra-se uma resistência que se opõe ao trabalho de análise e, a fim de frustrá-lo, alega falha de memória. O uso da hipnose ocultava essa resistência; por conseguinte, a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose.” (*Freud*, 1914).

Milton Erikson

Na era contemporânea, distingue-se a hipnose clássica da moderna, desenvolvida por *Milton Erikson*. A primeira caracteriza-se pela indução de um transe hipnótico formal acompanhado por sugestões diretas. A segunda enfatiza a relação terapêutica e o envolvimento intencional dos recursos internos do doente, desse modo faz uso de uma indução de relaxamento mais superficial, fazendo uso das expressões e ideias do doente, sempre espontâneo. Descreveu ainda o hipnotismo como fenómeno natural e transversal a todas as pessoas: “o hipnotismo é tão velho quanto o tempo e provavelmente tenha se originado quando o primeiro homem se arrastava na lama primitiva” (*Erikson*, 2003).

Conclusão

A história da hipnose além de complexa mostra-se fascinante. Teve várias concepções e inspirou diferentes teorias, por vezes antagónicas e para elas contribuíram inúmeros autores. Destes, destacam-se *Paracelso*, *Mesmer*, *Puysegur*, o Abade Faria, *Braid*, *Charcot*, *Freud* e *Erickson*. Foi por diferentes períodos encarada com ceticismo, mas progressivamente revelou benefícios no tratamento de algumas perturbações mentais. Hodiernamente é utilizada como método psicoterapêutico complementar e as respetivas técnicas são o resultado dos trabalhos desenvolvidos por todos aqueles autores ao longo dos séculos.

Bibliografia

- Azevedo, R. M. (2012). *O Discurso Terapêutico de Milton Erickson : Uma Análise à Luz dos Padrões da Programação Neurolinguística*. Tese de Doutoramento. São Paulo: Universidade de São Paulo, 169 pp. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde05102012-123033/ptbr.php>
- Bogousslavsky, J. (Ed.) (2010). *Following Charcot: A forgotten history of neurology and psychiatry*. Vol. 29, 207 pp., Karger. <https://doi.org/10.1159/isbn.9783805595575>
- Braid, J. (1899). *Neurypnology*.
- Charcot. (1877). *Lectures on the Diseases of the Nervous System*.
- Erickson, M. H, & Rossi, E. L. (2021). *The February Man Evolving Consciousness and Identity in Hypnotherapy*. Routledge: London/New York.
- Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., & Ltda, K. (1889). *Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos*.
- Mark, N. (1988). *American of Psychiatry in the History Psychiatry*. October.
- Moniz, E. (1977). *O Abade Faria. Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49-58.
- Robertson, D. (1860). “On hypnotism” (1860): De L'hypnotisme. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2). <https://doi.org/10.1080/00207140802665377>
- Stoddart, A. M. (1911). *The Life Of Paracelsus*.

Da Apepsia Hysterica à Anorexia Nervosa: A Evolução Histórica da Terminologia

Daniela Moura Jeremias, Catarina Melo Santos

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Emails: djeremias@chlo.min-saude.pt, acgsantos@chlo.min-saude.pt

Resumo

Em 1868 Sir William Gull designou de “Apepsia Hysterica” a um estado grave de emaciação causado por um distúrbio alimentar. Em 1874, após a leitura de um artigo publicado por Charles-Laségue sobre a mesma sintomatologia por este designada de “Anorexie Hystérique”, Gull reformulou o termo para “Anorexia Nervosa”, utilizado até aos dias de hoje.

Contudo, a designação é criticada pela sua imprecisão, pois a síndrome não implica necessariamente perda do apetite. Em 1880 Charcot enfatizou outro sintoma, o medo de ganhar peso (“l'idée fixe d'obésité”), bem como outros psiquiatras em 1970, nomeadamente Crisp (“weight fobia”) e Russell (“morbid fear of being fat”). Em 1973 Bruch sugeriu o termo germânico “Magersucht” para descrever a anorexia nervosa como “uma adição à magreza extrema”.

A discordância e evolução da terminologia utilizada até hoje sublinha o provável impacto do contexto sociocultural na natureza da anorexia nervosa relativamente à sua descoberta como patologia pela comunidade médica.

Palavras-chave: apepsia hysterica, anorexie hystérique, anorexia nervosa, Magersucht

Abstract

In 1868 Sir William Gull named “Apepsia Hysterica” to a severe state of emaciation caused by an eating disorder. In 1874, after reading an article published by Charles-Laségue about the same symptomatology which he called “Anorexie Hystérique”, Gull reformulated the term to “Anorexia Nervosa”, still used up today.

However, the designation is criticized for its imprecision, as the syndrome does not necessarily imply a loss of appetite. In 1880 Charcot emphasized another symptom, the fear of gaining weight (“l'idée fixe d'obésité”), as other psychiatrists did in 1970, notably Crisp (“weight phobia”) and Russell (“morbid fear of being fat”). In 1973 Bruch suggested the germanic term “Magersucht” to describe anorexia nervosa as “an addition to extreme thinness”.

The disagreement and evolution of the terminology used up today underlines the most likely impact of the socio-cultural context on the nature of anorexia nervosa, when it comes to its discovery as a pathology by the medical community.

Keywords: apepsia hysterica, anorexie hystérique, anorexia nervosa, Magersucht

Introdução

A hoje denominada de anorexia nervosa é uma doença desde há muito conhecida. Não só a anorexia nervosa, como toda a psicopatologia das perturbações do comportamento alimentar, evoluíram ao longo do tempo sob a influência de fatores ambientais, provavelmente determinantes para o aparecimento de novos fenótipos. Algumas destas perturbações ainda estão sob investigação e não estão claramente identificadas como entidades de diagnóstico independentes. Nesta revisão objetiva-se avaliar a evolução histórica da anorexia nervosa, desde as primeiras descrições, à sua inclusão como uma perturbação psiquiátrica e atual terminologia.

Perspetiva histórica da inanição – as primeiras descrições

Apesar da sintomatologia da anorexia nervosa evidenciar uma evolução relacionada com fatores ambientais ao longo da história, é importante salientar que não se trata de uma perturbação contemporânea (Dell’Osso *et al*, 2016). Os primeiros exemplos de inanição em países ocidentais datam da Idade Média em função da difusão da filosofia gnóstica e do Cristianismo. Ambos promoviam a dicotomia entre o mal, o materialismo e a pureza das almas. Os eremitas cristãos procuravam a purificação da alma através da inanição. Alegadamente, São Jerónimo

defendia o Ascetismo (corrente filosófica) como benéfico para as mulheres romanas, ao ponto de uma jovem ter falecido por inanição ou jejum prolongado. (Dell’Osso *et al*, 2016).

Durante a idade média, em particular entre os séculos XIII e XV, existe evidência de várias figuras que morreram prematuramente na sequência da prática de jejum prolongado, como é o caso de Santa Catarina de Siena. (Dell’Osso *et al*, 2016). As diferenças entre o sexo masculino e feminino já eram bem distintas nesta época quanto à prática do jejum. O jejum era visto como uma característica peculiar da abordagem feminina ao ascetismo medieval. Adicionalmente, os ideais de santidade feminina estavam frequentemente relacionados com a promoção da disciplina e do sacrifício. A privação de comida, exceto nos rituais da Eucaristia, era considerado um elemento de espiritualidade assim como a reclusão, a automutilação, o “vestir humildemente”, entre outras práticas (Dell’Osso *et al*, 2016). Foi descrita uma relação estreita entre a inanição e espiritualidade na Idade Média, embora a maioria dos casos fossem atribuídos a possessões demoníacas. Todas as mulheres que jejuassem durante longos períodos de tempos eram alvo de suspeição, inclusive o caso de Santa Catarina de Siena. Apenas mulheres da alta aristocracia conseguiam convencer a sociedade da natureza sagrada dos seus hábitos (Dell’Osso *et al*, 2016).

Alguns autores desta época nomearam a prática do jejum com algo relativamente comum em mulheres religiosas e designavam a prática de “Holy Anorexia” ou de “Anorexia Mirabilis”. Por norma, seria indissociável de outras práticas penitenciais (Dell’Osso *et al*, 2016). Estes primeiros relatos diferem da atual perturbação, uma vez que, alegadamente, se concentravam na pureza espiritual, em detrimento “do desejo pela magreza extrema” e da “distorção da forma e peso corporais”, atualmente descritos na prática clínica e considerados critérios de diagnóstico.

Thomas Netter, teólogo escolástico inglês, fez a seguinte referência relativamente a uma Cristã de Norfolk: “in the vulgar tongue as Joan the Meatless, because it was proven that she had not tasted or drunk for fifteen years, but only fed with the greatest joy every Sunday on the sacrament of the Lord’s body” (Van Deth *et al*, 1993). Durante o Renascimento o contexto religioso tornou-se menos associado ao jejum extremo.

De observações esporádicas à nosologia

Em 1770 Richard Morton publicou uma monografia intitulada de “Phthisiologia or a Treatise of Consumptions”, que fazia descrição da “atrofia nervosa”. Descreveu este tipo de jejum como autoinduzido e causado por um “estado doente e mórbido dos espíritos”, assumindo aqui uma etiologia do foro psicológico (Dell’Osso *et al*, 2016).

Em 1858 o psiquiatra francês Louis-Victor Marcé publicou a obra “Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et de Nourices” e em 1862 publicou a obra “Traité Pratique des Maladies Mentales” (Dell’Osso *et al*, 2016). Posteriormente, em 1860 publicou um artigo que poderá ser reconhecido como uma das primeiras tentativas de descrever do ponto de vista psiquiátrico a nosografia da que é, atualmente, reconhecida como anorexia nervosa. Neste artigo relatou dois casos clínicos, delineando as “crenças ilusórias” que levavam à recusa alimentar (Dell’Osso *et al*, 2016).

Em 1868 Sir William Gull designou de “Apepsia Hysterica” a um estado grave de emaciação causado por um distúrbio alimentar (Gull, 1868).

Em 1874, após a leitura de um artigo publicado por Charles-Laségue sobre a mesma sintomatologia por este designada de “Anorexie Hystérique”, Sir William Gull reformulou o termo para “Anorexia Nervosa”, utilizado até aos dias de hoje. Sir William Gull reformulou o termo para distinguir a perturbação do termo “histeria”, uma vez que ele considerava anorexia como um distúrbio “neurótico”. Ainda assim, nos dias de hoje, a designação é criticada pela sua imprecisão (Dell’Osso *et al*, 2016). A etimologia do termo anorexia nervosa é grega, nas palavras “an”, que significa “ausência ou deficiência” e “orexis” que significa “apetite”. Porém, hoje assume-se que a síndrome não implica necessariamente perda do apetite como a palavra “anorexia” nos induz a assumir.

Assim, considera-se que a anorexia nervosa foi descrita pela primeira vez pelo médico francês Charles-Laségue e pelo médico inglês Sir William Gull (Bergner *et al*, 2021). Ambos apresentaram uma descrição médica completa da anorexia nervosa, considerada até hoje como o primeiro verdadeiro reconhecimento clínico da doença (Dell’Osso *et al*, 2016).

Os designados artistas da fome (“hunger or starving artists”) surgiram nos séculos XVIII, XIX e XX, mais comumente na Europa e na América. Propagavam o seu jejum e eram remunerados para tal pelo público. Eram maioritariamente do sexo masculino, viajavam de cidade em cidade, e frequente jejuavam até cerca de 40 dias, segundo relatos da época (Gooldin, 2003). Acredita-se ainda que, Franz Kafka na sua obra “The Hunger Artist” publicada em 1922, estaria provavelmente a relatar a sua própria experiência como espectador destes jejuns públicos, uma forma popular de entretenimento nas cidades europeias e americanas no final do século XIX. Em 1889

Professor Luigi Luciani, médico italiano, publicou um livro sobre o jejum, no qual reportou a sua investigação a propósito de um artista da fome da época chamado Giovanni Succi (Nieto-Galan, 2014).

Em 1880 Charcot enfatizou um outro sintoma, o medo de ganhar peso (“l’idée fixe d’obésité”). Charcot abriu caminho para outros psiquiatras da época que subsequentemente publicaram alguns dos casos mais antigos de anorexia nervosa com ênfase no “medo mórbido de engordar”. Mais tarde, em 1970 outros psiquiatras, nomeadamente Crisp (“weight fobia”) e Russell (“morbid fear of being fat”) também enfatizaram o mesmo conceito (Habermas *et al*, 2015).

É igualmente importante considerar a evolução do significado da inanição durante os últimos séculos. A industrialização levou mais mulheres, em particular das classes socioeconómicas mais desfavorecidas, a trabalhar. Consequentemente, a beleza etérea e frágil tornou-se uma afirmação da classe alta, uma demonstração de eficiência, prosperidade e de “delicadeza mental”. A restrição alimentar foi progressivamente distanciando-se da sua anterior conotação religiosa e passou a estar interligada à autoimagem corporal.

Desde meados do século XVIII, que o ideal de beleza feminina passou progressivamente de uma figura arredondada para uma aparência esbelta e esbelta. Um ideal semelhante de fascínio feminino com a elegância é igualmente observável no século XIX (Dell’Osso *et al*, 2016). Neste contexto, temos o famoso caso a Imperatriz Isabel da Áustria, também conhecida como “Sisi”, que seguia dietas rigorosas e praticava uma atividade física extenuante, esta última pouco usual para as mulheres da época. Com a sua figura alta e muito elegante, durante a segunda metade do século XIX, encarnou o ideal moderno de beleza, baseado na magreza, que progressivamente ganhou popularidade até ao século XX (Dell’Osso *et al*, 2016).

Finalmente, após ter sido aceite como uma perturbação psicogénica no final do século XIX, a anorexia nervosa, foi o primeiro distúrbio alimentar a ser publicado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) na sua primeira edição (DSM-I) (Dell’Osso *et al*, 2016). Aqui era reconhecida como uma reação psicofisiológica, mais concretamente como uma doença neurótica. Mais tarde, já na 3.^a edição do DSM (DSM-III) e na sua versão revista (DSM-III-R), as perturbações alimentares foram incluídas na secção das perturbações da infância e da adolescência, o que contribuiu para o subdiagnóstico de casos tardios, os denominados “later-onset cases” (Dell’Osso *et al*, 2016).

Em 1916 Morris Simmonds, médico alemão, descreveu a chamada “Doença de Simmonds”. Esta natureza estritamente psicogénica da anorexia nervosa foi colocada em causa pelos estudos deste médico. Pela sua descrição, este autor relatou a história de uma mulher gravemente emagrecida, mas cujo exame anatomopatológico revelou que sofreria de uma destruição hipofisária. Em virtude disto, e aproximadamente nas três décadas seguintes, a anorexia nervosa ficou confundida com casos de hipopituitarismo cuja evolução era frequentemente fatal (Habermas *et al*, 2015).

Em Portugal (1947) Elísio de Moura apresentou uma dissertação na qual descrevia amplamente o quadro clínico da anorexia nervosa. Este psiquiatra argumentava que a anorexia nervosa não traduzia uma perda de apetite, mas sim uma culpa extrema por sentir este mesmo apetite. Alertou ainda para a importância do papel da família no processo de recurso à procura de ajuda médica. Elísio de Moura descreveu o seguinte: “indiferente perante as consequências visíveis da sua insuficiência alimentar, ou, mais do que isso, com o seu aspecto físico, o anorético não se considera doente, não se queixa de livre vontade, e é pela oposição inflexível (...) a uma alimentação normal, que a família solicita a intervenção do médico” (Pereira, 2018).

Por sua vez, Gerald Russel, psiquiatra inglês, veio enfatizar ainda mais o papel do “medo mórbido em engordar” (“morbid fear of being fat”) como a psicopatologia central na anorexia nervosa. É Gerald Russel quem pela primeira vez estabelece, de forma clara, os critérios fundamentais que permitiram o diagnóstico da anorexia nervosa (Pereira, 2018).

Contudo, embora tenha sido descrita pela primeira vez no final do século XIX e tenha recebido grande atenção pelas escolas francesa e inglesa, a escola alemã de psiquiatria demorou muito tempo até que a anorexia nervosa fosse reconhecida como uma perturbação mental (Bergner *et al*, 2021). É, no entanto, a partir dos anos 70 do século XX que a investigação da anorexia nervosa sofreu um maior impulso. Em 1973 Hilde Bruch sugeriu o termo germânico “Magersucht” para descrever a anorexia nervosa como “uma adição à magreza extrema” (Habermas *et al*, 2015). Hilde Bruch propôs que a génese da doença remontava aos processos iniciais da formação da personalidade do indivíduo e que estava intimamente ligada ao seu processo de autonomia face aos pais. Hilde Bruch chamou ainda pela primeira vez a atenção para a perturbação da imagem corporal, da qual sofrem muitos destes doentes. Para esta autora, a recusa alimentar dos doentes com anorexia representava uma luta pela autonomia, competência, controlo e respeito por si próprios (Pereira, 2018).

Na 4.^a edição do DSM (DSM-IV) outros sintomas de perturbações do comportamento alimentar clinicamente significativos foram incluídos nas categorias da perturbação da ingestão compulsiva e das “eating disorders non otherwise specified”. Posteriormente, na revisão da 4.^a edição (DSM-IV-TR) as perturbações do comportamento alimentar passaram a integrar uma secção independente (Dell’Osso *et al*, 2016).

Em particular na sociedade ocidental, os padrões de beleza feminino evoluíram com o tempo adequando-se às normas culturais e sociais. Em determinadas épocas as mulheres aspiravam a uma figura ampla e curvilínea. Porém, nas últimas décadas a imagem corporal feminina ideal tornou-se progressivamente mais magra e longilínea. A indústria ligada ao fitness intensificou ainda mais a ideia de que saúde equivale a magreza.

Numa perspetiva sociológica, Miller e Pumariega, abordaram num artigo a evolução das perturbações do comportamento alimentar num mundo cada vez mais globalizado, e com extensa exposição às pressões sociais comuns da cultura ocidental, que enfatizam a importância da imagem e magreza do corpo feminino (Miller *et al*, 2015; Dell’Osso *et al*, 2016). Os programas de intercâmbio e a globalização poderão ainda contribuir para aumentar a predisposição dos adolescentes e jovens adultos a uma perturbação do comportamento alimentar, que pode conter características quer da cultura nativa quer da atual, dada a pressão para se conformarem às novas normas sociais (Dell’Osso *et al*, 2016).

Em 2013 a American Psychiatric Association reviu os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa e eliminou o critério da amenorreia. E os critérios da 5.^a edição do DSM (DSM-5) não se referem a um grau específico de perda de peso necessário para o diagnóstico. Porém, fornecem orientações para especificar a gravidade da doença em função da perda ponderal. Na bulimia nervosa a frequência dos episódios de compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios diminuiu e os dois subtipos (tipo purgativo e não purgativo) foram eliminados. A perturbação da ingestão compulsiva foi ainda reconhecida como uma perturbação independente. O capítulo do DSM-5 sobre as perturbações do comportamento alimentar, para além da anorexia nervosa, bulimia nervosa, perturbação da ingestão compulsiva, pica, perturbação da ruminação e perturbação da alimentação restritiva e/ou evitante, incluiu ainda uma secção denominada de “outros distúrbios alimentares ou distúrbios alimentares não especificados”, na qual são incluídos outros padrões de comportamento alimentar patológicos. É o caso da anorexia nervosa atípica, na qual nem todos os outros critérios para anorexia nervosa são cumpridos, à exceção do peso que se encontra dentro da normalidade. Aqui também se incluem os casos atípicos de bulimia nervosa ou da perturbação da ingestão compulsiva que se pautam por uma menor frequência dos episódios e/ou com uma duração dos mesmos inferior a 3 meses.

Em 2022 na última revisão do DSM-5 (DSM-5-TR) apenas os critérios de diagnóstico da perturbação da alimentação restritiva e/ou evitante foram revistos.

Conclusões

A evolução histórica da terminologia da anorexia nervosa permite-nos refletir sobre as condicionantes que atrasaram a identificação da mesma como uma patologia. Em primeiro lugar, temos a maleabilidade da conceptualização de uma determinada perturbação psiquiátrica devido às convicções dos profissionais da época sobre a natureza da mesma. Não pode igualmente ser ignorado o preconceito face à componente biológica da anorexia nervosa no passado. Tal que ainda hoje se discute a forma como estes fatores prejudicaram a evolução do conhecimento da anorexia nervosa. Têm ainda sido hipotetizadas sobreposições entre as perturbações do comportamento alimentar, em particular a anorexia nervosa, e outras perturbações mentais, como as perturbações do espectro do autismo, apresentando-se como uma comorbilidade e/ou diagnóstico diferencial. Futuros estudos de investigação e um interesse crescente nesta área poderão conduzir a abordagens terapêuticas promissoras quer para a anorexia nervosa, quer para outras perturbações do comportamento alimentar.

Fontes e bibliografia final

1. Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1651-1660. Acedido a 10 de agosto de 2022, em <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>
2. Gull, W. W. (1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obesity research*, 5(5), 498-502. Acedido a 10 de agosto de 2022, em <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x>

3. Van Deth, R., & Vandereycken, W. (1993). Miraculous maids? Self-starving and fasting girls. *The Free Library* (August,1). Acedido a 10 de agosto de 2022, em <https://www.thefreelibrary.com/Miraculous+maids%3F+Self-starving+and+fasting+girls.-a014235404>
4. Bergner, L., Himmerich, H., Kirkby, K. C. & Steinberg, H. (2021). Descriptions of Disordered Eating in German Psychiatric Textbooks, 1803-2017. *Front. Psychiatry* 11:504157. Acedido a 10 de agosto de 2022 em <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.504157>
5. Gooldin, S. (2003). Fasting Women, Living Skeletons and Hunger Artists: Spectacles of Body and Miracles at the Turn of a Century. *Body & Society – Body Soc.*, 9, 27-53. Acedido a 10 de agosto de 2022 em <https://doi.org/10.1177/1357034X030092002>
6. Nieto-Galan, A. (2014). Mr Giovanni Succi Meets Dr Luigi Luciani in Florence: Hunger Artists and Experimental Physiology in the Late Nineteenth Century. *Social History of Medicine*, 28, 64-81. Acedido a 10 de agosto de 2022 em <https://doi.org/10.1093/shm/hku036>
7. Habermas, T. (2015). History of Anorexia Nervosa. In *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (eds L. Smolak & M. P. Levine). Acedido a 10 de agosto de 2022, em <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch2>
8. Pereira, S. I. S. (2018). *Uma viagem à etiologia multifatorial da anorexia nervosa: determinantes biológicos, psicológicos, genéticos e socioculturais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
9. Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64(2), 93-110. Acedido a 10 de agosto de 2022, em <https://doi.org/10.1521/psyc.64.2.93.18621>

Os Frutos da Desgraça – Gripe Espanhola e Saúde Mental

Salomé Mouta, Miguel Pires, Isabel Fonseca Vaz

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

E-mails: salomemouta@gmail.com, miguelocpires@gmail.com, isasoares20@hotmail.com

Resumo

A Gripe Espanhola (1918-1920) foi uma severa pandemia que infetou aproximadamente 500 milhões de pessoas (cerca de um quarto da população mundial) e matou mais de 50 milhões. A vulnerabilidade de adultos jovens saudáveis e a falta de vacinas/tratamentos criaram uma enorme crise de saúde pública, numa época em que decorria a Primeira Guerra Mundial. Face a uma pandemia marcada por vastas perdas pessoais e devastação económica, a vida dos sobreviventes pode ter mudado imensamente, sendo expectável o desenvolvimento de sintomas e perturbações de stress agudo e de stress pós-traumático, assim como luto prolongado, níveis aumentados de ansiedade e perturbações do humor. A literatura sobre saúde mental no momento da pandemia é escassa, mas revela que a Gripe Espanhola deixou os sobreviventes com uma variedade de sintomatologia psiquiátrica, sendo que fadiga, depressão, insónia, alucinações, labilidade emocional e até mesmo dissociação, “convulsões histéricas” e suicídio acompanharam a debilitação física da doença.

Palavras-chave: saúde mental, Gripe Espanhola, pandemia

Abstract

The Spanish Flu (1918-1920) was a memorable pandemic that infected approximately 500 million people (about a quarter of the world's population) and killed more than 50 million. The vulnerability of young adults and the lack of vaccines/treatments created a huge public health crisis, during the World War I era. Facing a pandemic marked by personal loss and economic devastation, survivors' lives may have changed immensely and there is expected the development of symptoms and acute stress and post-traumatic stress disorders, as well as prolonged grief, increased levels of anxiety and mood disorders. Literature on mental health at the time of the pandemic is scarce but it reveals that the Spanish Flu left survivors with a variety of psychiatric symptomatology, with fatigue, depression, insomnia, hallucinations, emotional lability and even dissociation, “hysterical seizures” and suicide accompanying the physical debilitation of the disease.

Keywords: mental health, Spanish Flu, pandemic

Introdução

Face à atual pandemia por coronavírus (Covid-19), um estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Oxford e do NIHR Oxford *Health Biomedical Research Center* revelou que quase uma em cada cinco pessoas que estiveram infetadas foi diagnosticada com uma perturbação psiquiátrica – como ansiedade, depressão ou insónia – dentro de três meses após o teste positivo para o Covid-19. Tendo em conta estes resultados, torna-se pertinente compreender o impacto que pandemias passadas (como a gripe espanhola) tiveram na saúde mental dos sobreviventes, à semelhança do que ocorre nos dias de hoje. Apesar da diminuta bibliografia existente relativamente ao tema, este trabalho procura uma revisão acerca das consequências da pandemia de 1918 em termos de saúde mental.

Gripe Espanhola

A pandemia de gripe de 1918, também conhecida por Gripe Espanhola ou Grande Epidemia de Influenza, foi uma pandemia de gripe global e excecionalmente mortal causada pelo vírus influenza A H1N1, com genes de origem aviária. Diz respeito à pandemia mais grave da história recente, com uma vasta disseminação ao redor do globo durante 1918-1919, tendo surgido enquanto ainda decorria a Primeira Guerra Mundial. Contudo, dados epidemiológicos históricos limitados tornam difícil a determinação da origem geográfica do vírus, não havendo consenso acerca da mesma.

Apesar das diferentes hipóteses sobre a disseminação inicial, o vírus foi primeiramente identificado em março de 1918 nos Estados Unidos (Kansas) entre militares, com outros casos a serem reportados em França, na Alemanha e no Reino Unido em abril.

A maioria dos surtos de gripe mata desproporcionalmente os mais novos e idosos, com uma taxa de sobrevivência mais alta entre estas faixas etárias, no entanto, um aspeto incomum da gripe de 1918 diz respeito ao facto de ter atingido muitos jovens previamente saudáveis (e com uma taxa de mortalidade muito acima do expectável) – um grupo normalmente resistente a este tipo de doença infecciosa – incluindo vários militares da Primeira Guerra Mundial.

Nesta época, ainda não existiam medicamentos antivíricos ou vacinas contra a gripe nem antibióticos para tratar as sobreinfecções bacterianas (por exemplo, a penicilina só foi descoberta em 1928). Medidas de cuidados intensivos, como a ventilação mecânica, também não estavam disponíveis em 1918. Deste modo, os profissionais de saúde ficaram com poucas opções de tratamento além dos cuidados de suporte, e contavam apenas com uma variedade aleatória de medicamentos com reduzido grau de eficácia, como aspirina, quinina, arsénio, digitálicos, estricnina e iodo. Sem tratamentos farmacológicos apropriados, os esforços de controlo por todo o mundo passavam por medidas não-farmacológicas como isolamento, quarentena, boa higiene pessoal, uso de máscaras e desinfetantes e limitação de reuniões públicas. Para além das medidas mencionadas, foram criados necrotérios improvisados onde se acumulavam cadáveres empilhados até que o vírus terminasse a sua marcha letal.

Nome e Origem

Como previamente referido, não se sabe exatamente de onde terá surgido a pandemia. No entanto, a gripe de 1918 foi observada pela primeira vez na América, Europa e áreas da Ásia antes de se disseminar por quase todo o mundo numa questão de meses.

Esta gripe não teve origem em Espanha, mas a cobertura jornalística sim. A pandemia ficou conhecida mundialmente como “Gripe Espanhola” – nome atribuído no contexto histórico daquele período, já que a Espanha era um país neutro na Guerra Mundial e, como tal, a imprensa não era censurada e os primeiros casos que apareceram na primavera de 1918 foram publicados em jornais espanhóis (primeira publicação num jornal de Madrid no final de maio de 1918), havendo por parte destes uma cobertura do surto desde o início. Noutros países, a notícia não foi publicada. Como as fontes de notícias espanholas eram as únicas a relatar a gripe, muitos acreditavam que esta se originou neste país.

Curiosamente, em Espanha, a pandemia foi chamada “Gripe Francesa”; na Alemanha, “Gripe de Flandres”; no Senegal, “Gripe Brasileira”; no Brasil, “Gripe Alemã”; na Polónia, “Gripe Bolchevique” e na Pérsia, “Gripe Britânica”.

Desde então, as organizações de saúde deixaram de nomear epidemias com base em questões geográficas e termos mais adequados para esta pandemia foram adotados: “Pandemia de Influenza de 1918”, “Pandemia de Gripe de 1918” ou variações destes nomes.

Vagas

De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, a gripe espanhola teve três vagas. O primeiro surto de doenças semelhantes à gripe foi detetado num campo de treino de tropas norte-americanas em março de 1918, com mais de 100 casos relatados. O movimento de centenas e milhares de soldados americanos que cruzaram o Atlântico para combater na guerra contribuiu para a disseminação global da gripe.

A segunda vaga aconteceu quando, depois de percorrer os continentes, o vírus “retornou” aos Estados Unidos em agosto do mesmo ano, com uma elevada taxa de letalidade (6-8%). Salienta-se que o fim da Primeira Guerra Mundial (em novembro de 1918) permitiu o ressurgimento da gripe, com as comemorações do Dia do Armistício e a desmobilização dos soldados.

A terceira onda, mais moderada, decorreu no início de 1919, de fevereiro a maio.

No Verão de 1919, a pandemia de gripe chegou ao fim – aqueles que foram infetados morreram ou desenvolveram imunidade. Em 1920, o vírus evoluiu para se tornar muito menos mortal e, posteriormente, causou apenas a gripe sazonal comum. Em 1921, as mortes retornaram aos níveis pré-pandémicos.

Causas de Disseminação

As configurações particulares do vírus da gripe de 1918 foram um produto da Grande Guerra (ou seja, a Primeira Guerra Mundial). As condições associadas à guerra permitiram que uma doença comum e geralmente leve se

transformasse numa estirpe mortal que se dispersou rapidamente por todo o mundo, matando não apenas os mais fracos da população, mas também os mais fortes. Aproveitando-se de acampamentos e hospitais do exército sobrelotados, movimentação e contacto constantes de pessoas, desnutrição, falta de higiene e outras condições nas trincheiras que debilitavam o sistema imunológico, a gripe assumiu um carácter sem precedentes no seu impacto, marcado pela sobreinfecção bacteriana e morte da maioria das vítimas após um leito de morte tipicamente prolongado.

A proximidade e os movimentos maciços de tropas da Primeira Guerra Mundial aceleraram a disseminação da pandemia e, provavelmente, aumentaram a transmissão e a mutação. A guerra também pode ter reduzido a resistência das pessoas ao vírus, especulando-se que os sistemas imunológicos dos soldados foram enfraquecidos pela desnutrição, pelo *stress* de combate e pelos ataques químicos, aumentando a sua suscetibilidade. Outro fator importante para a disseminação do vírus foi a mentira e a negação por parte dos governos, que deixaram a população mal preparada para lidar com os surtos.

Por outro lado, estudos mostraram que o sistema imunológico das vítimas da gripe espanhola estaria enfraquecido por condições climáticas adversas, particularmente frias e húmidas por longos períodos de tempo durante a pandemia. Assim, um aumento significativo na precipitação e diminuição das temperaturas na Europa durante a segunda onda da pandemia proporcionaram condições ideais para a replicação e transmissão do vírus, além de afetarem negativamente o sistema imunológico de soldados e outras pessoas expostas a este clima – um fator que comprovadamente aumenta a probabilidade de infeção por vírus e infeções pneumocócicas comórbidas documentadas como tendo afetado uma grande percentagem de vítimas da pandemia. Para além disso, a anomalia climática provavelmente influenciou a migração de vetores aviários H1N1 que contaminam corpos de água com os seus excrementos, atingindo taxas de infeção elevadas no Outono.

Sintomas

Especialmente durante a primeira vaga, a maioria dos infetados apresentava apenas sintomas típicos de gripe (como calafrios, fadiga, dor de garganta, dor de cabeça e febre) e geralmente recuperava após alguns dias. Nesta fase, o número de mortes relatadas era baixo.

No entanto, durante a segunda vaga, a doença atingiu proporções mais graves, muitas vezes complicada por pneumonia bacteriana, responsável pela maioria das mortes (que ocorriam horas ou dias após o início dos sintomas). Este tipo mais grave levava ao desenvolvimento de cianose heliotrópica, após a qual a morte ocorria dentro de horas ou dias devido ao preenchimento dos pulmões com fluidos. Outros sinais e sintomas relatados incluíam hemorragia espontânea das mucosas, edema pulmonar, abortos espontâneos, cheiro peculiar, queda de dentes e cabelo, *delirium*, tonturas, insónia, perda de audição ou olfato e alterações da visão.

Acredita-se que o vírus era particularmente mortal por desencadear uma tempestade de citocinas (reação exagerada do sistema imunológico do corpo). As fortes reações imunológicas de adultos jovens saudáveis parecem justificar a elevada mortalidade nesta faixa etária, enquanto que as reações imunológicas mais fracas de crianças e idosos resultaram em menos mortes.

Mortalidade

Dois anos após o início da gripe espanhola, cerca de 500 milhões de pessoas (quase um terço da população global) tinham sido infetadas.

O número de mortes decorrentes desta pandemia é superior ao número total de mortes de militares e civis que resultaram da Primeira Guerra Mundial. As estimativas de mortes variam de 17 milhões a 50 milhões, e possivelmente até 100 milhões, tornando-se a segunda pandemia mais mortal na história da humanidade (a seguir à Peste Negra). Apesar de tudo, os números exatos são impossíveis de saber devido à escassez de registos médicos na época.

A pandemia de 1918 matou principalmente jovens adultos. Em 1918-1919, 99% das mortes nos Estados Unidos ocorreram em pessoas com menos de 65 anos e quase metade das mortes diziam respeito a adultos jovens de 20 a 40 anos.

Gripe Espanhola e Saúde Mental

A gripe espanhola mudou o curso da vida de um enorme número de pessoas em todo o mundo ao cobrar um pesado tributo humano, destruindo famílias inteiras e deixando incontáveis viúvas e órfãos. As funerárias estavam lotadas, os corpos empilhados, e muitas pessoas tiveram que cavar sepulturas para os seus próprios familiares.

A gripe também foi prejudicial para a economia. Diversas empresas foram forçadas a fechar porque muitos funcionários estavam doentes e os serviços básicos como entrega de correspondência e recolha de lixo foram prejudicados devido ao facto de os trabalhadores se encontrarem infetados.

Estudos mostram que, globalmente, embora houvesse diferenças regionais, a vulnerabilidade às consequências globais do vírus, era superior nos homens do que nas mulheres. As mulheres mais vulneráveis eram as grávidas, devido à alarmante taxa de aborto. Tem sido demonstrado que algumas das crianças sobreviventes sofreram repercussões ao longo da vida, um conceito apelidado de “Programação Fetal” – essa geração terá sido prejudicada tanto somática quanto cognitivamente, sendo mais propensa a ataques cardíacos, alterações comportamentais ou atos antissociais. A mesma geração teve que lutar na Segunda Guerra Mundial.

O elevado número de pessoas que adoecem e morrem e as grandes perdas económicas associadas a uma epidemia ou pandemia levam a um fastigioso risco psicossocial. Uma abordagem racional dos cuidados de saúde mental implica o reconhecimento de diferentes tipos de vulnerabilidade entre os diferentes grupos populacionais, principalmente diferenças relacionadas ao género, idade e condição socioeconómica. Há também riscos ocupacionais – por exemplo, para os membros das equipas de resposta que trabalham durante a emergência. Neste sentido, crianças, adolescentes, idosos e mulheres suportam um maior risco de sofrer repercussões psiquiátricas, assim como pessoas incapacitadas, doentes com história de patologia psiquiátrica, doentes crónicos, emigrantes, pessoas em situação de pobreza e populações que vivem em condições precárias, com recursos limitados e escasso acesso a serviços sociais e de saúde.

Diversos estudos documentaram efeitos psicológicos adversos devido a desastres naturais (como furacões, inundações e terremotos) e consequências psicológicas semelhantes podem ocorrer após surtos de doenças infecciosas. Em termos de saúde mental, uma grande epidemia implica um distúrbio psicossocial que pode exceder a capacidade da população afetada para lidar com a situação. Assim, estima-se que haja um aumento na incidência de distúrbios psicológicos (entre um terço a metade da população exposta pode sofrer alguma manifestação psicopatológica, dependendo da magnitude do evento e do grau de vulnerabilidade).

Foram observados efeitos graves na saúde mental da população, com altas taxas de incidência de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), Perturbação Depressiva Major e Perturbação de Ansiedade Generalizada. A PSPT foi considerada o problema de saúde mental mais prevalente após o desastre, sendo a depressão o segundo mais comum. Memórias intrusivas, sonhos recorrentes e “*flashbacks*” do evento traumático são apenas alguns dos sintomas deletérios associados ao PSPT. Sintomas relacionados, como suicídio e remorso, tendem a aumentar com a gravidade da exposição à crise. Algumas pessoas experimentam ainda abuso de álcool ou outras substâncias aditivas e perturbações psicossomáticas. Padrões de sofrimento prolongado também se manifestam como tristeza, medo generalizado e ansiedade expressa fisicamente – sintomas que frequentemente se tornam graves e duradouros.

O encerramento de escolas e outros estabelecimentos, aliado ao distanciamento social, pode ser a melhor defesa contra um surto antes que um tratamento/vacina eficaz esteja disponível. Contudo, os seres humanos precisam de contato social frequente, e os eventos de crise estimulam ainda mais a necessidade de afiliação, intimidade e companhia de outras pessoas (especialmente daquelas que estão a passar por um nível semelhante de ansiedade e trauma). O confinamento e isolamento social podem ocorrer por períodos prolongados de tempo e, segundo alguns autores, existe uma forte correlação entre o isolamento social e a degradação da saúde física e mental.

Existe pouca dúvida de que o momento da gripe espanhola só aumentou as ansiedades da população em geral, grande parte da qual estava a tentar superar e lidar com as perdas e o sofrimento atrozes da Primeira Guerra Mundial.

Quando se trata de saúde mental, o registro histórico mostra que a pandemia, tal como a guerra, afetou a resiliência emocional daqueles que não (ou ainda não) estavam em perigo.

A pandemia de 1918 deixou os sobreviventes com uma variedade de sintomas mentais, perceptíveis desde cedo – em 1918, as autoridades de saúde pública e profissionais de saúde de vários países imediatamente destacaram os problemas de saúde mental como sintomas e consequências do vírus.

Uma pesquisa sugere que o número de pacientes hospitalizados pela primeira vez com patologia mental atribuível à gripe aumentou (num fator médio anual de 7,2) nos 6 anos após a pandemia. Além disso, o mesmo estudo aponta que os sobreviventes da gripe espanhola relataram distúrbios do sono, depressão, distração, tonturas e dificuldades no trabalho, e que as taxas de mortalidade por gripe nos Estados Unidos durante os anos 1918-1920 se relacionaram significativa e positivamente com o suicídio.

Em 1919 e 1920, médicos e pesquisadores já relatavam um aumento acentuado nos sintomas e doenças nervosas entre alguns pacientes que recuperavam da infecção por influenza; entre outros sintomas, foram citados depressão, neuropatia, neurastenia, meningite, alterações degenerativas das células nervosas e diminuição da acuidade visual.

A perda maciça e repentina de vidas mergulhou muitos num estado crónico de desamparo e ansiedade. Grande parte da população foi afetada pela perda de entes queridos. Os pais tiveram que lidar com a perda de um filho (ou mesmo vários filhos), enquanto algumas crianças de repente se viram sem pais. Tais perdas, evidentemente, em muitos casos culminaram no desenvolvimento de processos de luto patológico.

Elevados níveis de *stress* e ansiedade eram comuns entre indivíduos infetados. Fadiga pronunciada, anedonia, depressão, insónia, alucinações, labilidade emocional e até dissociação e “convulsões histéricas” acompanharam a debilitação física da doença.

Os profissionais de saúde sobreviventes não estavam imunes a tais sentimentos, com muitos deles a notar que eram assombrados por um sentimento de frustração e tristeza, mesmo anos depois.

Neste sentido, jornais como *The Lancet*, *The Times* e *British Medical Journal* em 1918 e 1919 relatavam que “a depressão acentuada é comum, a instabilidade emocional é vista com frequência e o suicídio não é de forma alguma raro”, “uma das características da atual onda de gripe é a depressão marcada que ela deixa para trás”, “sintomas mentais são frequentes”, “a depressão que se segue à gripe é tão constante que deve ser considerada como parte da doença”, “o sintoma mais angustiante é uma perda rápida da capacidade mental e depois a incapacidade de pensar de forma coerente” e “todas as formas de histeria foram observadas após a gripe”.

Assim, para tratar a infeção, na época recomendava-se “algo para a mente”, junto com alimentos e estimulantes para o corpo, havendo quem sugerisse a leitura de livros de romance, a prática de ciclismo e a ida ao teatro como “meios de cura mental”.

É inegável que a influência psicológica da gripe espanhola estava intimamente ligada aos seus efeitos físicos. Em alguns casos, era difícil distinguir o impacto mental do físico, mas nenhuma quantidade de leitura, ciclismo ou teatro seria capaz de prevenir o aparecimento de problemas de saúde mental induzidos pela gripe, alguns tão graves quanto a psicose e a encefalite letárgica.

Salienta-se ainda que, pesquisas realizadas nos Estados Unidos, estabeleceram conexões entre alguns suicídios e a pandemia. Mais uma vez, apesar das medidas sugeridas acima descritas, podemos compreender a partir de inquéritos de médicos legistas sobre mortes súbitas o quão difícil foi para algumas pessoas viver no mundo pandémico. Embora os veredictos dos legistas geralmente atribuíssem o suicídio à “insanidade temporária”, 1918-19 viu um aumento no número atribuído à gripe. Há uma extensa evidência histórica fortemente sugestiva de que a doença foi considerada cúmplice de numerosos suicídios em todo o mundo e são vários os relatos de pessoas de diversas faixas etárias e origens socioeconómicas que optaram por pôr termo à sua própria vida, tanto por sintomatologia delirante associada como por depressão ou outros distúrbios mentais relacionados com a gripe.

As manchetes dos jornais descreviam indivíduos que estavam “enlouquecidos pela gripe” e que viram no suicídio uma “cura”. No entanto, também é evidente que, em muitos casos, a gripe não era um fator isolado para a patologia mental, mas parte de um elenco que incluía fatores pessoais, sociais e económicos, existindo evidência de que muitas pessoas que trabalhavam sob depressão pós-influenza e de vidas que se tornaram insustentáveis, mesmo após a infeção ter passado.

Acresce ainda que, pessoas doentes provavelmente sofrendo de *delirium*/síndrome confusional agudo relacionado com a gripe foram transferidos de hospitais gerais para asilos (levando à sua sobrelotação), numa altura em que as autoridades dos asilos eram criticadas por negligenciarem as necessidades básicas dos pacientes.

Deste modo, torna-se claro que, infelizmente, a vida dos sobreviventes pode ter mudado imensamente e “voltar ao normal” pode não ter sido possível.

Conclusão

A nova pandemia de coronavírus de 2020 dissemina-se pelo mundo à medida que os países correm para encontrar uma cura e os cidadãos tentam evitar a propagação da doença. Assim, a pandemia de 1918 fornece uma comparação particularmente adequada com a atual pandemia devido ao seu alcance global e à dimensão do seu efeito.

A história não se repete, mas certamente fornece lições com as quais podemos aprender. Embora a gripe espanhola e a pandemia por Covid-19 sejam causadas por vírus diferentes e decorram em circunstâncias totalmente distintas, estas pandemias podem ser vistas como um espelho no que respeita ao impacto na saúde mental. Portanto, face às desastrosas consequências psiquiátricas da gripe espanhola, devemos considerar a saúde mental das pessoas direta e indiretamente afetadas pelo coronavírus. Grupos vulneráveis certamente devem estar na vanguarda da nossa preocupação e devemos estar cientes do impacto na saúde mental nos próximos anos.

Bibliografia

- 1918 pandemic (H1N1 virus). (2019). *Centers for Disease Control and Prevention*. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html> (Accessed: April 2022).
- 1918 pandemic influenza: Three waves. (2018). *Centers for Disease Control and Prevention*. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/three-waves.htm> (Accessed: April 2022).
- Almond, D., & Mazumder, B. (2005). The 1918 influenza pandemic and subsequent Health Outcomes: An Analysis of SIPP data, *American Economic Review*, 95(2), pp. 258-262. Available at: <https://doi.org/10.1257/000282805774669943>.
- Ayers, K., & Yellowlees, P. (2008). Mental Health Considerations During a Pandemic Influenza Outbreak, *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine*, 9(1).
- Barraza, K. R. (2021). *Twentieth Century Pandemic Narratives and Mental Health Discourse*. thesis.
- David, A. (2020). Lunch hour lecture: Mental health and the pandemic: Past, present and future!, *UCL Play*. Available at: <https://www.ucl.ac.uk/play/ucl-talks/ucl-minds-lunch-hour-lectures/lunch-hour-lecture-mental-health-and-pandemic-past-present> (Accessed: April 2022).
- Eghigian, G. (2020). The Spanish Flu Pandemic and Mental Health: A Historical Perspective, *Psychiatric Times*, 37(5).
- Ellis, R. (2020). Are we adequately prepared for the toll this pandemic will take on mental health?, *History Today*, 70(10).
- Ferrão, Y. (2020). Psiquiatria das Pandemias, *UFCSA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*. Available at: <https://ufcsa.edu.br/documentos/saude-bem-estar/covid-19/psiquiatria-pandemias.pdf> (Accessed: April 2022).
- Filho, A. S. A., & Dunningham, W. A. (2020). A Neuropsiquiatria na Pandemia, *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 24(3), 84-85.
- Gripe Espanhola. (2022). *Wikipedia*. Wikimedia Foundation. Available at: https://pt.wikipedia.org/wiki/Gripe_espanhola (Accessed: April 2022).
- Hilton, C. (2020). Psychiatric care and the 1918 flu pandemic by Dr Claire Hilton, *History, Archives and Library blog*. Royal College of Psychiatrists, Available at: <https://www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/blogs/detail/history-archives-and-library-blog/2020/04/07/psychiatry-during-1918-flu-pandemic> (Accessed: April 2022).
- History of 1918 flu pandemic. (2018). *Centers for Disease Control and Prevention*. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm> (Accessed: April 2022).
- History.com Editors (2020). Spanish flu, *History.com*. Available at: <https://www.history.com/topics/world-war-i/1918-flu-pandemic> (Accessed: April 2022).
- Kamadia, A. (2020). Lessons from the 1918/1919 Influenza pandemic, *Colorado Arts and Sciences Magazine*. Available at: <https://www.colorado.edu/asmagazine/2020/04/09/lessons-19181919-influenza-pandemic> (Accessed: April 2022).
- Mental Health, Substance Abuse, and Rehabilitation Unit Technology and Health Services Delivery Pan American Health Organization (2009). Protecting Mental Health During Epidemics, *Pan American Health Organization*. Available at: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia-Influenza-ENG-2.pdf>
- Resk, S. S. (2020). O impacto na saúde mental em tempos de Pandemia da Covid19, *EcoDebate*. Available at: <https://www.ecodebate.com.br/2020/05/27/o-impacto-na-saude-mental-em-tempos-de-pandemia-da-covid19-artigo-de-sucena-shkrada-resk/> (Accessed: April 2022).
- Spanish flu. (2022). *Wikipedia*. Wikimedia Foundation. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Spanish_flu (Accessed: April 2022).
- The deadliest flu: The complete story of the discovery and reconstruction of the 1918 pandemic virus. (2019). *Centers for Disease Control and Prevention*. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/reconstruction-1918-virus.html> (Accessed: April 2022).
- Vukojević, J. et al. (2021). 100 years apart: Psychiatric admissions during Spanish flu and covid-19 pandemic, *Psychiatry Research*, 303(114071). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114071>.
- Wynter, R., Ellis, R., & Ligh, R. (2020). Death and the 'Spanish lady': Suicide in pandemic times, *University of Birmingham*. University of Birmingham. Available at: <https://www.birmingham.ac.uk/news/2020/death-and-the-spanish-lady-suicide-in-pandemic-times> (Accessed: April 2022).

A Linhagem da Loucura: Insanidade na Dinastia Júlioclaudiana do Império Romano

Vítor Hugo Santos, Bárbara Castro Sousa, Maria Teresa Pinto

Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira, EPE

E-mail: vitorhj@chcbeira.min-saude.pt, barbarasofia_11@hotmail.com, teresa.carvalho@chcbeira.min-saude.pt

Abstract

The Julio-Claudian dynasty was one of the oldest emperor families in ancient Rome.

There are reports of diseases of these emperors and family members that point to neuropsychiatric diagnoses and the possibility of genetic transmissibility.

Caligula, great-nephew, and heir of Tiberius, was emperor in AD 37. It is speculated that Caligula had epilepsy, starting in childhood, which could have triggered an “epileptic psychosis” with consequent emotional, behavioral and cognitive sequelae, responsible for his nickname of “insane emperor” by historians.

Keywords: Caligula, insanity, psychopathology, Roma

Introdução

Caligula, o terceiro imperador romano, é conhecido pela sua reputação de louco e sanguinário, com histórias sobre os seus excessos e crueldades perpetuando-se ao longo dos séculos. No entanto, muitos estudiosos argumentam que sua insanidade era o resultado de uma doença neuropsiquiátrica não diagnosticada, como epilepsia, encefalite ou sífilis. Essas condições podem ter afetado a sua personalidade e comportamento, levando-o a exibir sinais de loucura e comportamentos erráticos. Os autores exploram, através de uma revisão sistemática da literatura, a psicopatologia subjacente aos relatos existentes de flutuações de humor, impulsividade, delírios grandiosos, episódios paranoides e comportamentos bizarros pelos quais ficou conhecido, dos quais, um dos mais famosos: quando proclamado vitorioso após uma declaração de guerra a um inimigo em particular – o mar.

A vida de Caligula

Juventude e família

Caligula, o terceiro imperador romano, governou o Império Romano de 37 a 41 d.C. Caligula nasceu em 31 de agosto de 12 d.C., filho de Germanicus, um proeminente general romano, e Agripina, filha de Marcus Agrippa e Julia, a filha do imperador Augusto. A sua mãe e irmãos foram exilados e ele foi criado pelo imperador Tibério (Barret, 2003).

Ele cresceu no seio de uma família rica e prestigiada, e, como resultado, teve acesso à melhor educação e oportunidades. No entanto, quando Caligula tinha apenas sete anos, o seu pai foi acusado de traição e morreu sob custódia (Jones, 2002). Quando o seu pai Germanicus morreu sob tais circunstâncias, levantaram-se suspeitas de que ele foi envenenado por membros da corte imperial, e, provavelmente esse evento deixaria uma marca profunda em Caligula, o que pode ter contribuído para a sua visão desconfiada e conspiratória da vida.

Caligula tornou-se imperador em 37 d.C., aos 25 anos de idade, após a morte de seu tio e antecessor, o imperador Tibério. No início, o reinado de Caligula foi marcado por uma certa benevolência e generosidade, mas rapidamente se tornou notório pela sua crueldade e extravagância. Embora Caligula tenha sido elogiado pelas suas habilidades militares e políticas no início do seu reinado, em dado ponto começou a exibir sinais de loucura.

As primeiras medidas políticas

Começou por impor impostos pesados e confiscações de propriedades, além de gastar quantias absurdas em projetos megalomaniacos. A sua crueldade também era lendária. Ele ordenou inocentes fossem executados para sua própria diversão. Inclusive ordenou a execução de membros da sua própria família, como a sua avó e o seu próprio

pai adotivo. Caligula teria ordenado a execução de vários membros da família, isso incluía o seu irmão, Druso César, que era visto como um potencial rival pelo trono, e o seu avô, o ex-imperador Tibério, que havia sido afastado do poder por Caligula e estava sob prisão domiciliar na ilha de Capri (Weeden, 2015).

O motivo exato por trás dessas execuções é objeto de debate. Alguns historiadores acreditam que Caligula estava a tomar medidas extremas para garantir sua própria segurança e consolidar o seu poder. Outros sugerem que ele era motivado por uma combinação de inveja, paranóia e sadismo, e que desfrutava do poder de vida e morte sobre os seus parentes (Jones, 2002).

Independentemente do motivo, as execuções de membros da família de Caligula tiveram consequências significativas para seu reinado, aumentando a tensão e a suspeita em torno do governo de Caligula e contribuíram para a imagem de um líder instável e cruel. Além disso, elas afetaram negativamente a relação entre Caligula e outros membros da elite romana, incluindo o Senado, que passou a ver o jovem imperador com ainda mais desconfiança e aversão.

As ações mais polémicas

Caligula ficara conhecido igualmente durante uma campanha militar contra a Bretanha. De acordo com relatos históricos, Caligula ficou obcecado com a ideia de marchar as suas tropas sobre as ondas do mar, e ordenou que os seus soldados construíssem uma série de pontes flutuantes e navios interconectados que se estendiam por mais de três milhas (cerca de cinco quilômetros) no mar (J.C. McKeown, 1994).

Foi considerado um esforço monumental e absurdo, e muitos dos contemporâneos de Caligula ficaram perplexos com a sua insistência em tentar realizar tal feito. Alguns historiadores sugerem que a construção das pontes flutuantes foi uma tentativa de exibir a grandeza e o poder de Roma, enquanto outros acreditam que Caligula simplesmente queria desafiar os deuses e as leis da natureza. A tentativa de Caligula de marchar sobre as ondas acabou por se revelar um fracasso desastroso. Os navios e pontes flutuantes foram fortemente danificados e muitos soldados foram mortos ou feridos quando as estruturas entraram em colapso.

Apesar de seu fracasso, a história das pontes flutuantes construídas por Caligula tornou-se uma parte duradoura do legado do imperador e é frequentemente citada como um exemplo da extravagância e do despotismo de Caligula. Vista como um sinal de sua insanidade e falta de juízo, a história das pontes flutuantes é muitas vezes usada para ilustrar o nível de excesso e indulgência que caracterizou muitos dos líderes romanos da época.

Entre as histórias bizarras sobre Caligula, uma das mais conhecidas é a sua declaração de guerra contra o mar (Jones, 2002). Segundo relatos históricos, ele teria ordenado aos seus soldados para marcharem até a praia, onde ele brandiu a sua espada e ordenou que atacassem as ondas. Esta história pode parecer absurda, mas ela é bem documentada pelos historiadores da época. Na verdade, Caligula era conhecido pelas suas excentricidades e comportamentos imprevisíveis, e a guerra contra o mar pode ser vista como apenas mais um exemplo do seu comportamento excêntrico (Jones, 2002).

Depois de atacar as ondas, Caligula voltou para Roma e organizou uma parada triunfal, declarando-se vitorioso na guerra contra o mar. Ele ordenou que seus soldados voltassem a Roma carregando conchas e outros tesouros marinhos como troféus de guerra.

Alguns historiadores acreditam que essa história foi ampliada pelos escritores posteriores que tentavam retratar Caligula como um imperador insano e megalomaniaco (Barret, 2003). No entanto, não há dúvida de que ele era um líder com uma personalidade complexa e muitas vezes imprevisível.

Além disso, existem outras histórias que sugerem que Caligula tinha uma visão perturbadora da natureza e do poder. Ele supostamente ordenou que os seus soldados recolhessem conchas do mar e as distribuíssem aos cidadãos romanos como prova do seu poder. Ele também teria ordenado a construção de um farol no topo do Monte Palatino para desafiar os deuses do céu.

Uma das histórias mais famosas sobre Caligula é a de que ele teria nomeado seu cavalo, Incitatus, como senador romano. De acordo com a lenda, Caligula estava tão satisfeito com o desempenho de Incitatus como cavalo de corrida que decidiu que ele merecia um título honorífico. Assim, ele teria nomeado o animal como senador e providenciado para que ele recebesse um estábulo de mármore e servidores pessoais (J.C. McKeown, 1994).

Embora essa história seja frequentemente citada como um exemplo da insanidade de Caligula, é importante notar que a sua veracidade é questionável. A primeira menção registrada dessa história é encontrada na obra do historiador romano Suetônio, que escreveu cerca de 80 anos após a morte de Caligula. Além disso, Suetônio era conhecido pelas suas inclinações sensacionalistas e pode ter inventado ou exagerado a história do cavalo-senador.

Apesar disso, a história do cavalo-senador tornou-se uma das lendas mais famosas da história de Calígula. Ela ajuda a reforçar a imagem de um governante insano e caprichoso, capaz de tomar decisões bizarras e irracionais. Mas é importante lembrar que a verdadeira natureza de Calígula como líder e como indivíduo permanece em debate, e muitas das histórias contadas sobre ele podem ser exageradas ou distorcidas pelo tempo e pela imaginação popular.

Outra história, mais perturbadora, associada a Calígula é a de que ele teria mantido relações sexuais com as suas irmãs e até com a sua própria mãe. Essas histórias podem parecer absurdas e chocantes para os padrões atuais, mas eram vistas de maneira diferente na época romana. Na verdade, muitas famílias nobres da Roma antiga envolviam-se em casamentos incestuosos para manter a riqueza e o poder dentro do círculo familiar (Weeden, 2015).

No caso de Calígula, no entanto, a questão do incesto pode ter sido mais complicada. Alguns historiadores acreditam que a história de Calígula e as suas irmãs pode ter sido fabricada por inimigos políticos, ansiosos para difamar a sua reputação e enfraquecer o seu poder. Outros sugerem que as histórias podem ter sido exageradas ou mal interpretadas ao longo do tempo (Weeden, 2015).

Independentemente da veracidade dessas histórias, há evidências de que Calígula teve relações sexuais com mulheres próximas a ele, incluindo a sua irmã mais nova, Drusilla. Acredita-se que ele a tenha amado profundamente e que a sua morte prematura tenha sido uma das razões pelas quais ele se tornou cada vez mais instável emocionalmente.

O comportamento sexualmente desviante de Calígula era visto como um desvio do comportamento romano aceitável. A moralidade sexual era uma questão importante na cultura romana, e aqueles que se desviavam dos padrões eram frequentemente vistos com desconfiança e desprezo. Portanto, a reputação de Calígula como um líder depravado e desregrado pode ter contribuído para sua queda e a posterior condenação da sua memória pela história romana.

Teorias sobre a saúde mental de Calígula

A possível conexão entre a saúde mental de Calígula e suas ações como imperador romano é um tema controverso entre estudiosos e historiadores. Dada a sua crueldade, extravagância e insanidade, muitos estudiosos argumentam que a sua loucura era o resultado de uma doença neuropsiquiátrica não diagnosticada, como epilepsia, encefalite ou sífilis. Outros sugerem perturbações como esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar, que podem ter contribuído para o seu comportamento errático e desviante. Essas condições podem ter afetado a sua personalidade e comportamento, levando-o a exibir sinais de loucura, incluindo a sua crença na sua divindade e a sua propensão a executar membros da sua própria família.

Das várias hipóteses enumeradas, muitos estudiosos acreditam que Calígula sofria de epilepsia, uma condição neurológica que pode causar convulsões e perturbações do comportamento. Além disso, ele exibiu outros sintomas que são comuns em pessoas com epilepsia, como lapsos de memória, comportamento impulsivo e delírios (J.C. McKeown, 1994). Outra possibilidade é que Calígula tenha contraído encefalite, uma inflamação do cérebro que pode causar sintomas semelhantes aos da epilepsia, além de alterações de personalidade, perturbações do sono e fadiga. A encefalite também pode ter sido causada por uma infecção bacteriana ou viral, e muitos historiadores acreditam que a epidemia de cólera que assolou Roma durante o reinado de Calígula pode ter sido um fator contribuinte. Por fim, a sífilis também é uma possibilidade. A sífilis é uma infecção bacteriana que pode afetar o cérebro e causar sintomas neuropsiquiátricos, como delírios e alucinações. Embora seja impossível saber com certeza se Calígula sofria de sífilis, alguns historiadores argumentam que o seu comportamento sexual promíscuo e as suas várias relações extraconjugais aumentam essa possibilidade.

Independentemente da causa exata da loucura de Calígula, é claro que ela teve um impacto significativo no seu reinado. No auge da sua loucura, ele ordenou a construção de um templo em sua homenagem e insistiu que a sua imagem fosse incluída em todos os templos do Império Romano. Ele também começou a vestir-se de maneira excêntrica, usando roupas extravagantes e uma coroa de louros. A sua decisão de ordenar a instalação de estátuas de si mesmo em templos religiosos em todo o Império Romano foi vista como uma grande afronta aos cidadãos romanos e um desrespeito aos deuses romanos. Essa prática era considerada uma violação das crenças religiosas dos romanos, que tinham uma grande reverência pelos seus deuses. Calígula não só desafiou a tradição religiosa, mas também a tradição política, pois o culto à personalidade não era algo que os líderes romanos praticavam.

A instalação das estátuas de Calígula em templos religiosos levou à crescente insatisfação entre o povo romano e a elite política. Muitos dos líderes romanos viam isso como uma afronta aos seus valores e tradições, e muitos cidadãos comuns também ficaram indignados com a arrogância de Calígula. Essa ação, juntamente com outras atitudes bizarras e imprudentes, contribuiu para a crescente impopularidade do imperador entre o povo romano.

A vida de Calígula foi interrompida tragicamente em 41 d.C. quando ele foi assassinado por membros de sua própria guarda pretoriana. O imperador foi esfaqueado repetidamente numa conspiração liderada por Cassius Chaerea, um comandante da guarda. A sua esposa e filha também foram assassinadas na mesma noite.

Consequências do reinado de Calígula

Embora a história de Calígula seja frequentemente lembrada por seus excessos e loucuras, muitos historiadores e estudiosos argumentam que a sua reputação pode ter sido exagerada ou influenciada por razões políticas. A sua provável condição neuropsiquiátrica certamente contribuiu para a sua personalidade instável e ações erráticas, o que, por sua vez, resultou em muitas das atrocidades que cometeu. Ainda assim, a sua história continua a ser uma das mais notórias e intrigantes da história romana.

No entanto, a história de Calígula também oferece insights importantes sobre a natureza do poder, a fragilidade da mente humana e as consequências da corrupção e do despotismo. A maneira como usou e abusou do poder ilustra a facilidade com que os líderes podem corromper-se e perder o contacto com a realidade quando estão em posições de autoridade.

A história de Calígula também ilustra as consequências terríveis que as ações de um líder desequilibrado podem ter para um país e os seus cidadãos. As políticas irracionais, as decisões arbitrárias e as ações violentas de Calígula tiveram um impacto negativo sobre a economia, a política e a sociedade romanas, causando instabilidade e desordem.

Em última análise, a história de Calígula lembra-nos da importância de escolher líderes que sejam mentalmente saudáveis, éticos e comprometidos com o bem-estar dos seus cidadãos. Também destaca a importância da transparência, do controle e do equilíbrio de poder, para garantir que o poder não se torne abusivo e descontrolado.

Conclusões

Todas essas histórias sobre Calígula ajudam a lançar luz sobre a sua personalidade excêntrica e as suas tendências megalomaniacas. É possível que suas excentricidades tenham sido agravadas pela sua doença neuropsiquiátrica, que pode ter afetado o seu julgamento e percepção da realidade. Em última análise, no entanto, a verdadeira história de Calígula é difícil de discernir, já que grande parte do que sabemos sobre ele foi filtrado por escritores posteriores com seus próprios preconceitos e agendas.

Fontes e bibliografia final

1. Camargo C. H. F., & Teive, H. A. G. (2018). Searching for neurological diseases in the julio-claudian dynasty of the Roman Empire. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, jan, 53-57.
2. Sandison, A. T. (1958). The Madness of The Emperor Caligula. *Medical History*, 2(3), 202-209.
3. Charry-Sánchez J. D., Velez-Van-Meerbeke A. & Palacios-Sánchez L. (2021). Caligula: A neuropsychiatric explanation of his madness. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, abr, pp. 34-345.
4. Sidwell, B. (2010). Gaius Caligula's mental illness. *Classical World*, 103(2), 183-206.

O Retrato da Perturbação do Espectro do Autismo no Cinema

Francisca Bastos Maia, Pedro Cotta, Vânia Martins Miranda

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

E-mails: franciscabbmaia@gmail.com, pcotta2tt@gmail.com, vaniamartins.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Resumo

As representações fictícias de pessoas com perturbações mentais no cinema contribuíram para a construção e perpetuação de mitos sobre as doenças psiquiátricas. Não obstante, as representações de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) no cinema podem efetivamente ter um valor educativo, ainda que, um único filme não consiga capturar a heterogeneidade das apresentações das PEA. Assim, com este trabalho pretende-se verificar se as personagens de alguns filmes às quais é atribuído o diagnóstico de PEA preenchem os critérios para esta perturbação, traçando um perfil educativo e fidedigno da mesma. A verdade é que, amiúde se verifica um exagero na forma como algumas características deste diagnóstico são retratadas, nomeadamente no que diz respeito a movimentos anormais e a hipersensibilidade sensorial. Por outro lado, em muitos dos filmes também se aborda o estigma relativamente às pessoas com PEA, o que é importante para a sensibilização do público-geral.

Palavras-chave: perturbação do espectro do autismo, cinema, saúde mental

Abstract

Fictional representations of people with mental disorders in the cinema have contributed to the construction and perpetuation of myths about psychiatric disorders. However, the representations of Autism Spectrum Disorder (ASD) in cinema can effectively have an educational value, even if, a single film cannot capture the heterogeneity of the presentations of ASD. Thus, this study aims to verify whether the characters in some films who are diagnosed as having ASD meet the criteria for this disorder, drawing up an educational and reliable profile of the disorder. The truth is that there is often an exaggeration in the way some characteristics of this diagnosis are portrayed, namely abnormal movements and sensory hypersensitivity. On the other hand, many films also address the stigma towards people with ASD, which is important for raising awareness among the public.

Keywords: autism spectrum disorder, cinema, mental health

Introdução

As representações fictícias de pessoas com perturbações mentais no cinema contribuíram para a construção e perpetuação de mitos sobre as doenças psiquiátricas (Nordahl-Hansen, Tøndevold, & Fletcher-Watson, 2017). No caso da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e atendendo a que a maioria da população geral não terá contacto direto ou substancial com indivíduos com PEA, as suas conceções sobre a perturbação serão elaboradas a partir de outras fontes, como o cinema. No entanto, as representações de PEA no cinema podem efetivamente ter um valor educativo, ainda que, um único filme não consiga capturar a heterogeneidade das apresentações da PEA.

Assim, com este trabalho pretende-se verificar se as personagens de alguns filmes às quais é atribuído o diagnóstico de PEA preenchem os critérios para esta perturbação, traçando um perfil educativo e fidedigno da mesma.

Filme “Rain Man” (1988)

Neste filme, começamos por conhecer Charlie que, quando descobre que alguém vai beneficiar de 3 milhões de dólares da herança do seu pai, parte em busca dessa pessoa. Nesse contexto, descobre que tem um irmão, Raymond, o qual possui uma PEA. De forma a garantir o dinheiro da herança, Charlie aproxima-se de Raymond, acabando por lutar judicialmente pela guarda legal do irmão.

Neste filme, a personagem com PEA é Raymond, que apresenta várias características compatíveis com este diagnóstico, nomeadamente ao nível do critério A do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais

(DSM-5) (défices persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos) (American Psychiatric Association, 2013). De facto, Raymond apresenta défices na reciprocidade socioemocional, manifestados, por exemplo, pela interpretação de forma literal de *“don’t walk”*, que motivou que parasse a meio da passadeira. Associadamente, apresenta também dificuldades no estabelecimento e manutenção do contacto ocular, manifestando assim défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social. Finalmente, demonstra dificuldades de compreensão de certas situações sociais, exemplificado pela cena em que se senta a ver televisão enquanto o irmão e a namorada estão a ter relações sexuais.

Por outro lado, no que diz respeito ao critério B do DSM-5 (padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades) (American Psychiatric Association, 2013), também nos deparamos com diversos exemplos ao longo deste filme. No que diz respeito aos movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, Raymond apresenta balanceamento do tronco e da cabeça e ecolália imediata e diferida. Relativamente à insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, percebemos que Raymond apresenta uma adesão inflexível a rotinas, tendo um horário fixo para as refeições, refeições específicas para cada dia da semana e necessidade de ter um número determinado de alimentos no prato. Ao nível dos interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou em foco, verificamos que Raymond sabe as companhias aéreas e o número de passageiros mortos em acidentes de avião, assim como conhece as estradas perigosas, a população dos países e os números da lista telefónica. Por fim, no que se refere a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente, Raymond apresenta hiperreatividade tátil (rejeita o toque dos outros) e auditiva (tapa os ouvidos quando ouve as buzinas dos carros, desregula-se quando o alarme de um eletrodoméstico toca), bem como procura visual (fixa as luzes do consultório, a máquina de lavar roupa e o colar da senhora do bar).

Filme “Snow cake” (2006)

Neste filme, vemos que, enquanto viaja pelo Canadá, Alex dá boleia a uma jovem, Vivienne. Infelizmente, durante a viagem de carro, têm um acidente com um camião que culmina com a morte de Vivienne. Assolado pela culpa, Alex procura a mãe de Vivienne, encontrando-a imersa no seu mundo e acabando por descobrir que ela possui uma PEA.

Este filme apresenta-nos uma personagem do sexo feminino com autismo, Linda, que apresenta várias características que se enquadram no diagnóstico de PEA. Relativamente ao primeiro ponto do critério A do DSM-5, ou seja, aos défices na reciprocidade socioemocional, Linda adota vários comportamentos desadequados, nomeadamente dizer que o licor que vai oferecer a Alex sabe a urina de gato e mandar o Alex ir passear porque não quer falar mais com ele. No que diz respeito aos défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social, deparamo-nos com várias situações em que Linda não estabelece contacto ocular quando fala com as pessoas. Finalmente, no que se refere ao terceiro ponto do critério A do DSM-5, ou seja, aos défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (American Psychiatric Association, 2013), Linda interpreta o que lhe dizem de forma literal: quando dizem que perdeu a filha, diz que não a perdeu, que ela morreu e, quando o Alex diz que as pessoas vão embora quando as sandes terminarem, coloca as sandes no lixo.

Por outro lado, no que diz respeito ao critério B do DSM-5, verificamos que Linda apresenta vários movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (American Psychiatric Association, 2013), nomeadamente balanceamento do tronco e estereotipias manuais. Adicionalmente, constata-se uma insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, uma vez que Linda não pode levar o lixo, porque era o trabalho da filha que morreu e dorme no mesmo beliche desde os 3 anos. Para além disso, apresenta um interesse fixo e altamente restrito que é anormal em intensidade relativamente a flocos de neve. Por fim, apresenta hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente, apresentando procura visual (fixa as bolas com luzes e aproxima-as dos olhos), vestibular (salta no trampolim), oral (coloca a neve na boca) e tátil (passa a mão pela carpete).

Filme “Adam” (2009)

Adam é um jovem com PEA de alto funcionamento. Após o falecimento do pai, Adam fica a viver sozinho. Entretanto, Adam conhece Beth, quando esta se muda para o seu prédio. Graças às particularidades de Adam, Beth acaba por se apaixonar por ele e ajuda-o com algumas dificuldades que este tem de enfrentar, nomeadamente ir a entrevistas de emprego.

Neste filme, é Adam, a personagem principal, que apresenta uma PEA. Relativamente ao primeiro ponto do critério A do DSM-5 para PEA (défices na reciprocidade socioemocional) (American Psychiatric Association, 2013), verificamos que Adam é pouco recíproco na conversação (quando um amigo lhe diz que se vai encontrar com uma mulher, não lhe faz perguntas de *follow-up*). Adicionalmente, apresenta défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social, não estabelecendo contacto ocular quando fala com as pessoas. No que diz respeito ao último ponto do critério A (défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos) (American Psychiatric Association, 2013), também constatamos que não se oferece para ajudar a vizinha a carregar as compras pelas escadas; quando o chefe diz *"I have to let you go"*, responde que não quer ir.

Por outro lado, relativamente ao critério B do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), não são evidentes movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos. Porém, é notória uma insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, tendo em conta que o Adam apresenta comportamentos repetitivos (alinha as caixas dos alimentos, sendo que possui várias caixas dos mesmos alimentos). Para além disso, mostra-se rígido e inflexível relativamente a mudanças. Associadamente, apresenta dois interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade e foco por eletrónica e pelo espaço. Finalmente, apresenta hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente, pois não come os alimentos misturados, separando-os sem se tocarem. Ainda relativamente ao perfil sensorial, apresenta hipersensibilidade tátil (reage mal quando o chefe lhe toca) e auditiva.

Filme "My name is Khan" (2010)

Depois de ter passado a sua infância em Mumbai, Khan muda-se para São Francisco para ir viver com os seus irmãos. Aqui, apaixona-se por Mandira, com quem se casa e vive uma vida feliz, juntamente com o filho desta. Após os atentados do 11 de setembro, começam a ser alvo do preconceito, por serem devotos do islamismo. Khan vai tentar provar que não é terrorista, como o acusam.

Khan, a personagem principal, padece de uma PEA, apresentando défices persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos (critério A do DSM-5), nomeadamente défices na reciprocidade socioemocional, evidentes na forma como aborda Mandira de uma forma desadequada quando esta está a trabalhar no cabeleireiro; défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social, pois apresenta dificuldades no estabelecimento do contacto ocular, e défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (American Psychiatric Association, 2013). No que diz respeito a este último ponto, o melhor exemplo é o facto de a mulher de Khan, quando revoltada com a morte do seu filho, dizer a Khan para se ir embora e procurar o presidente dos EUA e dizer-lhe que não é terrorista. Face a isto, Khan interpreta-o no sentido literal e empreende uma longa jornada para conhecer o presidente.

No que diz respeito ao ponto 1 do critério B do DSM-5 (movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos) (American Psychiatric Association, 2013), no aeroporto, vemos Khan a manipular umas pedras de forma repetitiva para se autorregular. Para além disso, apresenta um movimento estereotipado de bater na cabeça.

Adicionalmente, Khan apresenta uma capacidade excecional para consertar eletrodomésticos, o que pode ser interpretado como um interesse fixo e altamente restrito que é anormal em intensidade. Finalmente, no que se refere ao perfil sensorial, Khan apresenta hipersensibilidade visual, pois não gosta de olhar para coisas amarelas.

Filme "The story of Luke" (2013)

Este filme conta a história de Luke, que viveu toda a sua vida aos cuidados dos seus avós. Quando a sua avó morre e o seu avô é integrado num lar, Luke vai viver com os seus tios. Nesse contexto e com algumas ajudas, Luke vai tentar encontrar emprego e uma namorada, não aceitando um não como resposta. E, quando tem uma oportunidade de treino numa grande empresa, vai ter de lidar com o filho insuportável do chefe...

Luke preenche o primeiro ponto do critério A do DSM-5 (défices na reciprocidade socioemocional) (American Psychiatric Association, 2013), uma vez que partilha informação pessoal com o empregado da estação de serviço e é desadequado com Maria, quando lhe diz que só olhará para o seu peito quando saírem num encontro. Associadamente, apresenta dificuldades no estabelecimento e manutenção do contacto ocular, preenchendo o segundo ponto do critério A do DSM-5 (défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social) (American Psychiatric Association, 2013). Finalmente, no que concerne os défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, também se constata vários exemplos em que Luke revela as suas dificuldades, pois critica a comida que lhe dão em casa do tio; fica espedado a olhar para o primo a beijar uma

rapariga e não percebe o que está a acontecer; acha que a senhora que o ajuda a encontrar emprego pode ser sua namorada. Para além disso, não percebe a ironia e as metáforas do supervisor.

Por outro lado, Luke também possui todas as características refletidas pelos vários pontos do critério B do DSM-5 (padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades) (American Psychiatric Association, 2013). De facto, apresenta ecolália diferida e, como movimentos motores repetitivos, balança o corpo quando a tia grita com ele e quando fica triste ao assistir a um vídeo da sua infância em que aparece a mãe, que o abandonou. No que respeita o ponto 2 do critério B do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), nota-se a adesão inflexível a rotinas no facto de ter alarme para saber quando passa o seu programa preferido ou por não querer que outras pessoas se sentem nas cadeiras dos avós. Em termos de interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade, gosta muito de ler livros de cozinha. Finalmente, apresenta hipersensibilidade tátil (não gosta quando o primo lhe toca) e auditiva (tapa os ouvidos perante os ruídos da rua e quando tocam os telefones da empresa para onde vai trabalhar).

Filme “X+Y” (2014)

Este filme é inspirado num documentário “*Beautiful young minds*”, que se foca em Nathan, um jovem matemático prodigioso com dificuldades na interação social. Quando é selecionado para ir para o Taiwan como etapa para a seleção dos representantes nas Olimpíadas Internacionais de Matemática, embarca numa jornada de desafios, nomeadamente descobrir o amor.

Nathan retrata várias características compatíveis com o diagnóstico de PEA. De facto, evidencia défices na reciprocidade socioemocional (ponto 1 do critério A do DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), pois interpreta as expressões idiomáticas de forma literal e não percebe piadas, diz à mãe que ela não é esperta o suficiente para o ajudar com um problema de matemática, tem que ser a mãe a dizer para ele agradecer quando o professor lhe oferece um conjunto de compassos e não aperta a mão da rapariga quando esta lhe estende. Associadamente, apresenta dificuldades no estabelecimento e manutenção do contacto ocular (enquadráveis no ponto 2 do critério A do DSM-5). Ainda no que se refere ao critério A do DSM-5, demonstra défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (ponto 3) (American Psychiatric Association, 2013), já que apresenta dificuldades na interação com os pares, evidente quando conhece os colegas que vão consigo para o Taiwan. Para além disso, manifesta dificuldades na compreensão de sentimentos como o amor, tendo a pretensão de arranjar uma fórmula para resolver o mesmo.

Relativamente ao critério B do DSM-5, que se relaciona com padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association, 2013), verificamos que Nathan faz padrões com as bolas de camarão e as batatas fritas (enquadrável no ponto 1). Para além disso, a insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal é evidente na sua rigidez que se reflete no facto de o seu almoço ter de consistir em exatamente 7 bolas de camarão, por se tratar de um número primo. Adicionalmente, é evidente que gosta de rotinas: o seu pequeno-almoço são sempre 4 quadrados exatamente iguais. Em termos de interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, apresenta como interesse restrito os números e a matemática. Por fim, revela hipersensibilidade auditiva (o mínimo barulho incomoda-o quando está a fazer prova para se qualificar para ir para o Taiwan) e tátil (assistimos a várias situações em que rejeita dar a mão).

Filme “Jane wants a boyfriend” (2015)

Jane é uma jovem com PEA que vive em Queens com os seus pais. Quando os pais decidem mudar-se para Nova Jersey, Jane fica aos cuidados da irmã mais velha, Bianca, e do seu noivo. Entretanto, Jane decide que quer ter um namorado e a sua irmã superprotetora, Bianca, ajuda-a nesta missão, acabando Jane por se interessar por um amigo de Bianca, Jack, o qual Bianca considera pouco adequado para Jane.

Jane apresenta vários défices persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos (critério A do DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). Se por um lado, manifesta défices na reciprocidade socioemocional, uma vez que corre quando conhece Jack pela primeira vez, veste o confortável e não o adequado e interpreta de forma literal tudo o que lhe dizem. Por outro lado, apresenta défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social, revelando dificuldades no estabelecimento e manutenção do contacto ocular; e défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, pois apresenta dificuldades na interação social: na festa da irmã, fica isolada, a imitar a forma como os outros pegam no copo.

Já no que diz respeito aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (critério B do DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), Jane apresenta estereotipias, balanceamento do tronco e dá saltinhos no lugar quando entusiasmada, bem como alinha pedras e empilha batatas fritas (ponto 1). A insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal é notória pela rigidez no seu funcionamento: quando o pai lhe faz panquecas de chocolate, diz que quer panquecas de mirtilo. Ao nível dos interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, Jane revela interesse no espaço e em filmes antigos, cujos diálogos sabe de cor. Finalmente, no que concerne a hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente, demonstra hipersensibilidade auditiva (não gosta do barulho do liquidificador nem do metro) e tátil (rejeita quando a tocam aquando de momentos de desregulação emocional); apresenta ainda uma preferência por alimentos crocantes.

Filme “Please stand by” (2016)

Neste filme, Wendy é uma jovem com PEA que se encontra institucionalizada. Inspirada por “*Star Trek*”, a sua série de eleição, escreve histórias de fantasia no seu tempo livre. Quando descobre que há uma competição de escrita da *Paramount Pictures*, Wendy faz tudo para entregar o seu guião a tempo, embarcando numa aventura com o seu cão e alguns dólares no bolso.

Wendy manifesta diversos exemplos de défices persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos (critério A do DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), quer ao nível da reciprocidade socioemocional: **não** agradece ao seu colega de trabalho por este lhe oferecer um CD, foge da instituição para entregar o seu guião em Los Angeles; quer ao nível dos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social: estabelece contacto ocular, mas mantém fugazmente ou não estabelece contacto ocular quando a sua irmã a vai visitar à instituição. Finalmente, os défices para desenvolver, manter e compreender relacionamentos são evidentes no facto de ter dificuldades em fazer amigos e de o seu cão ser o seu único amigo, valorizando-o mais do que aos humanos.

No que concerne os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (critério B do DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), Wendy também reúne várias características compatíveis com o diagnóstico. No que se refere aos movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, Wendy apresenta estereotipias como *handflapping* quando entusiasmada, alinha as canetas e apresenta discurso idiossincrático baseado nas falas de “*Star Trek*”. Relativamente à insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, Wendy gosta de rotinas e descreve-as de forma muito objetiva. Em termos de interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, apresenta um interesse evidente pela série “*Star Trek*”. Por fim, demonstra hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente, particularmente hipersensibilidade auditiva (incomodada com barulho de motas e máquinas) e tátil (rejeita o contacto físico).

Conclusão

Efetivamente, em vários filmes, verificámos que há uma perpetuação de mitos e estereótipos sobre as pessoas com PEA, nomeadamente que se associa a capacidades especiais (Síndrome de *Savant*). Para além disso, amiúde, há algum exagero na forma como algumas características deste diagnóstico são retratadas, nomeadamente no que diz respeito a movimentos anormais e a hipersensibilidade sensorial. Por outro lado, em muitos dos filmes também se aborda o estigma relativamente às pessoas com PEA, assim como as suas dificuldades no quotidiano ou em tarefas normativas no ciclo de vida de um ser humano (ex.: arranjar namorado(a) ou emprego).

É também de louvar a inclusão de personagens do sexo feminino com PEA nos filmes, ainda que, por vezes, as características que são evidenciadas sejam mais comuns nos autistas do sexo masculino, uma vez que são baseadas em homens reais com PEA, dada a menor prevalência e subdiagnóstico destas perturbações na população feminina.

Bibliografia final

- American Psychiatric Association. (2013). *Guia de referência rápida para os Critérios de Diagnóstico DSM-5*. Climepsi Editores.
- Nordahl-Hansen, A., Tøndevold, M., & Fletcher-Watson, S. (2017). Mental health on screen: A DSM-5 dissection of portrayals of autism spectrum disorders in film and TV. *Psychiatry Research*.

Gerontopsiquiatria Através da Arte: “Las Pinturas Negras” de Francisco Goya

Joana Marques Pinto, Ana Carolina Pires, Joana Andrade
Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
E-mail: joanagmpinto94@gmail.com

Resumo

O pintor Francisco Goya y Lucientes (1746-1828) é uma das figuras de maior renome na arte europeia. No decurso da sua vida, o artista e Espanha atravessaram diversas adversidades, nomeadamente, aos 46 anos Goya padece de uma misteriosa doença que deixá-lo-ia surdo para o resto da vida, sendo, pouco tempo depois, testemunha da Guerra Peninsular. Estes contextos traduziram-se em alterações significativas na sua arte. Aos 73 anos Goya adoece novamente, isolando-se na “Quinta del Sordo” até ao fim de vida. É durante este período que Goya produziu as suas obras mais fascinantes, bizarras e grotescas, adornando as paredes da sua quinta com “Las Pinturas Negras”, como ficariam conhecidos os quadros. Pretende-se com este trabalho analisar as “Pinturas Negras” de modo a perscrutar a *psyque* do artista nesta recta final da sua vida debilitada, não só pela surdez e parca visão, mas também por uma imensa melancolia, desesperança e paranóia.

Palavras-chave: gerontopsiquiatria, Goya, arte, loucura, Pinturas Negras

Abstract

The painter Francisco Goya y Lucientes (1746-1828) is one of the most renowned figures in European art. During his life the artist and Spain went through several adversities, namely, at the age of 46 Goya suffered a mysterious illness that would leave him deaf for the rest of his life, and shortly afterwards he witnessed the Peninsular War. These contexts led to significant changes in his art. At the age of 73 Goya fell ill again, isolating himself in “Quinta del Sordo” until the end of his life. Throughout this period that Goya produced his most fascinating, bizarre and grotesque works, adorning the walls of his farm with “Las Pinturas Negras”, as the paintings would become known. This work aims to analyse “Las Pinturas Negras” in order to scrutinise the psyche of the artist in this final stage of his debilitated life, not only by deafness and poor eyesight, but also by an immense melancholy, hopelessness and paranoia.

Keywords: gerontopsychiatry, Goya, art, madness, “Pinturas Negras”

Introdução

Francisco Goya y Lucientes (1746-1828) é um aclamado pintor espanhol e, talvez, uma das figuras mais enigmáticas e complexas de analisar na história da arte. Um génio ímpar e incansável, que produziu obras de temas muito distintos ao longo da vida. Foi pintor da corte Espanhola, do povo, da igreja, e do misticismo, não deixando de lado, temas quase antagónicos como o erotismo e os horrores da guerra. Foi pintor a óleo, de frescos, desenhador e gravador, nunca cessando, até ao final da sua vida, a constante metamorfose da sua arte. Por todas estas razões, a obra de Goya resulta frequentemente na indecisão e em suposições gratuitas. Contudo, o objectivo deste trabalho, prende-se com o passeio impossível pela destruída “Quinta del Sordo” e as suas “pinturas negras” tentando oferecer uma análise artística e psicopatológica das mesmas.

Las Pinturas Negras

Para compreender a evolução da arte de Goya, nomeadamente as “Pinturas Negras”, assinalam-se alguns marcos biográficos da sua vida. Os primórdios da sua carreira consistiram sobretudo em obras de temática religiosa, retratos e peças de decoração de temáticas quotidianas, sendo os seus principais mecenas a família real, a nobreza e a igreja.

A partir de 1792, a sua arte sofre uma viragem considerável, após sofrer uma doença grave que o deixaria surdo, permanecendo isolado e em convalescença até meados de 1793. As suas obras ganham vigor e autenticidade, plasmando os receios do artista do isolamento e da loucura. A Guerra Peninsular (1808-1814) constituiu outro marco importante, assinalando este período com obras de cariz violento e terrível.

Em 1819 voltaria a adoecer, mudando-se para a “*Quinta del Sordo*”, uma casa de campo situada nos arredores de Madrid, concebendo, neste período, as “Pinturas Negras”.

Estas correspondem a um grupo de catorze quadros, que ficaram popularmente conhecidas como tal, devido à utilização de pigmentos escuros e negros e ao carácter sombrio dos temas. Estas decoravam duas salas do rés-do-chão e do primeiro andar da *Quinta del Sordo*. A sua disposição pode ser consultada na Imagem 1. As Pinturas Negras foram pintadas directamente sobre a parede seca e os pigmentos foram misturados com tinta a óleo, e pensa-se que terão sido produzidas durante o período do triénio liberal.

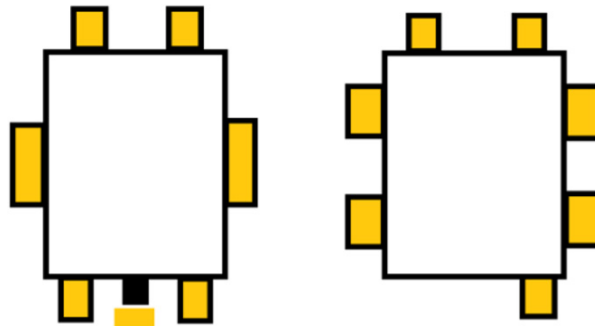


Imagem 1. Nesta imagem podemos ver uma representação esquemática da casa de Goya, baseada no inventário das obras efectuado por Antonio de Brugada, após a morte de Goya (1828), e as fotografias de Laurent, por volta de 1864. À esquerda encontra-se o piso térreo e à direita o primeiro piso. A amarelo estão assinaladas as pinturas negras de acordo com a sua disposição pela casa. Assim no piso térreo temos anexos à porta de entrada (assinalada a preto) três quadros um à direita (*Dos Viejos*) outro à esquerda (*Una Manolla: Leocadia Zorrilla*) e um por cima da porta (*Dos Viejos Comiendo*). Nas paredes laterais um quadro de cada lado (*La Romeria de San Isidro* à direita e *El aquelarre* à esquerda) e na parede do fundo dois quadros em direta oposição aos da entrada (*Judit y Holofernes* e *Saturno devorando un hijo* respectivamente). No primeiro piso a configuração é ligeiramente diferente com dois quadros dispostos em cada uma das paredes laterais (*Duelo a garrotazos* e *Las Parcas* à direita no sentido antero-posterior, e em oposição *El Santo Oficio* e *Asmodea* respectivamente), dois quadros na parede posterior (*La lectura* à direita e *Dos mujeres y un hombre* à esquerda), e na parede anterior apenas um quadro (*El perro semihundido*), embora se pense que originalmente haveria também nesta parede dois quadros dispostos simetricamente à parede posterior.



Imagem 2. *Dos Viejos* – Francisco de Goya (1820-1823)

“Dos Viejos”

Especula-se que o quadro “Dois Velhos” contenha teor autobiográfico. Vemos num primeiro plano a representação de um idoso debilitado, acompanhado por uma segunda figura de feições demoníacas, que segreda algo ao seu ouvido. Atendendo à surdez do artista, o conteúdo autobiográfico sobressai sobretudo neste pormenor, uma vez que as únicas “vozes” que o pintor escutaria corresponderiam aos seus demónios interiores.

“Dos Viejos Comiendo”

Estipula-se que, tal como em “*Dos Viejos*”, haja um teor autobiográfico nesta obra. Goya reparte uma refeição com um segundo elemento de contornos tétricos, uma vez que, as feições estão esmorecidas e apenas

os contornos de um crânio são passíveis de ser claramente identificados na segunda figura. O tema da fragilidade do idoso está espelhado neste quadro, assim como, a solidão, de quem já apenas partilha as suas refeições com a morte, também ela velha e fiel companheira.



IMAGEM 3. *Dos Viejos comiendo* – Francisco de Goya (1820-1823)

“Una Manola: Leocadia Zorrilla”

O quadro à esquerda da porta contrasta com os dois anteriores, uma vez que, agora é a jovialidade que se encontra representada. A paleta de cores oferece tonalidades mais vivas, perscrutando-se um céu azul como pano de fundo. Leocadia era a mulher jovem que viveria com Goya, nesta altura da sua vida. A jovem repousa em cima de um túmulo, talvez de Goya, dando enfoque ao triunfo da vida sobre a morte, ou da juventude sobre a velhice.

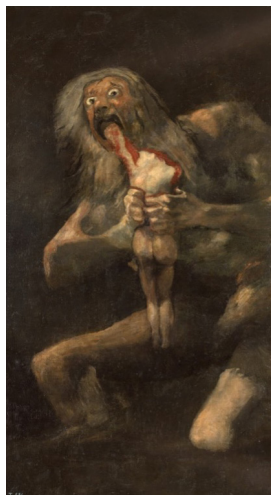


Imagem 5. *Saturno devorando un hijo*
– Francisco de Goya (1820-1823)

“Saturno Devorando Un Hijo”

O quadro de Saturno a devorar um filho alude à mitologia grega. Saturno, Deus do tempo, vivia amedrontado com a profecia de que seria destronado por um filho, devorando-os canibalisticamente após o nascimento, não conseguindo escapar à profecia e acabando por ser destronado por Zeus. De notar, que este quadro se encontra em direta oposição ao quadro de Leocadia podendo constituir uma alusão ao receio do pintor de ser suplantado pela jovialidade, ou apenas, ao horror de assistir à passagem do tempo e saber que, mais tarde ou mais cedo, seria devorado por ele.

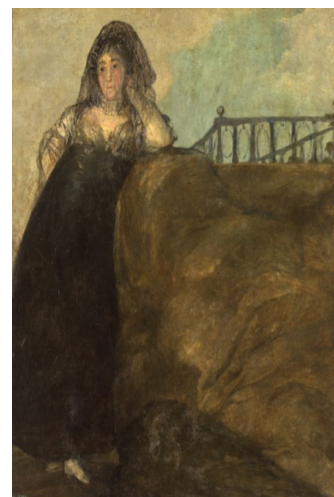


Imagem 4. *Una Manola: Leocadia Zorrilla*
– Francisco de Goya (1820-1823)

“Judith Y Holofernes”

Judit y Holofernes é uma cena bíblica, recorrentemente representada na história da arte. A história de Judit é também uma cena de grotesca carnificina¹, Judit, uma heroína judaica, convida o general Holofernes para um banquete sensual após o qual o decapita, posteriormente libertando o seu povo. O tema do quadro, em paralelo com “Leocadia”, refere-se à mulher jovem como *femme fatale*, através da sedução e decapitação do macho, aludindo uma vez mais à morte e à fragilidade do homem.

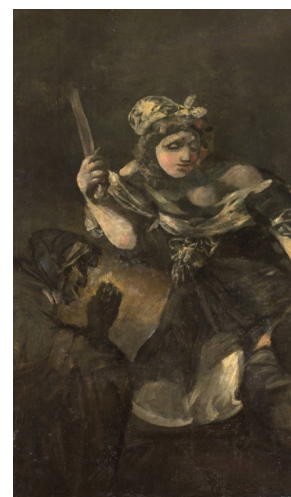


Imagem 6. *Judit y Holofernes*
– Francisco de Goya (1820-1823)



Imagem 7. *La pradera de san Isidro* – Francisco de Goya (1788)

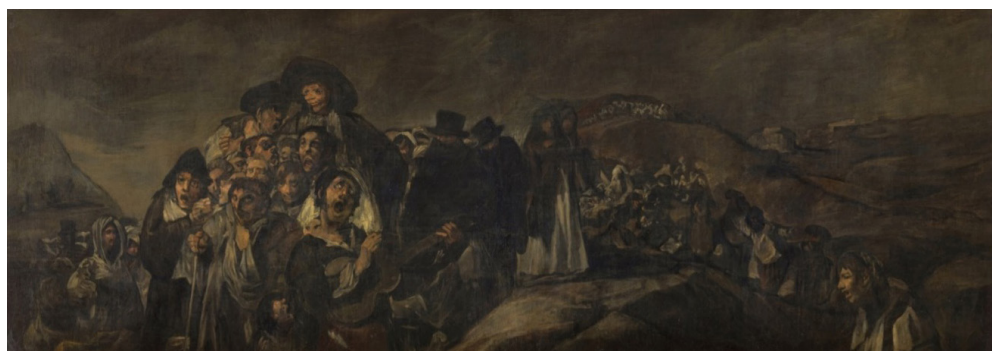


Imagem 8. *La Romería de san Isidro* – Francisco de Goya (1820-1823)

¹ Temas presentes também no quadro de Saturno.

“La romería de San isidro”

A romaria de *San Isidro*, representa uma festividade Madrilenha, na qual os cidadãos fazem uma romaria à ermita de *San Isidro*. A tonalidade obscura deste quadro contrasta com a versão do mesmo tema de 1788. Para além do câmbio acentuado na paleta de cores utilizada, destaca-se também as personagens. O que era originalmente um evento lúdico e luminoso², uma peregrinação festiva, transformou-se numa procissão chocante. Na segunda versão da romaria, destacam-se as expressões embriagadas e perplexas, assim como, as vestes humildes, representando um estrato económico baixo.³ Os chapéus de sol desapareceram de cena, pois a *Romería* já não é um dia soalheiro mas uma noite sombria⁴.



Imagem 9. *El aquelarre o El Gran Cabrón* – Francisco de Goya (1820-1823)

“El Aquelarre o El Gran Cabrón”

“O bode” que surge como uma das figuras principais do quadro, é uma representação de Satanás⁵. Esta cena pretende representar um ritual de bruxas ou de iniciação a práticas satânicas, não passando despercebido, que a audiência deste ritual sejam figuras clericais. A moça de saia preta e o lenço branco na concepção de Glendinning, está ser acusada de bruxaria⁶. Todas as outras figuras de rostos desfigurados e com contornos animais, parecem escutar atentamente as palavras satânicas e o horror transparece nas expressões dos rostos. A noviça, à direita do *gran cábron*, apesar de ter o seu rosto oculto, parece ser a exceção olhando a jovem que será dádiva ao diabo⁷.

“Dos Mujeres Y Un Hombre” E “La Lectura”

A “Leitura” partilha com as “Mulheres” semelhanças em termos de cor, técnica e iluminação. Sobre um fundo escuro, destaca-se a blusa branca das figuras principais: na “Leitura”, o homem de barba negra que atentamente lê

² Numa carta ao seu amigo de infância Martín Zapater, Goya assim se refere ao quadro originalmente: “a Pradera de San Isidro, no dia do Santo com toda a azáfama que é habitual nesta Corte.” Nessa altura, estava a preparar os esboços dos desenhos de tapeçaria para o Quarto das Infantas, no palácio de El Pardo, para o qual a obra serviria de peça decorativa. – Correspondência de Goya com Martín Zapater de 31 de Maio de 1788, disponível no arquivo digital do Museu do Prado.

³ Figuras da alta sociedade também podem ser contempladas, mas os seus rostos estão encobertos, apenas sendo possível identificar as suas indumentárias características, as cartolas e os hábitos de freira, respetivamente.

⁴ Segundo Norström, este quadro, tal como outros do rés-do-chão, relaciona-se também com Saturno, uma vez que o relaciona com a Saturnália, uma festa romana em honra de Saturno, padroeiro, tal como Santo Isidoro, dos agricultores. Era costume neste festival as hierarquias serem rompidas durante sumptuosos banquetes no período nocturno, sendo curioso verificar que no quadro os camponeses assumem o primeiro plano e já não é mais a aristocracia como na *Pradera* que assume o protagonismo. – Cf. Nordström, F. (1962). *Goya, Saturn and Melancholy. Studies in the Art of Goya*, Estocolmo: Alquimis & Wiksell.

⁵ A temática de bruxaria e rituais satânicos já havia sido pintada por Goya décadas antes (1797-1798), numa pequena pintura que fazia parte de uma série destinada a decorar o palácio de recreio do Duque de Osuna, também intitulada *El aquelarre* (“O sábado das bruxas”).

⁶ Glendinning, N. (1993). *El Arte y sus Creadores N.º 30: Francisco de Goya (Historia 16)*, Madrid: Información e Historia.

⁷ Este quadro foi dos que mais sofreu alteração da sua versão original pintada na parede. Após a sua deslocação, a tela perdeu parte do seu comprimento do lado direito, a partir da mulher sentada na cadeira, pelo que o eixo de simetria, que seria a mulher de saia preta e lenço branco, de cada lado da qual estariam equidistantes as duas manchas negras do bode ou Satanás e a mulher na cadeira, foi deslocado em relação ao original. O grupo de bruxas fica assim desequilibrado num volume uniforme, sem o espaço deixado vazio à direita. – Ficha da Obra disponível em Museo del Prado: *El aquelarre o El gran cabrón*

a carta, e no quadro das “Mulheres”, a figura masculina que assume o primeiro plano. Deste modo, contrastam com as restantes pinturas do piso superior, que geralmente adoptam fundos paisagísticos.

Na cena da “Leitura” encontramos um conjunto de homens reunidos em torno de um periódico, realizando uma actividade típica do género masculino, em oposição às Mulheres a rir⁸. As figuras da esquerda também correspondem a um círculo eclético enquanto à direita, nomeadamente a figura masculina, representa um homem de estrato humilde, aparentando uma debilidade mental. Para além disso, pensa-se que este último estaria a masturbar-se, estando “As mulheres” a troçar dessa prática, ou da sua escassa sanidade mental⁹. A feminilidade surge, assim, novamente associada à castração masculina, capaz de devorar a virilidade e racionalidade presente no quadro oposto.

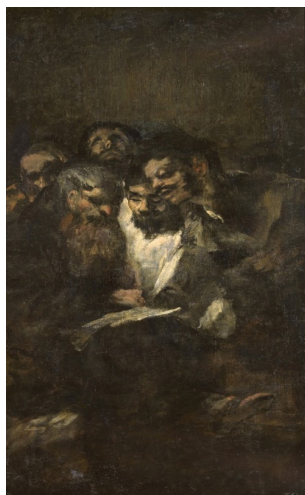


Imagem 10. *La Lectura*
– Francisco de Goya (1820-1823)



Imagem 11. *Dos mujeres y un hombre*
– Francisco de Goya (1820-1823)

“Las Parcas” e “Asmodea”



Imagem 12. *Las Parcas* – Francisco de Goya (1820-1823)



Imagem 13. *Asmodea* – Francisco de Goya (1820-1823)

⁸ Os críticos associaram esta reunião de homens às reuniões políticas clandestinas do Triénio Liberal, em virtude do período da sua concepção, no qual, se verificou um aumento de publicações periódicas, tanto políticas como satíricas. – Ficha da Obra *La Lectura* disponível no catálogo digital da Fundación Goya en Aragón.

⁹ Cf. Bozal, V. (s.d.) *Pinturas negras [Goya]*. Enciclopédia em linha, Museu do Prado, Acedido dia 21 de Abril 2023.

O quadro *Asmodea* é uma alusão direta ao demónio Asmodeo do Livro de Tobias¹⁰. Na versão popularizada de Asmodeo, em “*El diablo cojuelo*”¹¹, este é um demónio conhecido por levantar os telhados das casas para invadir a sua privacidade. Nesta interpretação da obra, o demónio aparece representado na figura feminina de robe carmim, transportando pelo ar don Cleofás¹².

Contudo, a cena bélica, que surge em primeiro plano, com dois militares que apontam as espingardas a um conjunto de populares, parece deslocada desta interpretação. No catálogo de 1900, o museu do Prado renomeou a obra de “*Visão Fantástica*”, propondo uma interpretação alternativa para a cena, na qual, as duas figuras voadoras corresponderiam a bruxas. Antonio Buero Vallejo, no seu poema “*Pinturas Negras*”, oferece uma visão que se enquadra nesta temática:

«Entre os seus fantasmas
apenas uma esperança:
uma criança bruxa
chamada Asmodea.
Talvez apenas um sonho.

Ela era a capitã
dos homens-pássaro
que os seus velhos olhos
viam nas nuvens. (...)»¹³

Neste excerto do poema, a “*Visão Fantástica*” assume uma visão onírica, contudo, esperançosa. Os homens-pássaro, elevam-se para além dos conflitos bélicos que Goya havia testemunhado.¹⁴

As “*Parcas*” que, curiosamente olham a “*Visão Fantástica*”, são uma alusão às deusas do destino da mitologia grega. No mito, as “*Parcas*” são três velhas irmãs: Clotho segura o fuso e tece o fio, substituído no quadro por uma boneca, numa alegoria ao início da vida; Láquesis opera a roca dando continuidade à tecelagem da vida para esta ser cortada por Átropos que segura a tesoura que corta o fio da vida, assinalando o seu fim. No quadro existe ainda uma figura central, supondo-se, o próprio Goya que aguarda o seu destino fatal, contemplando a “visão fantástica” dum futuro homem-pássaro que supera o seu destino.¹⁵

“*El Santo Oficio*” e “*Duelo a Garrotazos*”



Imagem 14. *El Santo Oficio* – Francisco de Goya (1820-1823)

¹⁰ O nome Asmodea é o que consta no inventário das obras do filho de Goya, elaborado em meados do século XIX, em data não especificada, pelo pintor Antonio Brugada (1804-1863).

¹¹ “*El diablo cojuelo*” é uma obra literária do século XVII, de Luís Vélez de Guevara. Asmodeo leva pelo ar don Cleofás levantando os telhados das casas para as invadir.

¹² Na versão original do relato bíblico, Asmodeo era um demónio que aterrorizava a vida de Sara matando todos os seus esposos antes dos casamentos serem consumados. Apenas quando fica prometida a Tobias, o seu sétimo marido, este é salvo pelo arcanjo Rafael quebrando a maldição, podendo esta também constituir uma interpretação alternativa do quadro.

¹³ Vallejo, A. B. (2005) *Pinturas negras*, Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes

¹⁴ De notar, que uma das figuras parece apontar para uma cidade num cimo de um monte, onde se denota edifícios imponentes. Seria esta uma crítica aos que, escondendo-se por detrás de cargos de poder e permanecendo intocáveis no alto do seu monte, sacrificam o seu povo?

¹⁵ Talvez o próprio pintor tenha almejado, no seu tom satírico, troçar da morte ao deixar imortalizado através da tinta o seu próprio destino.

O quadro *Santo Oficio* apresenta como protagonistas figuras clericais. À semelhança de *Duelo a garrotazos* apresenta como pano de fundo as paisagens campestres contrastantes com as personagens obscuras sobrepostas¹⁶.



Imagem 15. *Duelo a garrotazos* – Francisco de Goya (1820-1823)

Em *Santo Oficio*, a figura que lidera o grupo, segura na mão um rolo de papel que o identifica como inquisidor, ao seu lado presumivelmente um frade, seguido de um grupo de velhas celestinas. O restante aglomerado seriam fiéis em peregrinação à fonte de Santo Isidro. A obscuridade do quadro é de sobremaneira maior no canto reservado à inquisição sendo que, à medida que o foco se afasta desta, a luminosidade surge, clareando o caminho dos simplórios.

Na cena *Duelo a garrotazos* trava-se uma batalha sanguinolenta entre irmãos que se encontram em facções opostas da guerra civil, representando a luta entre absolutistas e liberais. Ambos os personagens têm os seus pés enterrados no solo, intensificando o absurdo de uma cena que anuncia uma luta até à morte. Como perfila a indumentária dos duelistas, o sacrifício surge no homem humilde. O clero, em oposição, contempla a cena, distante da mundanidade, seguindo uma agenda opressora e servil à monarquia absolutista de Fernando VII.

“El Perro Semihundido”

O cão semi-enterrado, é talvez um dos quadros mais enigmáticos da colecção.¹⁷ O quadro apresenta características pictóricas únicas, com uma imensidão de espaço vazio e estéril de cores ocre, do qual apenas se destaca a pequena cabeça do cão em tons grises.

A verticalidade do quadro gera, a par do olhar dirigido para cima do cão, o sentimento de desolação¹⁸. *El perro*, aparenta enfrentar o seu destino, a morte, impossibilitado de se mover, sabe-se incapaz de alterar a sua situação. Apesar do seu pendor abstracto, *El perro* é a expressão do *pathos* humano, do tumulto interior, naquela que terá sido das etapas mais frágeis e melancólicas da vida do pintor.



Imagem 16. *El Perro semihundido* – Francisco de Goya (1820-1823)

¹⁶ Anteriormente, nalguns dos painéis murais de ambos os pisos encontravam-se paisagens de cores claras com pequenas figuras, como revelaram as imagens de raios X realizadas no Museu do Prado em 1983, por cima das quais Goya terá pintado por cima, como é o caso de *Duelo a garrotazos* e *Santo Oficio*, dificultando a sua interpretação. Charles Yriarte, na sua monografia sobre o artista, de 1867, referia-se à como “Dos boyeros”, descrevendo os jovens de pé sobre o prado de erva ao invés de semi-enterrados no solo como observamos actualmente no quadro. – Cf. Yriarte, C. (1867) *Goya. Sa biographie. Les fresques, les toiles, les tapisseries, les eaux-fortes et le catalogue de l'oeuvre* Paris: Henri-Plon.

¹⁷ Apesar de ser a única pintura negra que não contém uma figura antropomórfica, como refere Glendinning “O cão parece ser o único ser carinhoso, preocupado, humilde: humano, por assim dizer.” – Glendinning, N. (2004) *Las Pinturas Negras de Goya y la Quinta del Sordo* precisiones sobre las teorías de Juan José Junquera, *Archivo español de arte*. 77(307), 233-246

¹⁸ A obra como a podemos ver hoje, terá perdido algum do seu conteúdo original na sua passagem da parede para o lenço, e após a restauração da mesma pelo Museu do Prado. Nas fotografias de Jean Laurent, das pinturas originais, é possível visualizar o que se assemelha a um rochedo à frente do cão sobre o qual dois pássaros se encontram a voar. – Cf. Ficha da Obra *Perro semihundido* disponível no catálogo digital da Fundación Goya en Aragón. Na versão original, o cão parecia contemplar o voo dos pássaros, conferindo um significado maior à verticalidade presente na obra, acentuando o sentimento de impotência, pois, tal como, em *Asmodea* o voo simboliza aqueles que escapam ao destino.

Considerações finais

As “Pinturas Negras” são a expressão de um ser fragilizado, pela doença, a surdez, o isolamento e pela violência. Contudo, a história de Goya não termina assim. Este mudar-se-ia em 1823 para Bordéus. Aí reencontrou uma *joie de vivre* longe da opressão Fernandina: “Goya, com setenta e nove páscoas floridas [...] gosta da cidade, do campo, do clima, das comidas, da independência e da tranquilidade de que goza”¹⁹, ensinando uma derradeira lição: “*Aún aprendo*”.²⁰

Referências

Bibliografia

- Foradada Baldellou, C. (2010). Los contenidos originales de las Pinturas Negras de Goya en las fotografías de Laurent. Las conclusiones de un largo proceso, *Goya*, 333, 320-339.
- Glendinning, N. (1993). *El Arte y sus Creadores N.º 30: Francisco de Goya (Historia 16)*, Madrid: Información e Historia.
- Glendinning, N. (2004). Las Pinturas Negras de Goya y la Quinta del Sordo precisiones sobre las teorías de Juan José Junquera, *Archivo español de arte*, 77(307), 233-246.
- Hughes, R. (2003) *Goya*, New York: Alfred A. Knopf.
- Matilla, J. M., & Mena Marqués, M. B. (2012). *Goya: Luces y Sombras*, Madrid: Museo Nacional del Prado.
- Mena Marqués, M. B. (2018). La mirada de Goya: retratos innovadores para personajes de excepción, *Goya. Retratos de vascos y navarros*. [Cat. exp.]. Bilbao: Museo de Bellas Artes de Bilbao.
- Matilla, J. M (2008). “Nada. Ello lo dice” in *Goya: en tiempos de guerra*. Madrid: Museo Nacional del Prado.
- Nordström, F. (1962). *Goya, Saturn and Melancholy. Studies in the Art of Goya*, Estocolmo: Alqumimis & Wiksell
- Sánchez Vigil, J. M., & Durán Vázquez, M. (1999). *Madrid en blanco y negro* Madrid: Espasa.
- Vallejo, A. B. (2005) *Pinturas negras*, Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Yriarte, C. (1867) *Goya. Sa biographie. Les fresques, les toiles, les tapisseries, les eaux-fortes et le catalogue de l'oeuvre* Paris: Henri-Plon.

Webgrafia

- Bozal, V. (s.d.) *Pinturas negras [Goya]*. Enciclopédia em linha, Museu do Prado, Acedido dia 21 de Abril 2023 em <https://www.museodelprado.es/aprende/enciclopedia/voz/pinturas-negras-goya/3ac8fe0b-3dd9-4dcd-b1e1-a21877cc8163>
- Glendinning, N. (2021.) *Goya y Lucientes, Francisco de*. Enciclopédia em linha, Museu do Prado, Acedido dia 21 de Abril 2023 em <https://www.museodelprado.es/recurso/goya-y-lucientes-francisco-de/4997b179-627f-4680-9612-13a5162b30e0>
- Simon, L. (2004) *The Sleep of Reason Brings Forth Monsters*. The Free Library, Acedido dia 21 de Abril 2023 em <https://www.thefreelibrary.com/The+Sleep+of+Reason+Brings+Forth+Monsters-a0130144892>

Recursos Audiovisuais

- Albárran, V. Instituto Cervantes Moscú (2020) *Goya y las Pinturas Negras*. [video]. YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=TbhB7CcQJcg>

¹⁹ Nicolás Fernández de Moratín, numa carta a um amigo comum, o abade Juan Antonio Melón, que vivia em Madrid, dizia: “Goya, com as suas setenta e nove Páscoas floridas não sabe o que espera nem o que quer.

Exorto-o a ficar quieto até ao fim da sua licença. Ele gosta da cidade, do campo, do clima, das comidas, da independência e da tranquilidade de que goza. Desde que está aqui, não tem tido nenhuma das doenças que lá se sentem” (14 de Abril de 1825). Retirado de: Mena Marqués, M. B. (2018) La mirada de Goya: retratos innovadores para personajes de excepción, *Goya. Retratos de vascos y navarros*. [Cat. exp.]. Bilbao: Museo de Bellas Artes de Bilbao.

²⁰ Referência ao desenho “*Aún aprendo*” do *Cuaderno de Burdeos I* ou *Cuaderno G*, produzidos por volta de 1825-28, que de acordo com os peritos, é o desenho que melhor resume o espírito de Goya nos últimos anos da sua vida. Matilla, J. M. “*Aun aprendo*”, in Matilla, J. M. & Mena Marqués, M.B. (2012) *Goya: Luces y Sombras*, Madrid: Museo Nacional del Prado. A ficha técnica da obra disponível em catálogo digital do Museu do Prado.

Ligações Externas

Catálogos Digitais

Série “*Desastres de la guerra*”, catálogo digital do Museu do Prado, acedido dia 25 de Abril 2023 em <https://www.museodelprado.es/coleccion/artista/goja-y-lucientes-francisco-de/39568a17-81b5-4d6f-84fa-12db60780812>

Ficha da Obra “*El aquelarre o El gran cabrón*”, catálogo digital do Museo del Prado, acedido dia 25 Abril 2023 em <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/el-aquelarre-o-el-gran-cabron/09559184-cfeb-48fe-8acc-89b070b64d92>

Ficha da Obra “*La Lectura*” (2010) catálogo digital da Fundación Goya en Aragón, acedido dia 25 Abril 2023 em <https://fundaciongoyaenaragon.es/obra/la-lectura/665>

Ficha da Obra “*Perro semihundido*” (2010), catálogo digital da Fundación Goya en Aragón. acedido dia 25 de Abril 2023 em <https://fundaciongoyaenaragon.es/obra/la-lectura/665>

Ficha da obra “*Aun aprendo*”, catálogo digital do Museu do Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/aun-aprendo/f0c1615c-8c5f-4e80-b7bc-702ec9f4d2f3>

Arquivo Digital

Correspondência de Goya com Martín Zapater, Carta de 31 de Maio de 1788, arquivo digital do Museu do Prado, acedido dia 26 de Abril de 2023 em <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/carta-a-martin-zapater-de-31-de-mayo-de-1788/9ac04c74-3431-49ee-9799-354fd94635f3>

Imagens

Imagem 2: Goya, F. (1820-1823) *Dos Viejos*, [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/wd/cde9bf01-7535-4a62-8f73-a22d6a68d9a5>

Imagem 3: Goya, F. (1820-1823) *Dos Viejos comiendo* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/dos-viejos-comiendo/67eecb35-18d3-4377-9482-739713680b42?searchMeta=dos%20viejos%20comiendo>

Imagem 4: Goya, F. (1820-1823) *Una Manola: Leocadia Zorrilla* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/una-manola-leocadia-zorrilla/8dab47d2-3f3c-4612-81f7-5808268e8a76?searchMeta=leocadia>

Imagem 5: Goya, F. (1820-1823) *Saturno devorando un hijo* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/saturno/18110a75-b0e7-430c-bc73-2a4d55893bd6?searchMeta=saturno%20devorando>

Imagem 6: Goya, F. (1820-1823) *Judit y Holofernes* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/judit-y-holofernes/38d175ce-bd7f-4989-9b94-8a675087e848?searchMeta=judit%20y%20holo>

Imagem 7: Goya, F. (1788) *La pradera de san Isidro* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/la-pradera-de-san-isidro/290d61bb-59ac-49e5-a63f-390eb5bdde46?searchMeta=pradera%20de%20san>

Imagem 8: Goya, F. (1820-1823) *La Romería de san Isidro* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/la-romeria-de-san-isidro/d6d92063-15a9-4cfb-a7be-3576a2f8b87e?searchMeta=la%20romeria%20de%20san>

Imagem 9: Goya F. (1820-1823) *El aquelarre o El gran cábron* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/el-aquelarre-o-el-gran-cabron/09559184-cfeb-48fe-8acc-89b070b64d92?searchMeta=el%20aquelarre>

Imagem 10: Goya F. (1820-1823) *La Lectura* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/la-lectura/109e1b5c-6a55-4b14-b8aa-429e562dd350?searchMeta=la%20lectura>

Imagem 11: Goya F. (1820-1823) *Dos mujeres y un hombre* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/dos-mujeres-y-un-hombre/87e805f0-84c5-4de0-ba99-65a4ba8a20e8?searchMeta=dos%20mujeres%20y>

Imagem 12: Goya F. (1820-1823) *Las Parcas* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/las-parcas-atropos/8c8672a8-953e-4c00-9d49-c97fd1ed203f?searchMeta=las%20parcas>

Imagem 13: Goya F. (1820-1823) *Asmodea* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/asmodea/1025ddbf-50b6-41ae-bb8a-006ddde8a791?searchMeta=asmodea>

Imagem 14: Goya F. (1820-1823) *El Santo Oficio* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/el-santo-oficio/00d854fa-9279-477b-b82d-219602d3f3a1?searchMeta=el%20santo>

Imagem 15: Goya F. (1820-1823) *Duelo a garrotazos* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/duelo-a-garrotazos/2f2f2e12-ed09-45dd-805d-f38162c5beaf?searchMeta=duelo%20a%20garr>

Imagem 16: Goya F. (1820-1823) *Perro semihundido* [jpg.] Museo del Prado, <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/perro-semihundido/4ea6a3d1-00ee-49ee-b423-ab1c6969bca6?searchMeta=perro%20semi>

O Contributo de António Maria de Sena para a Psiquiatria em Portugal

Joana Tavares Coelho, Sertório Timóteo

Centro Hospitalar Universitário de São João

E-mails: joana.tavares.coelho@chs.j.min-saude.pt; sertorio.timoteo@chs.j.min-saude.pt

Resumo

António Maria de Sena (1845-1890), primeiro Diretor Clínico do Hospital Conde de Ferreira, é uma das figuras mais importantes da Psiquiatria do século XIX, em Portugal. É reconhecido não só pelo seu trabalho como Diretor da primeira unidade hospitalar psiquiátrica construída de raiz no país, mas também pelo seu contributo para a ciência através de diversas obras, nas quais se destaca a preocupação com a dignidade dos doentes psiquiátricos. Ingressou no curso de Medicina em 1867, após ter estudado Teologia, Filosofia e Matemática. A sua tese de doutoramento, intitulada “Delírio nas Moléstias Agudas”, bem como as suas obras, entre as quais “Os Alienados em Portugal – História e Estatística”, contribuíram significativamente para a compreensão da Psiquiatria. A nível legislativo, estabeleceu a primeira Lei de Saúde Mental em Portugal, denominada Lei Sena (1889). Foi, sem dúvida, um importante marco da história da Psiquiatria em Portugal.

Palavras-chave: António Maria de Sena, Hospital Conde de Ferreira, Lei Sena, Primeira Lei de Saúde Mental, História Psiquiatria Portugal

Abstract

António Maria de Sena (1845-1890), first Clinical Director of *Hospital Conde de Ferreira*, is one of the most important figures of Psychiatry of the 19th century in Portugal. He is recognized not only for his work as Director of the first psychiatric hospital unit built in Portugal, but also for his contribution to science through various works, in which his concern for the dignity of psychiatric patients stands out. He entered into medical school in 1867, after having studied theology, philosophy and mathematics. His doctoral thesis, entitled “*Delírio nas Moléstias Agudas*”, as well as his works, including “*Os Alienados em Portugal – História e Estatística*”, contributed to a deep understanding of Psychiatry. He also established the first Mental Health Law in Portugal, called *Lei Sena* (1889). In fact, he was an important figure in the history of Psychiatry in Portugal.

Keywords: António Maria de Sena, Hospital Conde de Ferreira, Sena Law, first Mental Health Law, history of Psychiatry in Portugal

Introdução

O século XIX foi marcado por inovação, mudança e transformação. António Maria de Sena teve um papel fundamental no avanço da Medicina, e em particular da Psiquiatria, ao promover novos ideais, assumindo particular destaque a sua preocupação com a dignidade dos doentes psiquiátricos. Este artigo tem como objetivo revisitar aspetos da vida, bem como da obra desenvolvida por António Maria de Sena, enaltecendo a sua influência para a transformação vivida na área da Psiquiatria em Portugal.

Aspetos Biográficos

António Maria de Sena, filho de António Maria de Sena e de Ana Josefa de Almeida Melo, nasceu a 1 de janeiro de 1845, no concelho de Seia, distrito da Guarda, em Portugal. Foi também batizado no concelho de Seia, a 12 de janeiro de 1845.

A carreira eclesástica configurava-se como a mais apropriada para si, tendo frequentado o Seminário de Coimbra, onde alcançou a atividade de docente. Mais tarde, em outubro de 1863, ingressou na Faculdade de Teologia em Coimbra, onde estudou até ao 4.º ano, tendo obtido o grau de Bacharel. Meses após ter adquirido este grau, em outubro de 1867, matriculou-se nos cursos de Matemática e de Filosofia. No entanto, as dúvidas em relação ao

seu futuro profissional pareciam permanecer e, aos 22 anos de idade, em 1867, decidiu matricular-se no curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, no sentido de perceber se esta seria a sua verdadeira vocação. Nesta mesma instituição, lecionou Fisiologia e defendeu a sua tese de Doutoramento intitulada “Delírio nas Moléstias Agudas”. Como docente de Fisiologia teve a oportunidade de prestar particular atenção às relações entre o comportamento e o Sistema Nervoso Central, nomeadamente quando se refere à epilepsia, histeria, coreia, catalepsia e nevralgias, doenças que se foram diferenciando dentro das ciências neurológicas. Entre 1870 e 1871 foi redator do jornal quinzenal Estudos Cosmológicos, tendo sido também fundador do jornal Estudos Médicos, do qual foi presidente da Comissão de Redação em 1878. Em agosto de 1878 foi nomeado para estudar Histologia e Fisiologia em França, tendo seguido os cursos de Charcot e Brown-Séquard e, posteriormente, acabou por publicar um relatório dessa atividade.

Foi casado com Dona Isabel Carneiro de Moraes e Sena.

Faleceu a 14 de outubro de 1890, com 45 anos de idade, na freguesia de Arcozelo, no concelho de Vila Nova de Gaia, em Portugal.

Obra

A tese de Doutoramento de António Maria de Sena, intitulada “Delírio nas Moléstias Agudas”, foi publicada no ano de 1876. Neste trabalho, para além de ter dividido os delírios em diversas categorias nosológicas, descreveu as patologias agudas nas quais seria expectável que este sintoma estivesse presente. Por outro lado, a procura incessante por explicações do ponto de vista fisiológico para as alterações encontradas permitiu-lhe concluir que, em termos de prognóstico, na maioria das vezes o delírio apresenta difícil resolução, sendo pior se se verificar predisposição do indivíduo para a alienação mental. Para António Maria de Sena, a loucura era o resultado de uma relação entre o indivíduo e o meio externo. Assim sendo, o mínimo estímulo do meio ambiente seria suficiente para despoletar alterações de comportamento num indivíduo que tivesse a referida predisposição. Abordou ainda o conceito de “temperamento vesânico”, por influência da Escola Inglesa, que segundo descreveu afetaria pessoas portadoras de anomalias psíquicas hereditárias, dando origem “*à iniludível lei da herança, na grande maioria dos casos, esses produtos serão recrutados para um novo exército de loucos*”.

Ao longo da sua vida, foi ainda autor de diversas obras que representam um contributo essencial para a compreensão da especialidade de Psiquiatria em Portugal, com destaque para “Os Alienados em Portugal – História e Estatística” (1884) e “Os Alienados em Portugal – História e Estatística: Hospital Conde Ferreira” (1885), nas quais se encontram descritos os primeiros estudos estatísticos sobre alienação no país.

No âmbito da sua obra, é ainda importante mencionar os trabalhos de António Maria de Sena publicados em revistas científicas, entre os quais, para além da tese de Doutoramento acima referida, se salientam “*Analyse Espectral do Sangue*” (Coimbra, 1876), o relatório da sua viagem científica a França (Coimbra, 1879) e ainda “Os atestados médicos para admissão de doentes nos hospitais de alienados” (Porto, 1883).

Hospital Conde de Ferreira

Em Portugal, até ao século XIX, os doentes com patologia psiquiátrica eram internados ou detidos em condições sanitárias precárias. A 24 de março de 1883 foi inaugurada a primeira unidade hospitalar construída de raiz no país para o tratamento de doentes psiquiátricos, o Hospital Conde Ferreira, no Porto. Dois anos antes, em 1881, António Maria de Sena, com 36 anos de idade, foi nomeado por parte da Santa Casa da Misericórdia do Porto para o cargo de Diretor do Hospital Conde Ferreira, tendo tomado posse como primeiro Diretor deste hospital a 3 de março de 1881, após ter viajado pela Europa, onde teve a oportunidade de visitar diversos estabelecimentos psiquiátricos. A verdade é que António Maria de Sena iniciou o seu trabalho como Diretor mesmo antes de o Hospital Conde Ferreira ter aberto as suas portas em 1883, na medida em que a sua nomeação para tal cargo determinou o início das suas funções, entre as quais se destaca a elaboração do primeiro regulamento do hospital. Para além disso, como Diretor do Hospital Conde de Ferreira, concretizou uma relevante obra assistencial, pautada por novos ideais e tendências, transformadora na época, tendo feito desta instituição um centro de estudo e investigação de onde surgiram ilustres figuras, que foram seus discípulos, entre os quais Júlio de Matos e Magalhães Lemos.

O nome do Hospital Conde Ferreira deve-se a Joaquim Ferreira dos Santos, Conde Ferreira, que faleceu a 24 de março de 1866, tendo uma das disposições do seu testamento contemplado 678 000\$000 réis para a edificação de um hospital para alienados, construído de raiz, na cidade do Porto, onde viveu durante os últimos anos da sua vida.

O hospital foi edificado a nordeste da cidade, tendo a sua arquitetura sido inspirada no Hospício Pedro II, inaugurado em dezembro de 1852, no Rio de Janeiro, no Brasil. Esta instituição apresentava uma superfície com cerca de 120000 metros quadrados, permitindo a existência de amplas áreas de jardins e de cultivo à volta do edifício principal do hospital. Os doentes encontravam-se alocados a duas divisões distintas – a ala norte destinava-se a doentes do sexo masculino e a ala sul a doentes do sexo feminino. Por sua vez, o edifício principal dividia-se em três secções – duas delas estavam destinadas à habitação dos doentes, enquanto que a terceira, no corpo central do edifício, era onde se encontravam as instalações dos serviços gerais, o gabinete do Diretor, a casa de aceitação e o laboratório de Antropologia. Sabe-se ainda que o hospital era composto por 14 enfermarias, distintas entre si, de acordo com o estadió da doença e a categoria social, sendo que o valor pago por cada classe determinava a qualidade da assistência que lhe era prestada (à exceção da classe indigente, cujo tratamento era gratuito).

É importante referir que, numa época em que a preocupação higienista estava a ganhar importância progressiva, este hospital foi o primeiro a implementar “*medidas profiláticas de higiene e profilaxia das doenças mentais*” (Lemos, 1907, 34), o que se deveu a António Maria de Sena, Diretor do hospital na época. Tal permitiu que o número de doentes admitidos fosse progressivamente aumentando. Ora, no dia da inauguração, foram recebidos os primeiros 20 doentes. Cerca de 9 meses após a inauguração, há registos de que o número de doentes admitidos na instituição seria já de 134. E a verdade é que ao verificar-se este aumento gradual do número de admissões, a aprovação do projeto de lei de beneficência pública dos alienados tornou-se cada vez mais necessária, na medida em que se previa expandir o plano de apoio aos doentes psiquiátricos, através da construção de instituições especificamente destinadas ao seu acolhimento. Paralelamente, o número de enfermarias com doentes incuráveis que ali permaneciam era cada vez maior, agravando a situação dos doentes com patologia aguda que aguardavam admissão e cujo tratamento não poderia ser iniciado tão breve quanto desejado, por falta de vagas no hospital. Por causa desta situação, o autor da lei mencionada, António Maria de Sena, previa ainda a edificação de um asilo destinado a alienados incuráveis, nas proximidades do Hospital Conde Ferreira, para tentar solucionar a situação descrita. Por outro lado, e de forma a tentar remediar a situação, o hospital decidiu abrir consultas externas, três dias por semana.

Outro aspeto inovador introduzido pelo Hospital Conde Ferreira relacionava-se com as “saídas temporárias” do hospital. Estas saídas, com o parecer do Diretor, destinavam-se aos doentes convalescentes e tinham como finalidade habituá-los à vida comum, o que se revelava benéfico, sendo que, a qualquer momento e em caso de recaída, os doentes poderiam ser reintegrados no hospital de forma imediata. Por outro lado, para além da prestação de cuidados aos doentes, este hospital afirmava-se como uma instituição de assistência às próprias famílias dos doentes internados, através do esclarecimento acerca da evolução da doença e do respetivo tratamento instituído. No entanto, apesar do esforço para envolver os familiares/cuidadores no acompanhamento e melhor compreensão do quadro clínico, a sociedade no começo do século XX parecia continuar resistente a esse contacto próximo com a doença mental – “*as visitas aos doentes pelas famílias ou pessoas amigas tem sido frequentes, mas não em proporção do numero de enfermos. Muitos não são procurados, e alguns muito poucas vezes*” (Senna, 1887, 148). Apesar desta distância e de uma certa repugnância, foi-se gerando uma crescente curiosidade centrada não só nos doentes psiquiátricos, mas também relacionada com o hospital que os acolhia, ao ponto de terem começado a surgir pedidos de visita ao Hospital Conde Ferreira. Coube a António Maria de Sena, enquanto Diretor do hospital, autorizar tais pedidos, após exaustiva ponderação – por um lado, considerava que expor os doentes com patologia mental poderia não ser correto do ponto de vista ético; por outro lado, visitar a instituição poderia constituir uma possibilidade de desmistificação acerca de falsas crenças relacionadas com este tipo de hospitais, permitindo consciencializar a população. Assim, a partir de 1 de setembro de 1883, o Hospital Conde Ferreira passou a receber visitas, com registo de 2712 visitantes, entre 1883 e 1885. Salientam-se as visitas do diplomata General Ramon Corona, ministro do México em Lisboa, em 1884, do Infante D. Afonso, em julho de 1903 e de D. Manuel II, em 1908. (Senna, 1887, 147).

No que diz respeito à terapêutica inicialmente instituída no Hospital Conde Ferreira, importa destacar o papel da hidroterapia, que englobava tanto duches como banhos de imersão, alguns dos quais com efusões frias, sobretudo em doentes agitados. E a verdade é que António Maria de Sena atribuía um papel relevante a este tipo de terapia – “*Um medico allemão, do periodo metaphysico da psiquiatria, dizia que, sem um padre no asylo para investigar as causas da loucura e exercer nos doentes a influencia da sua divina auctoridade, não se encarregaria de dirigir um serviço d’alienados. Eu direi que, sem um bom estabelecimento hydroterapico, não tomaria conta da direcção d’um estabelecimento de tratamento d’alienados*” (Senna, 1887, 68). Para além disso, também faziam parte das medidas terapêuticas desta instituição meios farmacológicos, nomeadamente brometo de potássio, ergotina e ainda ópio, em casos de insónia ou agitação extrema, e em 1922 foi instalado um gabinete para eletrotratamento. No Hospital Conde Ferreira existiam ainda salas de recreio com piano e bilhar, bem como teatro, espaço para concertos de música e oficinas

práticas, onde eram realizadas diversas atividades de forma a complementar o processo terapêutico. De facto, o tratamento psiquiátrico realizado no Hospital Conde Ferreira neste período evidencia que esta instituição acompanhou a evolução científica que permitiu que a doença mental deixasse de ser encarada como algo “sobrenatural” para passar a ser vista como uma entidade com semiologia e terapêutica próprias.

O Hospital Conde de Ferreira foi, sem dúvida, um marco relevante na melhoria na qualidade de vida de inúmeros doentes psiquiátricos e das suas respetivas famílias.

Lei Sena

A nível legislativo, António Maria de Sena estabeleceu, na segunda metade do século XIX, a primeira lei psiquiátrica em Portugal, que foi batizada com o seu apelido, tendo sido denominada Lei Sena. Esta lei foi oficializada no dia 4 de julho de 1889 e dividia o país em quatro áreas, prevendo a construção ou requalificação de hospitais psiquiátricos nessas áreas (Lisboa, Coimbra, Ilha de São Miguel e Porto), complementares ao Hospital Conde de Ferreira. Por outro lado, esta lei também previa a existência de enfermarias psiquiátricas anexas às prisões. O financiamento para a concretização da lei foi obtido através da criação de um “fundo de beneficência pública dos alienados”, composto por um imposto especial de selo que incidia sobre vários documentos oficiais.

Conclusões

António Maria de Sena foi, sem dúvida, uma das figuras mais importantes do alienismo português no final do século XIX. Assumiu um papel fundamental como Diretor do Hospital Conde de Ferreira, instituição que desempenhou uma função preponderante na melhoria dos cuidados prestados aos doentes psiquiátricos e às respetivas famílias, em Portugal. Por outro lado, no âmbito dos seus trabalhos científicos, contribuiu de forma significativa para o avanço da ciência e, em particular, da Psiquiatria. Assim, pode-se afirmar que representa um importante marco na história da Psiquiatria em Portugal.

Fontes e bibliografia final

- Candeias, A., & Esteves, A. (2015). *António Maria de Sena – Uma Narrativa*. Acedido a 28 de abril de 2023, em https://www.researchgate.net/publication/320235617_Antonio_Maria_de_Sena_-_Uma_Narrativa.
- Museu e Igreja da Misericórdia do Porto (2023). *António Maria de Sena: Psiquiatra | 1.º Diretor Clínico do Hospital Conde de Ferreira*. Acedido a 28 de abril de 2023, em <https://www.mmipo.pt/pt-pt/obras/antonio-maria-de-sena>.
- Pereira, A. L. (1986). A Institucionalização da Loucura em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, 85-100.
- Pereira, P. T., Gomes, E., & Martins, O. (2018). A alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *História: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 6, 99-128.
- Rodrigues, M. A. (1992). *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra.
- Sena, A. M. (2003). *Os Alienados em Portugal, I – História e Estatística, II – Hospital do Conde de Ferreira*. Lisboa: Ulmeiro. (Original publicado em 1884).
- Sena, A. M. (1883). *Os Attestados Medicos para Admissão de Doentes em Hospitaes d'Alienados*. Porto: Typographia Elzeviriana.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2022). *António Maria de Sena – o primeiro grande psiquiatra português, aquele que em 1884 falou de impulsão suicida, 30 anos antes de Freud*. Acedido a 28 de abril de 2023, em https://www.spsuicidologia.pt/biblioteca/artigos_dt.php-artigoid-13.
- Universidade de Coimbra (2023). *História da Ciência na UC: Sena, António Maria de (1845-1890)*. Acedido a 28 de abril de 2023, em https://www.uc.pt/org/historia_ciencia_na_uc/autores/SENA_antoniomariade.

O Peso da Fama: A Anorexia Nervosa de Karen Carpenter

Mariana Maia Marques, Inês Grenha, Teresa Novo

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

E-mails: mariana.assuncao.marques@ulsam.min-saude.pt, ana.senra.rodrigues@ulsam.min-saude.pt, teresa.novo@ulsam.min-saude.pt

Resumo

A Anorexia Nervosa é uma Perturbação do Comportamento Alimentar caracterizada por restrição da ingestão calórica marcada, peso corporal significativamente baixo, medo mórbido de engordar e distorção da própria imagem corporal. É uma doença de tratamento difícil, com consequências graves, podendo ser fatal. Atinge principalmente as mulheres e está associada a pressão sociocultural, culto da imagem e da magreza. Este trabalho tem como objetivo ilustrar o impacto da Anorexia Nervosa no mundo artístico, através da descrição do caso emblemático de Karen Carpenter.

Karen foi uma famosa cantora e baterista, pertencente à banda *Carpenters*, que viveu entre 1950 e 1983. Sofria de Anorexia Nervosa desde jovem, doença pouco conhecida na época. Além da restrição alimentar, praticava exercício físico vigoroso e consumia grandes quantidades de laxantes. Faleceu aos 32 anos por paragem cardíaca, associada a consequências da Anorexia. A sua morte levou a uma maior visibilidade e consciência sobre a Anorexia Nervosa.

Palavras-chave: perturbações do comportamento alimentar, anorexia nervosa, Karen Carpenter

Abstract

Anorexia Nervosa is an eating disorder characterized by marked food restriction, low body weight, morbid fear of gaining weight and body image distortion. It is a difficult to treat disease, with serious consequences, which can be fatal. It mainly affects women and is associated with sociocultural pressure, the cult of image and thinness. This work aims to illustrate the impact of Anorexia Nervosa in the artistic world, through the description of the emblematic case of Karen Carpenter.

Karen was a famous singer and drummer, belonging to the band *Carpenters*, who lived between 1950 and 1983. She suffered from Anorexia Nervosa since young age, which was little known at the time. In addition to food restriction, she exercised vigorously and consumed large amounts of laxatives. She died with 32 years-old due to cardiac arrest, associated with consequences of anorexia. Her death led to greater visibility and awareness of Anorexia Nervosa.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, Karen Carpenter

Introdução

A Anorexia Nervosa é a Perturbação do Comportamento Alimentar mais paradigmática, pois, apesar de não ser a mais prevalente destas perturbações, apresenta maior gravidade e tem afetado figuras conhecidas do grande público. As Perturbações do Comportamento Alimentar, caracterizadas por anomalias no padrão alimentar, são doenças crónicas, incapacitantes, de tratamento difícil e com consequências graves a nível físico, psicológico e social, podendo ser fatais. Além da Anorexia Nervosa, são também Perturbações do Comportamento Alimentar a Bulimia Nervosa, a Perturbação de ingestão alimentar compulsiva, a Perturbação de evitamento da ingestão alimentar, a Pica e a Perturbação de ruminação (Saraiva, 2014).

Este trabalho tem como objetivos alertar para os riscos da Anorexia Nervosa, abordando a sua etiologia, características físicas e psicopatológicas, e ilustrar o impacto da Anorexia Nervosa no mundo artístico. Para tal, utilizou-se a descrição do caso emblemático de Karen Carpenter, o primeiro a consciencializar o público para este tema.

Anorexia Nervosa

Todas as Perturbações do Comportamento Alimentar partilham uma psicopatologia nuclear comum: a influência indevida do peso e forma corporais na autoavaliação dos doentes (Saraiva, 2014). A Anorexia Nervosa destaca-se

de entre as Perturbações de Comportamento Alimentar por apresentar maior risco para a saúde, sendo potencialmente fatal.

A Anorexia Nervosa (AN), que deriva do termo grego para “perda de apetite” e de uma palavra latina implicando origem nervosa, constitui uma síndrome caracterizada por três critérios essenciais: restrição alimentar autoinduzida; busca incessante por magreza; e sinais e sintomas físicos resultantes da restrição alimentar. A estes três critérios é frequente associar-se uma distorção da imagem corporal (Kaplan, 2017).

O quadro clínico de Anorexia Nervosa tem, geralmente, início com uma dieta restritiva, cada vez mais severa, associada a exercício físico intenso. Os indivíduos começam apenas por excluir da sua dieta os alimentos mais calóricos. Posteriormente, diminuem o volume e a frequência das refeições. Esta restrição alimentar, progressivamente, pode atingir proporções extremas, mesmo após o peso corporal inicialmente pretendido ser atingido. De facto, à medida que o peso corporal diminui, é comum aumentar a insatisfação com a autoimagem e, principalmente, o medo de ganhar peso novamente (Saraiva, 2014).

Em termos comportamentais, é frequente os indivíduos com Anorexia Nervosa evitarem realizar refeições com a família ou em locais públicos, preferindo comer sozinhos ou em horários desfasados. Por norma, desenvolvem um comportamento peculiar em relação à comida: cortam os alimentos em pedaços pequenos e passam muito tempo a reorganizá-los no prato; e escondem comida em guardanapos ou nos bolsos (Kaplan, 2017). Apesar do significado do termo *anorexia*, a perda de apetite nesta perturbação é rara (apenas quando se verifica uma evolução prolongada da doença). Estes doentes, além de sentirem fome intensa, desenvolvem uma paixão por comida: apresentam pensamentos constantes acerca de comida; colecionam receitas; e cozinham refeições muito elaboradas para outras pessoas (Kaplan, 2017).

Sistematizando, de acordo com as classificações diagnósticas das Perturbações Psiquiátricas em utilização atualmente, as principais características diagnósticas da Anorexia Nervosa são:

- Peso significativamente abaixo do esperado para a idade, sexo e estágio de desenvolvimento (IMC < 17,5 kg/m²¹ ou peso corporal 15% abaixo do nível normal mínimo);
- Restrição alimentar marcada, autoinduzida;
- Medo patológico de engordar;
- Pressão interna patológica para a magreza, que se traduz num desejo intenso de ser magro;
- Marcada perturbação cognitiva e emocional da autoimagem e da imagem corporal, que surge distorcida, geralmente, na forma de sobrestimação do peso e sobrevalorização do volume das formas corporais;
- Influência excessiva do peso/forma do corpo no valor pessoal, que origina distorções do autoconceito;
- Falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal (WHO, 2019) (APA, 2013).

A Anorexia Nervosa pode ainda ser dividida em dois subtipos:

- Anorexia Nervosa do tipo Restritivo, em que o meio primário de perda de peso é a limitação à ingestão alimentar (dietas rigorosas, jejum...);
- Anorexia Nervosa do tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo, em que a perda de peso é conseguida através de dieta restritiva alternada com episódios de empanurramento, compensados por autoindução de vômito, abuso de laxantes ou diuréticos, e/ou exercício físico excessivo (APA, 2013).

Existem, ainda, descrições de casos de anorexia nervosa caracterizados por episódios de purgação repetitiva sem compulsão alimentar prévia, após a ingestão de poucas calorias.

Características e complicações físicas da Anorexia Nervosa

Estima-se que a maioria dos casos de Anorexia Nervosa demorem cerca de 5 anos desde o início do quadro clínico até à procura de ajuda médica (Gender, 2012). Adicionalmente, o recurso aos cuidados de saúde por estes doentes surge, na maioria das vezes, por sintomatologia acessória, como alterações gastrointestinais ou desregulação menstrual (Saraiva, 2014).

De facto, o indivíduo com Anorexia Nervosa experiencia sintomatologia médica significativa, como consequência da diminuição do aporte alimentar. Um sistema particularmente afetado nos doentes com AN é o Sistema

¹ IMC: Índice de Massa Corporal. IMC normal: 20 a 25 Kg/m².

Endócrino. Mais especificamente, perturbações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que originam frequentemente: amenorreia (ausência de menstruação); diminuição do interesse sexual ou impotência sexual; e alterações na hormona de crescimento e do cortisol. Além da disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, são também frequentes alterações da função tiroideia, da secreção de insulina (hipoglicemias frequentes) e do metabolismo ósseo, que leva a osteoporose e fraturas ósseas frequentes (Semple, 2013).

Em crianças e adolescentes com AN, é também frequente verificar-se um atraso ou prolongamento da puberdade. Esta perturbação manifesta-se com redução ou atraso do crescimento, amenorreia primária e atraso no aparecimento dos caracteres sexuais secundários (nomeadamente, ausência do crescimento mamário nas mulheres) (Semple, 2013).

Além das alterações endócrinas, na AN verificam-se também alterações de outros sistemas: alterações gastrointestinais, que originam sintomas como obstipação e distensão gastrointestinal; renais (cálculos renais); hematológicas, nomeadamente anemia; homeostáticas, verificando-se um aumento da sensibilidade ao frio, por apresentarem baixas reservas de gordura corporal; alterações circadianas, como insónia terminal; e, finalmente, alterações cardíacas, como bradicardia, hipotensão arterial e arritmias cardíacas (caso se verifiquem desequilíbrios eletrolíticos), que se podem manifestar com tonturas, síncope e, no pior dos cenários, falência cardíaca, que pode levar à morte (Kaplan, 2017).

Dadas estas dramáticas consequências médicas, que podem ser difíceis de reverter, é fundamental realizar-se um diagnóstico atempado da AN. Existem sinais físicos muito frequentes que podem auxiliar no reconhecimento desta síndrome. Destes sinais, destaca-se: pele seca e flácida; palidez cutânea; hipotermia (mãos e pés frios); lanugo (pelos finos) nas costas, antebraços e face; cabelo e unhas frágeis; erosão da superfície interna dos dentes e hipertrofia das glândulas salivares (provocada pelo vômito frequente); e calosidades nas falanges das mãos (pela indução manual do vômito), designadas sinal de Russel. (WHO, 2019)

Psicopatologia da Anorexia Nervosa

Na Anorexia Nervosa, o mecanismo principal é a ênfase altamente desproporcional colocada na magreza como uma fonte vital, por vezes, a única fonte de autoestima. Nesta doença, o peso corporal e a forma física constituem a preocupação principal, que domina todos os pensamentos, humor e comportamentos. Estes pensamentos podem tomar a forma de ideias sobrevalorizadas acerca do corpo, do peso corporal, e da sua influência no valor pessoal. Alguns doentes experienciam uma “voz anorética”, como se ouvissem, na sua mente: “se comeres isso ficarás gorda para sempre”. Além destas ideias sobrevalorizadas, estes doentes também apresentam pensamentos obsessivos sobre comida, e rituais centrados na alimentação, no balanço calórico, no corpo e no exercício físico (Kaplan, 2017).

A presença de humor depressivo e o predomínio de emoções negativas, como baixa autoestima, são muito frequentes nesta patologia, podendo constituir aspetos primários da doença ou surgir secundariamente aos processos orgânicos e psicológicos da AN. Alterações do sono, predominantemente insónia terminal, são também comuns.

Em termos psicopatológicos, outro aspeto central na Anorexia Nervosa é o desenvolvimento de instabilidade emocional, ansiedade e irritabilidade marcada, o que contribui para uma maior sensibilidade destes doentes aos conflitos relacionais. Esta irritabilidade pode ser intensificada pelo estado nutricional deficitário dos doentes. Outra importante consequência fisiológica da desnutrição é uma inquietação psicomotora e hiperatividade. Contudo, esta também constitui uma forma de perder peso (os doentes passam horas a fazer exercício, de formas bizarras, como subir e descer escadas, treinos noturnos, muitos abdominais, cerrar os punhos...) (Kaplan, 2017).

Adicionalmente, os doentes com Anorexia Nervosa também apresentam, frequentemente, rigidez cognitiva, dificuldades em verbalizar emoções, sentimentos e sensações corporais, dificuldades de concentração, diminuição do interesse sexual e isolamento social (Saraiva, 2014).

Etiologia da Anorexia Nervosa

Genética e neurobiologia:

É conhecido que a Anorexia Nervosa possui uma hereditariedade significativa. Apesar dos genes individuais ainda não terem sido identificados, sabe-se que familiares de primeiro grau de doentes com AN têm 11 vezes mais risco de desenvolver a doença.

Em termos neurobiológicos, está estudada a ocorrência de perda de volume cerebral, através do alargamento dos ventrículos e dos sulcos cerebrais, em doentes com AN. A esta alteração designou-se “pseudoatrofia cerebral”, porque é corrigida com o aumento do peso corporal. Neuroquimicamente, estão também descritas alterações nos

sistemas de autorregulação (uma maior rigidez cognitiva que se sobrepõe à pulsão pela comida e ao prazer associado à recompensa) e alterações no sistema de recompensa, visto que doentes com AN têm tendência a adiar a recompensa (Saraiva, 2014).

Fatores ambientais:

Na história pessoal de um doente com AN, é frequente estar presente uma história de adversidade na infância, nomeadamente, negligência, abuso sexual ou físico, e outras experiências negativas, como experiências de humilhação, preconceito e *bullying* relacionados com o peso.

Por outro lado, também se verifica uma vulnerabilidade para a AN associada à adolescência, pois este é um período crítico do desenvolvimento, com intensas mudanças fisiológicas e psicossociais, com frequentes sentimentos de desamparo e dificuldades em estabelecer autonomia. A AN pode surgir como uma reação à exigência de que os adolescentes se comportem de forma mais independente e aumentem o seu funcionamento social e sexual. Assim, adolescentes com AN substituem as preocupações adolescentes normativas por preocupações com a alimentação e o ganho de peso (Saraiva, 2014).

Traços de Personalidade:

Particularmente comum nos doentes com AN, são os níveis elevados de perfeccionismo. Este é um traço de personalidade transmissível entre famílias e constitui um fator de risco para desenvolvimento de Perturbações do Comportamento Alimentar. O perfeccionismo, nestes doentes, pode também estar associado a traços de personalidade obsessivo-compulsiva.

A presença de baixa autoestima é também uma característica central nestes indivíduos, assim como a tendência para a emocionalidade negativa; elevada sensibilidade à crítica e avaliação externa; propensão à autoavaliação; visão excessivamente rígida e negativa de si próprio e dos outros; e elevados níveis de insegurança (Saraiva, 2014).

Fatores Familiares:

O perfil familiar mais comum em doentes com AN são famílias disfuncionais, com má delimitação de papéis e excessivamente críticas. As mães, por norma, apresentam elevados níveis de perfeccionismo e elevadas expectativas para os filhos.

Minuchin, em 1978, sugeriu um padrão familiar específico da AN, que se caracterizava por: uma família aglutinada, com um padrão de sobreproteção, rigidez e conflitos familiares ou de casal não resolvidos. Neste padrão, a AN de um adolescente servia o propósito de desviar a atenção das relações conjugais tensas e prevenir a dissolução da família (Saraiva, 2014).

Epidemiologia da Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa apresenta uma prevalência global de 5 a 8 casos por 100 000 habitantes num ano, sendo a sua prevalência em Portugal de 0,4% (*versus* Bulimia Nervosa: 2%). A Anorexia Nervosa afeta 10 vezes mais o sexo feminino (rácio 10F: 1M).

Habitualmente, tem início na adolescência, estando descritos dois picos, aos 14 e aos 16 anos. Raramente se inicia após os 30 anos. No sexo masculino, surge mais frequentemente pelos 12 anos.

A Anorexia Nervosa possui a maior taxa de mortalidade das perturbações psiquiátricas, de 10 a 15%. Um terço das mortes são por suicídio e dois terços ocorrem por complicações físicas da AN (eventos cardíacos) (Saraiva, 2014).

História da Anorexia Nervosa

O primeiro relato de Anorexia Nervosa aconteceu no séc. XIII, Santa Catarina de Siena, que jejuou até à morte. Em 1694, Richard Morton realizou a primeira descrição clínica de AN. Foi nomeada como entidade independente por Charles Laségue, em 1873, por *anorexie hystérique*. William Gull, finalmente, renomeia a apesia histérica em Anorexia Nervosa.

Em 1889, Charcot introduziu o conceito de *idée fixe d'obésité* como motivação central da Anorexia Nervosa e enfatizou o papel da família na génese da doença. Em 1895, a emblemática Imperatriz Sissi da Áustria é diagnosticada com um estado de desnutrição (que corresponderia a AN).

Está descrito que a Anorexia Nervosa tem mantido as suas características inalteradas ao longo do tempo. Contudo, nos dias de hoje, existe uma pressão sociocultural pelo culto da imagem e da magreza como arquétipo da beleza, que constitui um fator predisponente para AN. Atualmente, esta doença é mais prevalente em profissões que

encorajam a magreza, tal como a moda, *ballet* e o desporto de alta competição. Adicionalmente, destaca-se a importância dos média e pressão dos pares para o culto do corpo e para a competitividade.

O caso emblemático de Karen Carpenter

Karen foi uma famosa cantora e baterista americana, pertencente à banda *Carpenters*, que era constituída por Karen e o seu irmão Richard Carpenter. Karen nasceu em 1950 e faleceu aos 32 anos, em 1983, por paragem cardíaca, associada a consequências da Anorexia Nervosa. É considerada a primeira celebridade do mundo ocidental com o diagnóstico de Anorexia Nervosa com desfecho fatal.

A carreira de Karen Carpenter:

Karen vivia com os pais e com o irmão Richard, três anos mais velho que ela, em New Haven. Richard desenvolveu um interesse pela música desde cedo, tornando-se um prodígio do piano. Aos 4 anos, Karen foi matriculada em aulas de sapateado e *ballet*. Em 1963, aos 14 anos, Karen mudou-se com a família para a Califórnia, por o seu pai ter obtido uma oferta de emprego.

Na Escola Secundária, Karen entrou para a banda da escola, tendo começado aí a sua paixão pela bateria. Aprendeu a tocar bateria com uma colega de turma. Em 1965, Karen (baterista), Richard (pianista) e um amigo Wes Jacobs (baixista) formaram o *Richard Carpenter Trio*, uma banda de jazz instrumental. Em 1967, Karen matriculou-se em música na Universidade do Estado da Califórnia, onde participou no coro da faculdade com o seu irmão. Foi o ensaiador desse coro o primeiro a reconhecer as qualidades da voz de Karen.

A banda *Carpenters* surgiu em 1969. Karen começou como baterista e co-vocalista do grupo. A banda obteve logo grande sucesso com os seus 2 primeiros álbuns. Inicialmente, devido à sua timidez, Karen cantava todos os seus vocais por trás da bateria. Deste modo, era difícil para o público dos concertos conseguir ver Karen, pelo que a banda recebeu críticas sobre o posicionamento dela no palco. Aí, Karen foi persuadida a ficar ao microfone para cantar, enquanto outro músico tocava bateria. Inicialmente, teve dificuldades em cantar a solo ao vivo, pois sentia-se mais segura escondida atrás da bateria.

Apesar das ótimas críticas à sua voz, Karen sempre se considerou “uma baterista que cantava”.

A vida pessoal de Karen Carpenter:

Karen viveu com os seus pais até aos 24 anos. Pensa-se que tinha uma relação complicada com os seus pais. Estes sempre apoiaram o talento de Richard como pianista, mas não valorizavam as aptidões artísticas de Karen, tendo sido surpreendidos com o sucesso dela na música.

Karen casou-se em 1980 com Thomas Burris, um empresário. Ela queria ter filhos, mas Thomas tinha feito uma vasectomia e negou-se a procurar alternativas, o que deixou Karen muito perturbada. Há relatos de que Thomas tinha um comportamento agressivo e abusivo com Karen. Foi um casamento conturbado, mas curto, pois esta pediu o divórcio em outubro de 1982, após 14 meses de casamento.

A Anorexia Nervosa de Karen Carpenter

Durante a adolescência, Karen começou a preocupar-se com a sua forma física. Há relatos de que fez a sua primeira dieta durante o ensino secundário, tendo atingido 54 kgs, peso que manteve por um longo período. Em 1973, quando *Carpenters* estavam no seu auge, Karen viu uma foto sua num concerto em que a sua roupa a fazia parecer mais gorda. Nesse momento, contratou um treinador pessoal, que alterou a sua dieta. Contudo, com esse novo treino, ganhou massa muscular, passando a sentir-se mais pesada. Por essa razão, despediu o treinador e começou o seu próprio programa de perda de peso, através de exercício físico intenso e de contagem de calorias.

Em 1975, Karen pesava apenas 41 kgs. Está descrito que ela recusava comida e oferecia alimentos do seu prato, para que não precisasse de os comer. Nesta fase, após verem a sua aparência emagrecida, os fãs começaram a questionar a banda acerca do seu estado de saúde. Em palco, para evitar ser perturbada com este assunto, Karen passou a vestir roupas mais largas e várias camadas de tecidos.

Em 1980, durante o seu casamento infeliz, Karen passou a consumir mais laxantes, indutores de vômito e medicamentos para a tiroide (que aceleravam o metabolismo). Nas palavras de Karen, “*I may not be in control of anything else, but I am in control of my body.*”.

Em 1981, Karen admitiu publicamente estar “exausta” e pediu ajuda ao seu irmão. Aí, iniciou tratamento com um psicoterapeuta. Contudo, apesar do tratamento realizado e dos laxantes que Karen usava terem sido confiscados,

ela continuou a perder peso. Em 1982, Karen foi internada, onde está descrito que realizou nutrição intravenosa, e conseguiu ganhar algum peso. Infelizmente, não terá sido suficiente. A última aparição pública de Karen foi a 11 de janeiro de 1983, com o seu irmão, na cerimónia dos *Grammys*.

A morte de Karen Carpenter

Em 4 de fevereiro de 1983, aos 32 anos, Karen foi encontrada morta no seu quarto, na casa dos seus pais. A autópsia revelou que ela não tinha consumido nenhum tipo de droga ilícita, mas apresentava uma grande quantidade de emetina (um indutor do vômito, produzido a partir de uma planta) no sangue.

A Anorexia Nervosa não era muito conhecida na época. Por isso, a morte de Karen Carpenter chamou a atenção dos média para a Anorexia Nervosa. A sua trágica morte levou a uma maior visibilidade e consciência sobre as perturbações alimentares.

Psicopatologia nas canções de Karen Carpenter

Karen utilizou a música como forma de expressão emocional. Seguidamente, estão apresentados excertos de canções escritas por si, para a banda Carpenters, que ilustram a psicopatologia que estaria a experienciar relacionada com a Anorexia Nervosa:

- Perfeccionismo – *I know I ask perfection of a quite imperfect world / And fool enough to think that's what I'll find*
- Preocupação com a forma corporal – *It's gonna take some time this time / To get myself in shape / I really fell out of line this time / I really missed the gate*
- Desesperança – *Sometimes I'd like to quit / Nothing ever seems to fit*
- Humor deprimido – *Hanging around / Nothing to do but frown / Rainy days and Mondays always get me down / (...) What I've got they used to call the blues*
- Não pertença – *Nothing is really wrong / Feeling like I don't belong*
- Solidão – *Walking around / Some kind of lonely clown*
- Menos-valia – *I'll say goodbye to love / No one ever cared if I should live or die*
- Desesperança – *There are no tomorrows for this heart of mine*

Conclusão

A Anorexia Nervosa é uma perturbação psiquiátrica grave, caracterizada por uma evolução gradual, com elevado sofrimento psicológico associado. O seu tratamento é difícil, requer acompanhamento psicoterapêutico especializado e prolongado, assim como, frequentemente, farmacoterapia e, em casos de risco elevado, internamento. Contudo, mesmo que se apliquem todas as estratégias terapêuticas disponíveis, estima-se que num quinto dos casos, a doença persista, podendo ter um desfecho fatal.

Karen Carpenter possuía níveis elevados de perfeccionismo, timidez caracterial e baixa autoestima. Estas características, associadas a uma família pouco apoiante, exigente e desvalorizadora, constituíram fatores predisponentes para o desenvolvimento de Anorexia Nervosa. A exposição pública e mediática a que Karen foi sujeita e a disfunção do seu casamento terão agravado o seu quadro clínico. A memória deste caso tão doloroso, alerta para os riscos da Anorexia Nervosa, para a necessidade de consciencialização, prevenção, diagnóstico e intervenção atempados, de modo a evitar-se este sofrimento.

Bibliografia

- American Psychiatry Association, APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Arlington: American Psychiatry Association.
- Anorexia Nervosa. Acedido a 28 de abril de 2023, em https://en.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa
- Karen Carpenter. Acedido a 8 de maio de 2022, em https://en.wikipedia.org/wiki/Karen_Carpenter.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock, Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (11.ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Saraiva, C., & Cerejeira J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. (1.ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry*. (3rd ed.). Oxford University Press.
- World Health Organization, WHO. (2019). *International Classification of Diseases, Eleventh revision*. (11th ed.). World Health Organization.

Entre a Arte Psicadélica e a Esquizofrenia: O Percurso Alucinante de Yayoi Kusama

Rui Sousa, Nuno Castro, Nuno Cunha

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

E-mails: ruimoreirasousa@gmail.com, nunosousacastro@gmail.com, nunocunha81@gmail.com

Resumo

Yayoi Kusama nasceu no Japão em 1929. Nascida numa época em que era incomum as mulheres tirem pretensões artísticas, Yayoi desde criança demonstrava afinidade para desenho e geometria. Chegando a ser agredida pela própria mãe para que parasse de pintar, o seu dom nunca foi aceite e compreendido pela sua família. Até ao seu reconhecimento artístico internacional, Yayoi passou por uma infância e início de carreira conturbados. Aos 28 anos fugiu para Nova Iorque. Apesar do seu reconhecimento internacional desde aí, enfrentou sexismo e discriminação racial, regressando ao Japão 20 anos depois. Padecendo de doença psiquiátrica, em 1975 decide viver voluntariamente para um hospital em Tóquio, onde habita há mais de 40 anos. Possui um atelier perto do hospital onde trabalha diariamente. Aos 92 anos, é uma das artistas plásticas mais progressistas e influentes do mundo. A sua criação artística parece representar uma válvula de escape para os seus dilemas internos.

Palavras-chave: doença mental, esquizofrenia, arte, feminismo, racismo

Abstract

Yayoi Kusama was born in 1929 in Japan. Born at a time when it was unusual for women to take artistic pretensions, Yayoi early showed an affinity for drawing and geometry. Attacked by her own mother to stop painting, her gift was never accepted and understood by the family. Until her international artistic recognition, Yayoi went through a troubled childhood and career beginning. At age of 28 she went to New York. Despite her international recognition since then, she faced sexism and racial discrimination, returning to Japan 20 years later. Diagnosed with psychiatric disorder, in 1975 she decides to live voluntarily at an hospital near Tokyo, where she lives for over 40 years. She has an atelier near the hospital where she works everyday. At 92, Kusama is one of the most progressive and influential visual artists in the world. Her artistic creation seem to represent an outlet for her internal dilemmas.

Keywords: mental illness, schizo, art, feminism, racism

Introdução

A vida de Yayoi Kusama é um forte testemunho do poder de cura da arte, bem como um estudo de resiliência humana. Atormentada por uma doença mental, ainda em criança, e uma infância traumática, abusada por uma mãe insensível, a artista perseverou usando alucinações visuais e obsessões como motivo para uma produção artística prolífica em várias áreas.

Nascida no seio de uma cultura japonesa tradicional e tendo amadurecido a sua carreira artística em Nova Iorque, dominada por homens, hoje Kusama reina como uma das artistas contemporâneas mais exclusivas e famosas.

Early Years

Nascida em 1929 em Matsumoto, no Japão, Yayoi Kusama cresceu como a filha mais nova de quatro filhos de uma família abastada. Os seus pais eram o produto de um casamento arranjado e onde os vínculos afetivos eram pobres. As suspeitas de adultério por parte do seu pai fez com que a mãe se vingasse física e psicologicamente nela e nos seus irmãos. Kusama foi obrigada pela sua mãe a espiar as aventuras sexuais do seu pai, associando-se ao trauma que fez com que mantivesse aversão permanente ao sexo e ao corpo masculino.

Desde os 10 anos de idade que Kusama sofria com alucinações visuais compostas por padrões que preenchiam os objetos que a rodeava e alucinações auditivas vívidas nas quais flores do seu jardim lhe falavam. Começou a desenhar

os padrões que observava, funcionando segundo a própria, como um escape terapêutico e de controlo sobre a ansiedade que estas alterações da sensopercepção lhe proporcionava.

Aos 13 anos de idade, começou a trabalhar numa fábrica de artigos militares, passando grande parte da sua adolescência na escuridão ouvindo sirenes de ataques aéreos e sons de aviões militares a sobrevoar a fábrica. O horror da guerra teria tido um efeito duradouro em Kusama, que mais tarde a levou a criar várias obras anti-guerra e de valorização da liberdade individual e criativa.

Desobedecendo à sua mãe, que desejava que a sua filha fosse apenas uma dona de casa obediente, Yayoi ingressou numa escola de artes. Durante o período da sua breve formação artística, estudando apenas um ano (1948-49) na Kyôto City Specialist School of Arts, um movimento no Japão rejeitava a influência da cultura ocidental, implicando que Kusama apenas pudesse estudar *Nihonga*, um estilo que consistia na utilização de pintura usando técnicas e materiais tradicionais japoneses milenares.

Apesar de imersa num movimento com o qual não se identificava, o seu talento estava patente e várias das suas obras da época foram exibidas em exposições um pouco por todo o país.

Da revelia à emancipação

A sufocante cultura conservadora japonesa e a constante presença da sua mãe abusiva provaram-se demais para Kusama. Sem surpresa, procurou uma forma de escapar do seu ambiente familiar. Decide escrever para Georgia O'Keeffe, artista que Kusama via como uma alma gémea artística, sobretudo no que concerne às representações fantásticas e oníricas da natureza nas suas obras. Nas primeiras correspondências, Kusama perguntava:

'I'm only on the first step of the long difficult life of being a painter. Will you kindly show me the way?

A carta de Kusama não ficou sem resposta, para sua grande surpresa. O'Keeffe recomendou-lhe ir para os Estados Unidos da América, onde teria maior liberdade artística salvaguardando, no entanto, que o caminho seria árduo. As palavras de O'Keeffe foram o impulso que Kusama precisava para finalmente deixar o Japão.

Em 1957, com 28 anos de idade, decide fugir para os Estados Unidos da América, fixando-se em Nova Iorque. Antes de partir, a sua mãe deu-lhe algum dinheiro dizendo-lhe “para que nunca mais pôr os pés em sua casa”. Em resposta, Kusama destruiu furiosamente centenas de obras suas. Nos Estados Unidos da América viu-se finalmente livre para explorar a expressão artística que lhe havia sido fortemente censurada no Japão.

“For art like mine, [Japan] was too small, too servile, too feudalistic, and too scornful of women. My art needed a more unlimited freedom, and a wider world.”

Com ajuda de Georgia O'Keeffe, com quem Kusama havia iniciado correspondência ainda no Japão, conseguiu realizar a exposição de algumas das suas obras e com isso algumas vendas, o que levou ao despertar de um interesse crescente pela sua produção artística. Os seus primeiros trabalhos em Nova Iorque incluíam aquilo que Kusama apelidava da “*Infinity Net*” ou “rede infinita”, baseando-se no conceito de milhares de pequenas bolas pintadas repetidas obsessivamente em grandes telas ignorando as suas bordas, como se continuassem no infinito. Tais obras exploravam os limites físicos e psicológicos da pintura, se assim podemos designar, com repetição aparentemente interminável destes motivos, criando uma sensação quase hipnótica, tanto para o observador quanto para o artista.

O'Keeffe foi sua mentora e muitas vezes fornecedora de apoio e motivação a uma jovem e solitária Yayoi que coexistia numa época de difícil adaptação a um novo país e cultura. Quando Kusama chegou a Nova Iorque em 1958, O'Keeffe morava a quase 3000 quilómetros de distância. A sua amizade era formal, cingindo-se às trocas de correspondência e apenas um breve encontro. Na realidade, Kusama pouco compartilhou acerca desse encontro breve. Apesar dos formalismos, O'Keeffe esteve de facto envolvida no seu papel de mentora. Esta foi uma artista que assumiu um papel de relevo na luta contra a misoginia por intermédio da sua arte, sendo muitas vezes apelidada de “mãe do modernismo americano”, apesar de nunca ter participado ativamente em nenhum grupo. Casada com Alfred Stieglitz, um fotógrafo e galerista influente em Nova Iorque da época, foi ele que expôs os trabalhos de O'Keeffe pela primeira vez.

Nesta mesma altura, Kusama iniciou um relacionamento afetivo com um colega, também artista, Joseph Cornell. Pela sua personalidade ansiosa e aversão ao sexo, embora muito próximo, consta que o seu relacionamento seria estritamente platónico. Cornell havia compartilhado a sua aversão ao sexo e Kusama havia inclusivamente comentado numa entrevista “(*Cornell*) odiava sexo. Por isso é que nos demos tão bem”. Kusama e Cornell desenvolveram

um vínculo tão próximo que, quando este faleceu em 1972, Kusama começou a criar colagens homenageando o seu trabalho. Tal como O'Keefe, e apesar da influência de Cornell na sua vida, o qual se relacionava com figuras influentes do mundo da arte, tal como Marcel Duchamp, Mark Rothko e Andy Warhol, em momento algum usou o seu relacionamento para avançar na sua própria carreira. A ética de Yayoi diferia da dos restantes artistas masculinos da época e isso viria a afetá-la significativamente nos anos vindouros.

Kusama trabalhou de forma fervorosa, abraçando a cultura *hippie* e de espírito livre da década de 60, que também incluía o movimento anti-guerra, anti-patriarcado e contra a sociedade capitalista. Combinando esses temas com as suas próprias ansiedades mais íntimas, Kusama criou um corpo de arte profundamente pessoal, mas que também abordava as injustiças da época. A sociedade e os críticos não sabiam onde enquadrar tal expressão revolucionária, o que a catapultou da obscuridade para a notoriedade rapidamente. A busca sem remorsos pela fama surgiu como uma validação ousada da sua existência e reivindicação da sua identidade face aos obstáculos que lhe foram colocados no percurso, nomeadamente a negação precoce da sua carreira artística pela sua família e longa batalha com a doença mental.

As suas pinturas anteciparam o emergente movimento minimalista, mas rapidamente o seu corpo de arte transacionou para a *Pop-Art* e performance artística. Kusama havia-se tornado uma figura central na vanguarda artística da época e os seus trabalhos foram expostos ao lado dos de artistas como Donald Judd, Claes Oldenberg e Andy Warhol, pelo que sua fama e reconhecimento rivalizaria com a de alguns artistas masculinos. Durante este período de 15 anos, Kusama foi prolífica e diversificada, experimentando várias vias de expressão, como pintura, escultura, moda, escrita e instalações artísticas. Desde final dos anos 1950 aos anos 1970, Kusama conduziu a sua carreira artística a par de diferentes movimentos artísticos como o expressionismo abstrato, *pop-art*, minimalismo, movimentos esses que eram à altura predominantemente masculinos. No entanto, em vez de uma competição saudável entre semelhantes, vários colegas começaram a apropriar-se e a recriar as suas ideias.

Em junho de 1962, Yayoi Kusama participou num evento ao lado de artistas como Claes Oldenburg, James Rosenquist e Andy Warhol. Neste grupo, Kusama era a única mulher artista e estrangeira. Embora não tivesse o renome dos seus colegas, uma de suas obras – uma poltrona forrada com tentáculos fálicos em tecido obteve grande sucesso. Alguns meses depois Kusama deparou-se com uma coleção de “esculturas suaves” de Claes Oldenburg – que antes trabalhava sobretudo com cerâmica e serapilheira, mas nessa coleção teria usado os materiais que Kusama usou, construindo esculturas inteiramente forradas a tecido.

De forma semelhante, o trabalho do artista Lucas Samaras evoluiu de forma repentina quando oito meses após assistir ao primeiro *Infinity Mirror Room* de Kusama este construiu uma estrutura espelhada, semelhante ao que Kusama havia elaborado. Hoje em dia, Yayoi Kusama é a primeira artista a que se associa a salas infinitas, mas naquela época foi bastante custoso assistir a apropriação das suas ideias, uma por uma.

No entanto, um dos artistas que mais se apropriou dos trabalhos e ideias de Kusama foi Andy Warhol. Uma reprodução do *Cow Wallpaper* foi exibida pela primeira vez em 1966 na Galeria Leo Castelli e desde então o artista recebeu o crédito pelo conceito, quando no entanto Andy literalmente apropriou do conceito da obra *One Thousand Boats* de Yayoi Kusama de 1964.

Yayoi Kusama não era apenas uma mulher, mas uma mulher artista e estrangeira. Isso permitiu que vários colegas seus assumissem sem remorsos o crédito pelas suas ideias originais. Também O'Keefe estava familiarizada com a sombra do privilégio masculino no mundo da arte. Ela sentiu que o *double outsider status* da sua talentosa *protége*, Kusama, seria difícil de prevalecer na cultura machista de Nova Iorque. Assim, O'Keefe convidou Kusama a juntar-se a ela e abandonar Nova Iorque, convite que esta recusou inúmeras vezes por acreditar que somente em Nova Iorque é que poderia obter o reconhecimento internacional.

Assim, no final da década de 60 as contribuições de Kusama para a arte contemporânea foram profundamente negligenciadas, situação que abalou Kusama e que invariavelmente a levaria a regressar ao Japão.

“Anastrofe”/regresso ao Japão

Com um ritmo de trabalho frenético, cada vez mais desiludida e deprimida, sem o apoio da família ou amigos e vendo-se incapaz de pintar, Kusama tenta suicidar-se, atirando-se da janela do seu apartamento. Trabalhava por vezes mais de 50 horas contínuas e sem qualquer período de descanso, e a sobrecarga de trabalho aliada à pouca estabilidade financeira acabaram por condicionar este declínio funcional.

Em 1973, Kusama decide regressar ao Japão, procurando ajuda para o declínio da sua saúde física mas sobretudo mental. No entanto, a sua recepção pelo mundo da arte japonesa foi tudo menos simpática. Um colecionador de

arte chegou mesmo a apelidá-la de “*Scandal queen*” (“rainha do escândalo”). Apesar de debilitada, Kusama continuou a trabalhar, escrevendo romances, contos e poesia visceral e surrealista. Este declínio, sobretudo da saúde mental foi tal, que perante um grave síndrome depressivo que a impossibilitou de trabalhar a levou novamente a uma nova tentativa suicida. Nesta altura, em 1977, conheceu um médico psiquiatra que usava arteterapia como modalidade terapêutica na doença mental em contexto hospitalar. Para esse hospital, situado nos arredores de Tóquio (Seiwa Mental Hospital), Kusama decidiu ir viver por opção própria, fixando a sua residência permanente lá.

Nesse ambiente seguro, viu-se capaz de regressar à produção artística. O seu estúdio fica a escassos metros do hospital, onde Kusama continua, ainda nos dias de hoje, a produzir trabalhos desde meados da década de 70. A partir desta base, Kusama continuou a produzir obras de arte em várias modalidades, tendo lançado a sua carreira literária ao publicar vários romances, uma coleção de poesia e uma autobiografia.

O renascimento

A jovem Kusama havia idealizado a fama como algo apenas possível vivendo o sonho americano. Apesar de todo o seu esforço, pouca notoriedade conseguiu nos Estados Unidos da América. Ironicamente, o seu reconhecimento internacional surgiu após Yayoi ter decidido ir viver para um hospital psiquiátrico. Tal como Georgia O’Keefe, decidiu afastar-se da sociedade para se concentrar naquilo que era mais importante: interagir com o mundo através da sua arte e criatividade.

Quando Kusama regressou ao Japão no início dos anos 70, havia sido praticamente esquecida pelo mundo da arte oriental. No Japão era sobretudo conhecida pelas suas controversas obras literárias. O seu impulso criativo e determinação permitiram, no entanto, que gradualmente se restabelecesse do zero.

Quatro anos após uma exposição retrospectiva do seu trabalho no realizado no *Center for International Contemporary Arts*, em 1989 em Nova Iorque, a historiadora de arte japonesa Akira Tatehata persuadiu o governo para que Yayoi Kusama fosse a primeira artista solo a representar o Japão no Bienal de Veneza de 1993.

A aclamada instalação de um dos seus *Infinity Mirror Rooms* contendo as abóboras pontilhadas – a sua imagem de marca, juntamente com as suas performances, renovou o interesse e o apreço pelo seu trabalho, juntamente pelo interesse pela peculiar artista.

Conclusão

Aos 93 anos, Kusama ainda procura captar atenção, insistindo em ser fotografada com o seu trabalho, usando uma peruca vermelha e roupas com bolinhas criadas por si – a sua personalidade tornou-se tão apaixonante quanto a sua arte.

Yayoi Kusama é hoje a artista feminina mais vendida a nível mundial, sendo também uma das mais reconhecíveis instantaneamente. Em 2008, uma das suas obras *Infinity Net* estabeleceu novos recordes de preço de leilão de arte de artistas contemporâneos, o que levou também a colaborações com várias multinacionais de moda de luxo, como a Marc Jacobs e a Louis Vuitton. A mulher, cuja arte outrora protestou contra o capitalismo e materialismo, passou a abraçá-lo completamente.

Mais importante que o impacto que o seu trabalho diversificado tem no mercado da arte atual é a influência que teve noutros artistas e movimentos, ao longo de várias gerações.

“She is a pioneer first and foremost, as a female and Asian artist in the 1960s, transgressing painting, sculpture and performance”

O seu trabalho inspirou artistas pop como Andy Warhol, artistas femininos como Carolee Schneeman, performers como Yoko Ono e artistas contemporâneos como Damien Hirst.

Kusama esteve sempre um passo à frente do seu tempo, com a sua arte na vanguarda dos principais movimentos artísticos.

Porque a mesma é tão pessoal e tanto um sintoma quanto cura para a sua doença mental, ela não se encaixa perfeitamente em nenhum desses movimentos definidos.

“(Kusama) didn’t have the kind of mind that identified with movements. She just went her own way.”

Bibliografia

1. Cole, R. (2019). *Yayoi Kusama | Biography, Art, & Facts. Encyclopædia Britannica.*
2. Davis, K. (2017). “*Yayoi Kusama Artist Overview and Analysis*”. The ArtStory. First published on 18 Apr 2017. Updated and modified regularly [Acedido 04 May 2023]. <https://www.theartstory.org/artist/kusama-yayoi/>
3. Lamberg, L. (2017). *Artist Describes How Art Saved Her Life*. Psychiatric News, American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2017.9a21>
4. Kusama, Y. (1978). *Manhattan jisatsu misui joshuhan [Manhattan Suicide Addict]*. Tokyo: Kosakusha, (extract) reproduced in Hoptman, *Yayoi Kusama et al.*, p. 124.
5. Yamamura, Midori (2015). *Yayoi Kusama: Inventing the Singular*. Cambridge, MA: MIT Press. ISBN 9780262029476
6. Tran, J. L. (2019). “*Yayoi Kusama: The underdog story of a Japanese art maverick*”. *The Japan Times*. [Acedido 28 de Agosto de 2022]. <https://www.japantimes.co.jp/culture/2019/11/07/films/yayoi-kusama-japanese-art-maverick/>
7. Pound, C. (2018). *Yayoi Kusama's extraordinary survival story*. [online] Bbc.com. [Acedido 28 de Agosto de 2022]. <http://www.bbc.com/culture/story/20180925-yayoi-kusamas-extraordinary-survival-story>
8. Dailey, M. (2019) “*Yayoi Kusama: art as an escape*». May 2019. BA History of Art. SOAS, University of London. [Acedido 28 de Agosto de 2022] <https://web.archive.org/web/20220715080531/https://www.academia.edu/31981284>
9. Daher, N. (2020). “*Celebrating the Eternal Legacy of Artist Yayoi Kusama*”. *Smithsonian Magazine*. [Acedido 28 de Agosto de 2022]. <https://www.smithsonianmag.com/smithsonian-institution/celebrating-eternal-legacy-artist-yayoi-kusama-180973954/>
10. Fifield, A. (2019). “*How Yayoi Kusama, the “Infinity Mirrors” visionary, channels mental illness into art*”. *The Washington Post*. [Acedido 28 de Agosto de 2022]. https://www.washingtonpost.com/entertainment/museums/how-yayoi-kusama-the-infinity-mirrors-visionary-channels-mental-illness-into-art/2017/02/15/94b5b23e-ea24-11e6-b82f-687d6e6a3e7c_story.html

The Disease and Opera of Francesco Jose de Goya y Lucientes

Chicoș Bogdan Horia

Clinical Center for Rheumatic Diseases „DR Ion Stoia” Bucharest, Romania

E-mail: b_chicos@yahoo.com

Abstract

Francesco Jose de Goya y Lucientes was born into a modest family on March 30, 1746. Through his work, he achieved high dignity: president of the Academy of Arts, painter to the Royal Court. The disease from which he suffered caused him total deafness. The consequences were two depressive episodes: 1792-1793, 1819. Apart from this interval his work is optimistic, inspires the joy of living illustrated by bright colors. The graphic works of the cycles *Los caprichos*, *Los disparates* are the expression of the morbid. He made fun of the clergy, the aristocracy, the members of the Royal Family. After 1819 follows the *Pinturas Negras* cycle made in oil on the walls of the house. These are demonic and nightmarish fantasies. He died at the age of 82 in Bordeaux, France, where he had probably retired for medical reasons. Throughout the work the painter has moved on to the universal.

Keywords: depression, causes, Los Caprichos, Los disparates, Pinturas Negras

Résumé

Francesco Jose de Goya y Lucientes est né dans une famille modeste le 30 mars 1746. Par son travail, il a atteint une haute dignité : président de l'Académie des Arts, peintre de la Cour Royale. La maladie dont il souffrait lui a causé une surdité totale. Les conséquences furent deux épisodes dépressifs : 1792-1793, 1819. En dehors de cet intervalle son œuvre est optimiste, inspire la joie de vivre illustrée par des couleurs vives. Les œuvres graphiques des cycles *Los caprichos*, *Los disparates* sont l'expression du morbide. Il se moquait du clergé, de l'aristocratie, des membres de la Famille Royale. Après 1819 suit le cycle *Pinturas Negras* réalisé à l'huile sur les murs de la maison. Ce sont des fantasmes démoniaques et cauchemaresques. Il est décédé à l'âge de 82 ans à Bordeaux, en France, où il avait probablement pris sa retraite pour des raisons médicales. Tout au long de l'œuvre le peintre est passé à l'universel.

Mots-clés: dépression, causes, Los Caprichos, Los disparates, Pinturas Negras

Le but de la communication est de rendre hommage au grand peintre, auteur d'œuvres de grande valeur. En analysant les informations sur sa santé, une tentative a été faite pour savoir comment la maladie a influencé la peinture.

Francesco Jose de Goya y Lucientes est originaire du nord du pays. Il est né le 30 mars 1746 en Aragon à Fuendetodos, près de Saragosse. Dans le contexte de la société du Moyen Âge, dans laquelle l'aristocratie occupait une place importante, son père, José Goya, doreur, était d'origine modeste. Il n'a pas laissé de testament car il n'avait rien à laisser. Sa mère, Dona Gracia Lucientes, appartenait à une famille de petite noblesse aragonaise. L'arbre généalogique était très important à la Cour Royale, alors il a demandé à son ami, Martin Zapater, de faire des recherches. Il a commencé à utiliser la particule noble *de*. (Honoré *de* Balzac, lui aussi). Il a commencé à travailler comme apprenti pendant quelques années chez un peintre médiocre, Joze Luzan y Martinez, puis s'est rendu à Rome. Il s'installe ensuite à Madrid. Il subit des échecs. En sept ans, il a perdu trois concours, deux à l'Académie San Fernando de Madrid, et un à l'Académie de Parme.

Cependant, à Parme, une œuvre qui n'a pas été conservée est primée. Il a été influencé, comme peintre décorateur et graveur au début, par le vénitien Gian Batista Tiepolo. Il avait des liens administratifs avec le peintre juif néoclassique allemand Anton Rafael Mengs, qui a peint les plafonds des palais de Madrid et d'Aranjuez (peu appréciés par Goya). Le roi Charles III demanda à Mengs de réorganiser la fabrication royale des tapisseries de Santa Barbara, et Mengs passa des commandes pour les cartes à Francesco (43 furent conservées). Jusque-là, Goya s'était sporadique-

ment manifesté dans la peinture religieuse à Saragosse (Cathédrale Nuestra Señora de Pilar, Monastère Aula Dei, „Casa de Sobradel”, l’église du village de Remolinos).

Les premiers portraits (Pedro de Alcantara de Zuniga, 1774) n’annoncent pas le grand maître. Les cartes pour les tapisseries, par les thèmes abordés, par les couleurs et les dimensions sont l’expression de l’optimisme. Il est un portraitiste acclamé à la fois de l’aristocratie (la famille du duc d’Ossuna) et de la Cour Royale dont il l’est employé.

Il devint membre de l’Académie des Arts (1780) et en 1785 le président. Il a la vie qu’il voulait mener à la Cour Royale. Il est nommé *pintor de camara* du prince héritier. En 1792, lors d’un voyage à Cadix, les premiers signes de la surdité apparaissent. Ces signes deviendront absolus après le voyage à San Lucar (1797) où l’artiste accompagne la duchesse d’Albe. Sourd, avec l’imagination pleine de fantasmes infernaux, il découvre le visage de l’Espagne. Dans une lettre (1794) il écrit : „pour ne pas penser à mes souffrances... j’ai commencé à peindre un ensemble de tableaux de cabinet où j’ai réussi à faire place à l’observation, habituellement absente en les œuvres qui m’étaient commandées...”. Bien qu’il puisse lire sur ses lèvres il a dû abandonner ses cours à l’Académie Royale des Arts. Désormais il s’occuperait de *Los caprichos*. (le premier épisode dépressif).

En 1819, complètement sourd, il achète une propriété avec une maison rustique sur les rives de Manzanares, près de Madrid. Cette propriété était connue sous le nom de Quinta del Sordo. On dirait qu’il portait ce nom avant de l’acheter. La Quinta avait au moment quand fut achetée seulement le rez-de-chaussée (les *Pinturas Negras* étaient à l’étage). Les peintures avaient été connues quarante ans après leur création au moment quand le neveu voulut vendre la propriété (1854). Elles sont l’expression du deuxième épisode dépressif.

Pour augmenter le prix on a cru qu’il a attribué les peintures à son grand père Francesco et non à son père Xavier. L’hypothèse selon laquelle *Pinturas Negras* n’est pas l’œuvre de Francesco mais de son fils Xavier n’est pas confirmée. Au moment de la vente, les peintures qui se trouvaient sur les murs ont été passés sur toile. Elles se trouvent musée du Prado. Le bâtiment délabré a été démoli en 1909.

Dans sa correspondance, Goya n’a fait aucune déclaration sur sa santé avant l’âge de 46 ans. A la fin du 1792, après un voyage en Andalousie (Séville, Cadix) il se plaint de maux de tête intenses associé aux bruits intenses, persistants à l’intérieur de sa tête, de troubles visuels et auditifs, d’évanouissements imminents, de douleurs abdominales, de nausées. L’épisode dure plusieurs mois, et à la fin il est complet et irréversiblement sourd. Pendant ce temps, il n’a pas peint. Il existe plusieurs hypothèses sur la maladie déclenchante (données tirées de ses lettres et de celles de ses amis) : „poliomyélite, méningite bactérienne, méningite syphilitique, saturnisme, épilepsie, maladie de Ménière, accident vasculaire cérébral, vascularite, syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada et syndrome de Cogan” (Alain Dervaux, Information Psychiatrique 2007/3, Tome 83).

Conséquence de la surdité, d’une communication difficile avec l’extérieur, le premier épisode dépressif apparut (1792-1793). Goya declara : „*Je suis toujours le même, en ce qui concerne ma santé, parfois je me sens enragé, d’une humeur que je ne supporte pas moi-même, parfois je me sens plus calme*”.

Le deuxième épisode dépressif survint à l’âge de 73 ans (1819), peut-être dans le contexte de l’épidémie de fièvre jaune. Il a peint un tableau dans lequel il apparaît avec son ami le Dr Arrieta. Le peintre reconnut l’existence de la maladie. En bas de la peinture il écrivit „*Goya, en gratitude à son ami Arrieta : pour sa compassion et ses soins qui ont sauvé sa vie au cours de la maladie grave dont il a souffert fin 1819*” (se trouve à Minneapolis Institute of Arts)

Jusqu’aux premiers signes de la maladie, les œuvres sont pleines de couleurs vives, elles ont de nombreux personnages : *La Vendimia, El quitasol, Los Zancos, El Pelele, La Gallina ciega, La Pradrera*. En général, ce sont toutes de grandes compositions qui respirent l’optimisme, la vie amoureuse, la jeunesse.

Les changements artistiques sont nets après le premier épisode dépressif (1792-1793), leur expression étant la série des Caprices (*Los Caprichos*). Le deuxième épisode dépressif (1819) est illustré par la série noire. (*Pinturas Negras*). Il y a 80 gravures par lesquelles l’artiste évoque „la cupidité, la vanité, la sottise, la cruauté, la charlatanerie” illustrées avec des moines... Elles ont été retirées de la vente au bout de deux jours, suite aux menaces de l’Inquisition. Notes du *Diario de Madrid* : „*L’auteur, persuadé que la censure des erreurs et des vices humains peut être aussi objet de peinture, a choisi comme thèmes adaptés pour son œuvre ... ceux qui lui ont semblé plus adaptés à fournir matière au ridicule, et à exercer, en même temps l’imagination de l’artifice*”. La première œuvre, „*Le Sommeil de la raison engendre des monstres*” montre un personnage ténébreux entouré de hiboux et de chauves-souris, expression d’une imagination morbide, commentée par l’auteur : „*L’imagination désertée par la raison crée des pensées impossibles, inutiles. Unie à la raison, l’imagination est la mère de tous les arts et la source de toute leur beauté*”.

C’est le monde du mal, de l’absurde, du irrationnel. Dans *Los Chinchillas*, où l’aristocratie est visée, l’artiste démontre les innombrables folies de la civilisation. À *Ya es hora*, les moines sont ciblés. *Hasta la muerte* fait référence

à la reine Marie Louise. De nombreuses plaques contiennent des scènes effrayantes de sorcellerie. *Volaverunt* est adressé à la duchesse d'Albe. *Les caprices* aux ânes font référence au premier ministre de Charles IV, Emanuel Godoy. À la demande de Godoy, Goya donne *Los Caprichos* au roi, qui sait comment gérer la situation. Il a donné au fils de l'artiste une récompense pour la poursuite de ses études.

Entre 1815 et 1823 il réalisa la série de gravures „*Los Disparates*” ou „*Los Proverbios*”, la suite de „*Los Caprichos*” qui illustre ce qui se fait contre la raison et les règles. Du même univers de „*Los Disparates*” sont „*Pinturas Negras*” réalisées à l'huile sur les murs de la Quinta del Sordo, plus tard enlevées et mises sur toile. Il y a 14 œuvres inégales dans la forme. C'est l'art du cauchemar, de l'angoisse. Ce sont des fantômes démoniaques, produits de l'irrationnel, des hallucinations. Lors de son séjour en France (depuis 1824) il peint „*La Laitière de Bordeaux*”.

Diverses hypothèses sur la maladie qui a produit la surdité totale de l'artiste ont été avancées.

La syphilis (tertiaire) en tant que maladie, mais aussi à la suite d'un empoisonnement au mercure

Le mercure était utilisé pour traiter la syphilis en appliquant une pommade. Cette procédure n'a pas effet thérapeutique, mais le risque d'intoxication est élevé. L'intoxication provoque des maux de tête, des étourdissements, des tremblements, des troubles de la vision, de l'irritabilité. En 1825, à Bordeaux, le diagnostic de paralysie vésicale est posé, conséquence possible de la neurosyphilis (tabès dorsal ; *Arch. Esp. Urol.* Vol. 60 n.º 8 Oct. 2007, Juan José Gómiz León)

Empoisonnement au plomb. C'est peu probable. Le plomb était utilisé comme pigment pour le blanc. Il provoque des troubles de la conscience, des convulsions qui n'ont pas été signalées. En faveur de la théorie: parésie transitoire d'un bras (nerf radial, contexte d'AVC ischémique transitoire), preuves trouvées dans une correspondance. Une perte auditive est possible, aussi les coliques abdominales. La névrite optique est plus fréquente. Contre la théorie : Goya avait un opérateur (Pedro Gómez) qui préparait des matériaux de peinture. En 27 ans celui-ci ne fût jamais intoxiqué.

Intoxication à la quinine. La quinine était le traitement électif contre le paludisme après sa découverte en 1620. Le paludisme était une maladie infectieuse courante. L'empoisonnement provoque l'altération de la vision même avec une perte transitoire, l'altération de l'audition avec une acuité réduite, étourdissements, acouphènes, tinitus, maux de tête, possible coma, arythmies, anémie. Dans une lettre du 25 août 1787 il la recommande et l'achète de son ami Martin Zapater.

Méningite méningococcique ou tuberculeuse : céphalées, hallucinations ; très improbable parce que la mortalité est très élevée.

Syndrome de Ramsay-Hunt : cause virale. Mal d'oreille, perte auditive, parésie faciale.

Maladies immunitaires rares. Maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (1962) Affecte l'ouïe, la vue, la peau. Provoque des étourdissements, vitiligo. Ses portraits ne montrent aucun dommage dermatologique. Le syndrome de Susac (vascularite rétinienne) affecte le cerveau (maux de tête), la rétine, l'oreille interne.

La surdité totale est susceptible d'entraîner des troubles dépressifs. Goya était un artiste bien connu entre les deux épisodes dépressifs. Il devint président de l'Académie des Arts, peintre du roi, reproduisit l'invasion de l'Espagne par Napoléon (El 3 de Mayo à Madrid. 1808), réalisa les 80 planches „*Désastres de la guerre*” (1810), les 40 planches „*La Tauromachie*” (1816). Il avait un tempérament équilibré qui lui assurait une bonne stabilité financière.

En 1824, à l'âge de 78 ans, avec l'autorisation de la Cour Royale, il demande et obtient un congé payé. Il se rend en France pour résoudre des problèmes médicaux (d'abord à Plombières-les-Bains dans les Vosges), mais aussi pour s'éloigner de l'atmosphère totalitaire de la cour de Ferdinand VII. En 1826, il retourne à Madrid, où le peintre de la Cour, Vicente Lopez, peint son portrait. Il retourna à Bordeaux où il mourut le 16 avril 1828. En 1899 les ossements furent transportés à l'église de San Antonio de Madrid.

Conclusions

Francesco de Goya y Lucientes est un peintre universel à travers toute son œuvre. La maladie de l'oreille n'a pas affecté sa force de travail, et l'a rendu très présent. Si, pour son propre bien, Goya n'avait pas souffert de la surdité, la réalité de *Los Caprichos* et *Pinturas Negras* n'aurait probablement pas existé.

Références

1. Florea, V. (1968). *Goya*. București: Editura Meridiane.
2. Palacios-Sánchez, L., Rodríguez-Ucrós, A. M., & Hernández-Pabón, J. C. (2021). Francisco de Goya y Lucientes: Genio y Neuropsicopatología. *Medicina*, 43(2), 318-325.

3. Dervaux, A. (2007). La dépression dans la vie et l'œuvre de Goya (1746-1828), *L'Information Psychiatrique*, (83), 211-217. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-3-page-211.htm> accédé le 23 mars 2022
4. Guijarro-Castro, C. (2013). La influencia de la enfermedad neurológica de Goya en su cambio de estilo pictórico. *Neurosciences and History*, 1(1), 12-20. https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV1N1201312_20ES.pdf
5. Goya y su sintomatología miccional de Burdeos, 1825, *Arch. Esp. Urol.*, 60(8), oct. 2007, Juan José Gómiz León, accédé le 01 mars 2022, https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000800009

“De Médico e de Louco... Não Temos Nenhum Outro!”

A Estampa Caricatural de Elysio de Azevedo e Moura na «Galeria de Figuras Médicas» do *Boletín de los Laboratorios G. Fermé*

Milton Pedro Dias Pacheco

Casa-Museu Elysio de Moura, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, CHAM – Centro de Humanidades da Universidade NOVA de Lisboa e Universidade dos Açores, Centro Interuniversitário de Estudos Camonianos da Universidade de Coimbra
E-mail: miltondpacheco@yahoo.com.br, miltonpacheco@fcsb.unl.pt

Resumo

Elysio de Azevedo e Moura [1877-1977] construiu uma sólida e longa carreira profissional repartida essencialmente entre a Faculdade de Medicina e os Hospitais da Universidade de Coimbra. Se a genialidade académica e a capacidade clínica de que gozava o tornaram numa eminente autoridade no campo da Medicina, dentro e fora de Portugal, a humanidade com que se dedicou ao Asylo da Infância Desvalida – a atual Casa da Infância Doutor Elysio de Moura –, conferiu-lhe o estatuto de grande benemérito entre a sociedade coeva. Em sinal desse reconhecimento, muitas foram as instituições que promoveram inúmeras homenagens oficiais para as quais foram executados conjuntos de bustos e retratos e emitidas coleções de medalhas e caricaturas.

No âmbito da investigação científica conduzida a partir das coleções da Casa-Museu Elysio de Moura, em Coimbra, pretende-se proceder à contextualização histórica e à análise artística de um peculiar e desconhecido retrato caricatural dedicado a Elysio de Azevedo e Moura integrado na “Galeria de Figuras Médicas”, um folhetim humorístico do *Boletín de los Laboratorios G. Fermé* começado a ser publicado em Barcelona nos inícios da década de 1930.

Palavras-chave: Elysio de Azevedo e Moura, neuropsiquiatra, retrato caricatural, representações humorísticas, publicação farmacêutica

Abstract

Elysio de Azevedo e Moura [1877-1977] built a solid and long professional career, divided mainly between the Faculty of Medicine and the Hospitals of the University of Coimbra. If the academic geniality and clinical capacity made him an eminent authority in the field of the Medicine, in Portugal and abroad, the humanity that he devoted himself to the Asylo da Infância Desvalida de Coimbra – the current Casa da Infância Doutor Elysio de Moura –, granted him the status of great benefactor among the contemporary society. As a sign of this recognition, many were the institutions that promoted several official tributes for which sets of busts and portraits were executed and collections of medals and caricatures were issued.

As part of the scientific research carried out based on the collections of the House-Museum Elysio de Moura, in Coimbra, our intention is to proceed to the historical contextualization and artistic analysis of a peculiar and unknown caricature portrait dedicated to Elysio de Azevedo e Moura integrated at the “Medical Figures Gallery”, a humorous *feuilleton* of the *Boletín de los Laboratorios G. Fermé* which began to be published in Barcelona in the early 1930s.

Keywords: Elysio de Azevedo e Moura, neuropsychiatrist, caricature portrait, humorous representations, pharmaceutical publication

Introdução

A relevância científica e a persistente organização do *Congresso Internacional História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* e do *V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura*, atualmente a cargo da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde e com o apoio institucional da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e do

Centro de Estudos Interdisciplinares – CEIS20 da mesma universidade, têm permitido contribuir em larga escala, tendo em conta a participação de um crescente número de académicos e investigadores nacionais e estrangeiros, para a divulgação dos estudos pluridisciplinares dedicados, direta e indiretamente, ao campo de ação clínica e de evolução terapêutica dos pacientes diagnosticados com os múltiplos Transtornos Mentais e Comportamentais ao longo da história.

Nestes ciclos de conferências são assim apresentados e analisados os contributos legados pelos grandes nomes da Medicina, os médicos, cientistas e investigadores associados e/ou ligados às mais importantes instituições académicas e unidades hospitalares com responsabilidades diretas no campo da saúde mental. Neste mesmo universo insere-se, pois, a figura do neuropsiquiatra Elysio de Azevedo e Moura, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, clínico dos Hospitais da mesma cidade e o primeiro bastonário da atual Ordem dos Médicos.

As múltiplas faces de um homem singular

Entre 1902 e 1947, Elysio de Azevedo e Moura [1877-1977] construiu uma sólida carreira profissional repartida essencialmente entre a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e os Hospitais da Universidade de Coimbra, duas instituições que lhe permitiram conciliar o ensino das disciplinas de Neurologia e de Psiquiatria com a implementação de procedimentos clínicos destinados ao tratamento terapêutico e à reabilitação psicossocial dos pacientes diagnosticados com doenças do foro psiquiátrico¹.

A reputação de que gozou entre os seus pares, alunos e pacientes e o desempenho de múltiplos cargos institucionais assumidos aos longos dos anos, consagrada com a aclamada nomeação para a presidência da Ordem dos Médicos, da qual foi o seu primeiro bastonário, tornaram-no numa eminente autoridade e também numa figura popular no universo da Medicina, dentro e fora de Portugal, conforme atestam as inúmeras publicações científicas e as muitas representações artísticas que lhe foram consagradas.

No decurso dos trabalhos de investigação científica desenvolvidos em torno das coleções museológicas do docente universitário e médico neuropsiquiatra Elysio de Azevedo e Moura – atualmente depositadas na Casa-Museu Elysio de Moura, unidade museológica estabelecida pela Casa da Infância Doutor Elysio de Moura em 2018 – tem sido possível identificar, localizar, estudar e, sempre que possível, adquirir, um cada vez maior número de obras alusivas e dedicadas ao nosso patrono.

Nos fundos documentais e nas coleções artísticas existentes na atual Casa-Museu Elysio de Moura ganham destaque os abundantes registos fotográficos, os numerosos retratos pictóricos, as várias cunhagens medalhísticas, as muitas impressões caricaturais e as raras edições filatélicas, obras e peças maioritariamente produzidas para assinalar determinados acontecimentos-chave associados à figura do médico, docente e benfeitor.

O abundante espólio que se encontra hoje disposto na unidade museológica da Casa-Museu Elysio de Moura e depositado nos fundos arquivísticos da instituição assistencial que veio a adquirir o seu nome em 1967 – a Casa da Infância Doutor Elysio de Moura – tem permitido a concretização de muitos trabalhos de investigação científica e a organização de múltiplas exposições temporárias centrados essencialmente no percurso biográfico, no trajeto profissional e no contributo assistencial de Elysio de Azevedo e Moura nas muitas instituições a que esteve ligado ao longo da sua vida.

Os procedimentos administrativos implementados na Casa-Museu, contínua e amplamente apoiados pela Direção da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura – e em primeira linha pelo atual Presidente, o Prof. Doutor Manuel Ferro [1959] –, têm permitido, sempre que possível, aumentar e completar as coleções existentes legadas pelo próprio à instituição assistencial conimbricense, sobretudo no que aos elementos figurativos e materiais representativos dizem respeito. Com efeito, adotou-se a política de aquisição de obras produzidas e/ou associadas a Elysio de Azevedo e Moura com o objetivo de reforçar os fundos atuais, através da compra direta e a angariação indireta por ocasionais benfeitores que desejam contribuir para este projeto cultural e museológico estabelecido com a missão de fazer perpetuar a memória do nosso patrono e, sobretudo – como seria seu desejo –, de continuar a angariar fundos e reunir apoios destinados às suas/nossas Meninas acolhidas naquela que é hoje a instituição mais

¹ Pereira, J. M. (2020), “Elísio de Azevedo e Moura”, *A Psiquiatria em Portugal nas primeiras décadas do século XX: Protagonistas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 245-249; Samouco, A. I., Matos, A. H., Araújo, M. & Caetano, M. (2021). “Anorexia *Mirabilis*: o culto da fome”, Pereira, A. L. & Pita, J. R. (Dir.), *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 123; Rodrigues, M. A. (1992), “Moura, Elísio de Azevedo e”, *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 219; Serra, A. V. (2005), “Elysio de Moura. Biografia”, *Anorexia Mental. 1947-2005*. Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar, V-IX.

acarinhada da cidade, obra conseguida graças ao incansável esforço e à plena dedicação assumidos pelo Doutor Elysio de Moura e sua esposa, D. Celestina Salgado Zenha [1882-1945].

Com base na pesquisa levada a cabo até ao momento, inúmeras são as instituições nacionais detentoras de um espólio considerável do ilustre médico e psiquiatra conimbricense em virtude das funções profissionais e cargos institucionais desempenhados. Entre os principais estabelecimentos até ao momento identificados constam a Universidade de Coimbra, através das suas múltiplas unidades orgânicas – Faculdade de Medicina, Biblioteca Geral, Arquivo e Museu Académico –, e unidades autónomas – a Associação Académica de Coimbra com as suas múltiplas seções –; o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, a partir do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria que tutela os respetivos polos homónimos no complexo central hospitalar – no piso térreo e no pavilhão de Celas – e nas antigas instalações do extinto Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid; e a Ordem dos Médicos, na sede central em Lisboa e na Seção Regional do Centro em Coimbra. Foram ainda identificadas muitas outras obras e peças associadas ao nosso Patrono, integradas em diferentes coleções, mas que aguardam oportuna investigação.

Assim, tendo em conta o abundante conjunto de obras concebido com a representação da efígie do ilustre Elysio de Azevedo e Moura, dos retratos oficiais das instituições (pintura e fotografia) às caricaturas satíricas do meio académico conimbricense (estampas e desenhos), optou-se por selecionar para o presente estudo uma peça que caiu no esquecimento da comunidade científico-médica e que continua a ser do desconhecimento da sociedade em geral, dada a antiguidade e a especificidade da publicação onde se insere. A obra que se pretende agora analisar era inexistente nos fundos do próprio médico e foi, entretanto, adquirida no decurso dos trabalhos de musealização que visavam transformar a sua antiga residência na atual Casa-Museu Elysio de Moura.

A caricatura de Elysio de Azevedo e Moura

Posto em circulação em Barcelona por volta de 1929-1930, o *Boletín de los Laboratorios G. Fermé* foi uma publicação mensal fundamentalmente centrada na divulgação de medicamentos comercializados pelo industrial farmacêutico barcelonense, José García Plandiura², produzidos e fornecidos pelo reputado *Laboratoire G. Fermé* com sede em Paris, França³. Entretanto, logo a partir de setembro (?) de 1931 e até dezembro de 1933, o *Boletín de los Laboratorios G. Fermé* veio a incluir na publicação a «Galeria de Figuras Médicas», uma série colecionável de estampas humorísticas coloridas representando inúmeras individualidades ligadas ao campo da Medicina do século XX provenientes de cinco países europeus: França, Espanha, Portugal, Finlândia e Bulgária.

Esta galeria de retratos humorísticos de médicos integrava a “Colección J. García Plandiura”, de Barcelona, e contava com a edição do próprio *Laboratoire Fermé*. Dada a natureza da publicação, as estampas eram acompanhadas, nalguns casos, com anúncios publicitários alusivos aos medicamentos da respetiva especialidade clínica de cada médico.

Na verdade, há muito tempo que o consórcio franco-espanhol de comercialização de produtos farmacêuticos promovia a publicação de estampas humorísticas com algumas das figuras mais gradas do mundo da Medicina, conforme atesta a caricatura alusiva ao combate das doenças venéreas posta a circular em 1931, na qual surgem alguns dos medicamentos igualmente publicitados no *Boletín de los Laboratorios G. Fermé*.

No lote das cerca de meia centena de ilustrações caricaturais da «Galeria de Figuras Médicas» constam seis clínicos e docentes portugueses selecionados para representar a disciplina médica de Portugal, todos eles com vínculos profissionais a universidades e a hospitais nacionais: Adelino da Costa Padesca⁴ [1887-1967], alergologista e diretor do Hospital Escolar e docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa⁵; Francisco Pulido Valente⁶ [1884-1963], médico psiquiatra nos Hospitais Cívicos de Lisboa e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa⁷;

² “Ministerio de Industria y Comercio – Dirección General de Comercio y Política Arancelaria. Registro Oficial de Importadores”, *Gaceta de Madrid. Diario Oficial de la República*, Madrid, 1934, 20 de julho, tom. III, n.º 210, 1030; “Registro de la Propiedad Industrial. Invenciones. Patentes de invención e introducción y certificados de adición – 4. Práticas concedidas”, *Boletín Oficial de la Propiedad Industrial*, Madrid, 1936, 1 de outubro, n.º 1202, 3229.

³ *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, Ano III, 1932, novembro.

⁴ “Doctor D. Adelino Padesca”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, 1931, janeiro, Lâmina 5 – Europa V | Portugal I. Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra.

⁵ “Padesca (Adelino da Costa)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XIX, 927-928.

⁶ “Doctor D. J. Pulido Valente”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, 1931, junho, Lâmina 15 – Europa XV | Portugal II. Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra.

⁷ “Pulido Valente (Francisco)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XXIII, 683.

Tiago Augusto d'Almeida⁸ [1864-1936], médico pneumologista e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Porto⁹; Elysio de Azevedo e Moura¹⁰, médico neuropsiquiatra e diretor da Clínica de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra¹¹; Augusto de Almeida Monjardino¹² [1871-1941], médico ginecologista e diretor da Maternidade Alfredo da Costa e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa¹³; e Fernando Baeta Bissaya Barreto Rosa¹⁴ [1886-1974], médico cirurgião nos Hospitais da Universidade de Coimbra e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra¹⁵.

A composição artística da estampa

A estampa concebida para ilustrar humoristicamente Elysio de Azevedo e Moura mostra a figura do eminente clínico do serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra e professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra no momento da administração de um medicamento a um paciente (Fig. 1).

Disposta ao centro da composição e ocupando a quase totalidade da mancha desenhada – com 15,8 centímetros de altura por 12,8 centímetros de largura¹⁶ –, a figura do Doutor Elysio de Moura foi representada de elegante porte envergando fato preto, gravata castanha e camisa branca dotada de botões de punho, conjunto de vestuário que de imediato permite associar a coleção de peças de indumentária que se encontra hoje disposta em contexto museológico na sua antiga residência conimbricense. O retrato do caricaturado, com traços fisionómicos bastante exatos à efígie original, mostra um homem magro e de rosto fino, já na meia idade – quando em 1932 contava com cinquenta e quatro anos de idade –, dotado com uma farta cabeleira eriçada, alternada de cabelos pretos e brancos – um dos seus atributos fisionómicos mais característicos e amplamente explorados precisamente em desenhos humorísticos na Academia conimbricense –, ampla testa, grandes e salientes olhos azuis, nariz adunco e alongado bigode aparado.

Em baixo, no flanco direito, surge então um possível seu paciente, um homem de rosto roliço e com nariz e orelha protuberantes, calvo e de bigode, envergando um fato cinzento de padrão axadrezado vermelho, gravata listrada, preta e vermelha, vestida sobre a camisa branca.

O paciente foi então representado com o neurocrânio cirurgicamente incisado, ficando a calota aberta e tombada para trás – como se uma peça articulada se tratasse conforme deixa entender a dobradiça colocada – de modo a exhibir a massa encefálica sobre a qual Elysio de Moura verte, através de um largo funil branco, o neurotónico *Visco-Serum* produzido pelo *Laboratoire G. Fermé* (Fig. 2).



Figura 1. Galeria de Figuras Médicas:
Elysio de Azevedo e Moura
(Lâmina 27 | Europa 27 – Portugal IV)

⁸ “Doctor D. Tiago d’Almeida”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, 1931, novembro, Lâmina 23 – Europa XXIII | Portugal III. Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra.

⁹ “Almeida (Tiago Augusto de)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. s.l.: Página Editora, vol. II, 66-67.

¹⁰ “Doctor D. Elysio de Moura”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, 1932, janeiro, Lâmina 27 – Europa XXVII | Portugal IV. Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra.

¹¹ Em 1926, Elysio de Moura veio a ocupar o cargo de diretor do Serviço da Clínica Neurológica e do Serviço de Clínica Infantil, em 1926, e a direção da Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 1937. “Moura (Elísio de)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XVIII, 12-14; Rodrigues, M. A., “Moura, Elísio de Azevedo e”, 219.

¹² “Doctor D. Augusto Monjardino”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, 1932, novembro, Lâmina 39 – Europa XXXIX | Portugal V. Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra.

¹³ “Monjardino (Augusto de Almeida)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XVII, 640.

¹⁴ “Doctor Bissala [sic] Barreto”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*, Barcelona, 1933, maio, Lâmina 45 – Europa XLV | Portugal VI. Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra.

¹⁵ “Bissaia Barreto (Fernando)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Página Editora, vol. IV, 751. Somente Elysio de Moura e Bissaya Barreto se formaram na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sendo os restantes formados nas Escolas Médico Cirúrgicas de Lisboa e Porto.

¹⁶ A folha de cartão possui as dimensões de 23,5 centímetros de altura por 16,6 centímetros de largura.

No campo oposto ao paciente, no lado esquerdo, foi disposto sobre uma pequena bancada um boião aberto, branco, contendo no interior o que parecem ser amendoins – a designação comum de *Arachys hypogaea* Lin.¹⁷ –, uma oleaginosa rica em magnésio, fósforo, potássio, zinco, cobre e manganésio, alguns dos minerais presentes na composição do neurotónico empunhado por Elysio de Moura.

O fármaco apresentado, o *Visco-Serum* era, na realidade, um neurotónico, um soro isotónico, isoviscoso e indolor de remineralização nervosa utilizado no tratamento de depressões nervosas, primitivas e secundárias, administrado por via intramuscular, hipodérmica e oral, conforme esclarece o texto explicativo disposto no reverso da estampa (Fig. 3):

“MEDICACIÓN NEUROTÓNICA
POR VÍA INTRAMUSCULAR O HIPODÉRMICA Y BUCAL
VISCO-SERUM”

Suero de remineralización nerviosa y sensibilizante : – : Isotónico – Isoviscoso – Indoloro

Medicamento específico de todas las depresiones nerviosas, el Visco-Serum realiza una verdadera *linfa viviente, nutricia, estimulante y tónica de la célula nerviosa*.

Toda depresión nerviosa, primitiva o secundaria, es consecuencia de una desnutrición de la célula nerviosa, como así lo prueba el estudio de la mineralización sanguínea, que siempre resulta empobrecida en los enfermos que padecen de afección.

En su estado normal, la célula nerviosa entraña, además de compuestos orgánicos, elementos minerales, como el *potasio*, el *calcio*, el *sodio* y el *fósforo*, de los cuales ya se conoce hoy el papel biológico transcendental.

Y bastan unas variaciones infinitesimales en la concentración en “iones” minerales de los líquidos del organismo, para determinar turbaciones nutritivas importantes de la célula viviente.

De ahí se deduce que, para rehacer la mineralización del tejido nervioso, hay que regularizar la mineralización sanguínea, es decir, suprimir la causa del desequilibrio funcional.

Para alcanzar este fin, es inútil inyectar fuertes dosis de líquido remineralizador, a condición de que este líquido ponga el tejido nervioso *sensible al aporte mineral*, y que también su composición le resguarde de una eliminación demasiado rápida por los riñones.

La experimentación ha probado que el Visco-Serum desempeña admirablemente estas condiciones, mediante su cuádruple núcleo: *cálcico, potásico, sódico, fosforado*, que se fija fácilmente en la célula nerviosa *sensibilizada por la estrocnina y la adrenalina*, también por su *viscosidad igual a del suero sanguíneo*¹⁸.

Naturalmente, perante a possibilidade de se tratar, de facto, de um medicamento comercializável nos inícios década de 1930, avançou-se de imediato para a sua pesquisa. E os resultados foram bastante positivos, tendo conseguido inclusive conhecer a fórmula¹⁹ e localizar uma caixa com o medicamento inviolado que se pretende adquirir de modo a enriquecer as coleções da Casa-Museu Elysio de Moura.



Figura 2. Detalhe da estampa de Elysio de Azevedo e Moura no momento da administração do neurotónico *Visco-Serum*
Francisco Valença, Janeiro de 1932, Colección J. García Plandiura – Barcelona,
Edição Laboratoire G. Fermé – Paris, Proveniência: Casa-Museu Elysio de Moura | Coimbra

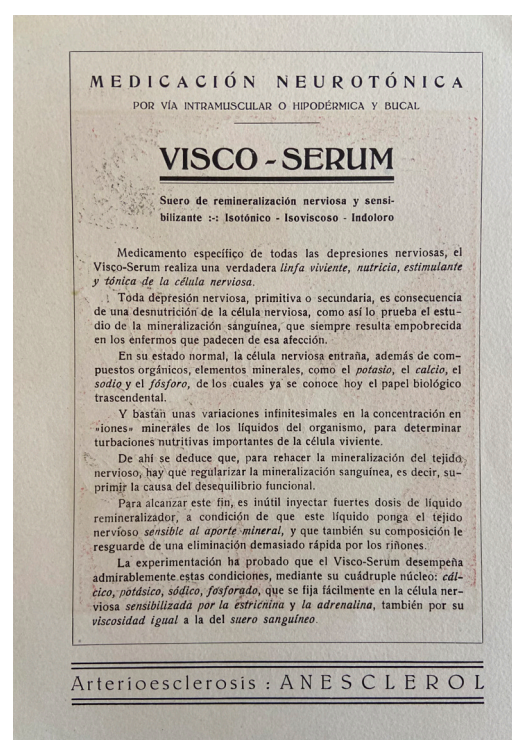


Figura 3. Anúncio farmacêutico do neurotónico *Visco-Serum*. Dimensões: 23,5 cm Alt. X 16,6 cm Larg. Colección J. García Plandiura – Barcelona, Edição Laboratoire G. Fermé – Paris, Proveniência: Casa-Museu Elysio de Moura | Coimbra

¹⁷ “Amendoim”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Página Editora, vol. II, 325-327.

¹⁸ Em baixo surge ainda o anúncio do remédio para o combate da “Arterioesclerosis: ANESCLEROL”.

¹⁹ O *Visco-Serum* dividia-se em duas fórmulas: o de via intravenosa era composto por cloreto de sódio, cálcio, potássio, glicerofosfato de cal, sulfato de estrocnina, adrenalina, glicose e água; e o elixir por cloreto de cálcio, potássio, magnésio, ácido

Indexado no *Répertoire de Spécialités Pharmaceutiques. Supplément au Dictionnaire de Spécialités Pharmaceutiques*, de Louis Vidal, inserido na secção dos medicamentos destinados às terapêuticas do sistema nervoso²⁰, o *Visco-Serum* era recomendado pelos médicos aos pacientes com sintomas de estados depressivos e problemas diagnosticados associados ao sistema nervoso, aparelho cardiovascular e casos de neurastenia, psicastenia, esgotamento, pré-tuberculose, entre os principais. O neurotónico era assim comercializado para o tratamento “das affecções nervosas pelo sôro de remineralização isotónico”²¹, em caixas de dez ampolas, de 5cc., para aplicação intravenosa, e em frascos de 20 gramas para ingestão direta²², conforme ilustra a gravura caricaturada.

Com base nas fontes consultadas disponíveis é possível saber que o neurotónico já se encontrava disponível no mercado farmacêutico brasileiro em 1928²³, o que pressupõe que tenha sido posto a circular nas farmácias portuguesas, muito provavelmente, alguns anos antes e onde ainda era comercializado em 1937²⁴.

O anúncio comercial farmacêutico que acompanhava a estampa humorística dedicada ao ilustre docente e clínico da Universidade de Coimbra não poderia ser mais oportuna no meio académico conimbricense, pois que se adapta perfeitamente a um dos textos publicado no jornal da mesma Academia, *O Ponney*: “Quem será este Doutor? Nunca leva capirucos, é um grande benfeitor e cura quaisquer malucos!”²⁵. Foram, pois, muitos os pacientes que recuperaram a sua saúde mental a partir das terapêuticas implementadas pelo célebre médico de Coimbra, Elysio de Azevedo de Moura, por vezes de forma pouco ortodoxa é certo, mas sempre com elevada taxa de sucesso.

A execução autoral da estampa

A composição artística da caricatura de Elysio de Azevedo e Moura, bem como a dos restantes cinco médicos portugueses, coube ao artista português Francisco Valença [1882-1963], desenhador oficial do Museu Nacional Etnográfico de Lisboa e ilustrador caricaturista ao serviço da imprensa periódica nacional e estrangeira²⁶. Após ter colaborado com o quinzenário humorista *O Chinelo*, em 1900, e o *Moscardo*, em 1913, Valença assumiu a direcção e a propriedade do jornal *Varões Assinalados*, publicação de periodicidade bimensal impressa entre setembro de 1909 e agosto de 1911²⁷.

A sua vasta obra humorística, de equilibrada composição artística com uma inequívoca intenção de sátira social, ficou desde cedo reconhecida, conforme atestam os prémios obtidos na Exposição Nacional de Belas Artes, em Lisboa, e na Exposição Internacional do Rio de Janeiro, no Brasil²⁸.

Na publicação de que era proprietário e diretor, *Varões Assinalados*, Valença concebeu o desenho caricatural de quarenta e oito personalidades da sociedade portuguesa, nomeadamente três médicos: Miguel Augusto Bombarda [1851-1910], médico psiquiatra formado na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e diretor do Hospital de Rilhafoles; António Teixeira de Sousa [1857-1917], médico cirurgião formado na Escola Médico-Cirúrgica do Porto; e Augusto César de Almeida de Vasconcellos Correia [1867-1951], lente da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa²⁹.

fosfórico a 45, pirofosfato de ferro citro-amoniaco e água. “[Folheto de divulgação farmacêutica]”, *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de Paris*, Barcelona, 1932, novembro, n.º 20.

²⁰ Vidal, L. (1937). *Répertoire de Spécialités Pharmaceutiques. Supplément au Dictionnaire de Spécialités Pharmaceutiques*. Paris: Office de Vulgarisation Pharmaceutique, 278.

²¹ “Gottas de Visco-Serum” [anúncio comercial] (1928, 12 de abril), *A União. Órgão do Partido Republicano da Parahyba do Norte*, Paraíba, 3, 3.

²² O medicamento era comercializado em frasco e em ampolas individuais, conforme atesta a existência de uma caixa ainda com cinco exemplares e um anúncio comercial posto a circular no Brasil. Aliás, é com base neste anúncio que é possível asseverar a existência de frascos deste medicamento. “Gottas de Visco-Serum” [anúncio comercial], *A União*, 3, 3.

²³ “Gottas de Visco-Serum” [anúncio comercial], *A União*, 3, 3.

²⁴ Vidal, L.. *Répertoire de Spécialités Pharmaceutiques*, 278.

²⁵ (1932, maio) “Dr. Elisio de Moura. Brilhante Prof. de Medicina e carinhoso Diretor do Asilo de Infância Desvalida”, *O Ponney*, 54.

²⁶ Alguns dos seus trabalhos de caricatura foram também publicados em Espanha, França e Brasil. “Valença (Francisco)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, s.d., vol. XXXIII, 880.

²⁷ Valença, F. (1911). *Varões Assinalados*. Lisboa: [Typ. do Anuario Commercial?].

²⁸ “Valença (Francisco)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*, 880.

²⁹ Estampas de Miguel Bombarda, “Doutor para Rilhafoles, Bombarda para a reacção”, Estampa n.º 1, 1909, setembro; de Augusto de Vasconcellos, “Operações cirurgicas e diplomaticas”, Estampa n.º 45, 1911, julho; e de António Teixeira de Sousa, “Medico-Politico”, Estampa n.º 21, 1910, julho. Valença, F. (1911). *Varões Assinalados*. Lisboa: [Typ. do Anuario Commercial?], [5, 85, 181].

Alguns anos mais tarde, entre 1931 e 1933, Francisco Valença concebeu os seis desenhos humorísticos dedicados aos seis médicos portugueses selecionados para figurarem na «Galeria de Figuras Médicas» do *Boletín de los Laboratorios G. Fermé*. Explorando um traço e uma paleta muito idênticos em todas as composições, o caricaturista conferiu um compreensível destaque às figuras dos médicos face aos pacientes, sempre dispostas em primeiro plano em relação aos segundos, dotando-se dos utensílios clínicos e/ou fármacos associados à sua especialidade médica, e vestindo-os sempre com a costumada bata branca, sendo a única exceção a representação de Elysio de Moura, representado apenas de fato.

Considerações finais

Apesar do considerável número de retratos oficiais e até de estampas caricaturais existentes já identificadas e localizadas em algumas das instituições atrás mencionadas e dos rumos de investigação já encetados no âmbito das funções assumidas na Casa-Museu pretendeu-se com o presente estudo conferir destaque ao retrato humorístico de Elysio de Azevedo e Moura divulgado numa publicação franco-espanhola, o *Boletín de los Laboratorios G. Fermé* e do qual fez parte a «Galeria de Figuras Médicas». A escolha da estampa individual fica justificada por dois motivos: permite confirmar o reconhecimento de Elysio de Azevedo e Moura entre os seus pares estrangeiros e possibilita demonstrar o enriquecimento das coleções da Casa-Museu que lhe é inteiramente dedicada em Coimbra.

Complementarmente, este mesmo estudo pretendeu ainda dinamizar os trabalhos de investigação interdisciplinar no âmbito da História da Medicina, da História da Psiquiatria e Neurologia, da História da Farmácia e, claro está, da História da Arte, no campo específico da representação artística de teor crítico e humorístico.

Por último resta salientar a gratificação de poder continuar a trabalhar, nas múltiplas vertentes, as coleções históricas e artísticas legadas pelo Doutor Elysio de Azevedo e Moura à instituição assistencial mais acarinhada da cidade de Coimbra, a Casa da Infância Doutor Elysio de Moura que o próprio tornaria na sua única e universal herdeira.

Fontes e bibliografia

Fontes icononímicas:

Casa-Museu Elysio de Moura – Fundo iconográfico Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra

«Galeria de Figuras Médicas»: “Doctor Elysio de Azevedo e Moura” (Lâmina 27 | Europa 27– Portugal IV)

Francisco Valença

1932, janeiro

Colección J. García Plandiura – Barcelona com edição do Laboratoire G. Fermé – Paris

Coleção Milton Dias Pacheco – Fundo Elysio de Azevedo e Moura | Coimbra

«Galeria de Figuras Médicas»:

“Doctor D. Adelino Padesca” (Lâmina 5 – Europa V | Portugal I)

“Doctor D. J. Pulido Valente” (Lâmina 15 – Europa XV | Portugal II)

“Doctor D. Tiago d’Almeida” (Lâmina 23 – Europa XXIII | Portugal III)

“Doctor Elysio de Moura” (Lâmina 27 | Europa 27– Portugal IV)

“Doctor D. Augusto Monjardino” (Lâmina 39 – Europa XXXIX | Portugal V)

“Doctor Bissala [sic] Barreto” (Lâmina 45 – Europa XLV | Portugal VI).

Francisco Valença

1931, janeiro, junho, novembro; 1932, janeiro, novembro; 1933, maio.

Colección J. García Plandiura – Barcelona com edição do Laboratoire G. Fermé – Paris

Imprensa

(1928, 12 de abril). “Gottas de Visco-Serum” [anúncio comercial]. *A União. Organ do Partido Republicano da Parahyba do Norte*. Paraíba, n.º 3, 3.

(1932, janeiro-novembro). *Boletín de los Laboratorios G. Fermé de París*. Barcelona.

(1934, 20 de julho). “Ministerio de Industria y Comercio – Direccion General de Comercio y Politica Arancelaria. Registro Oficial de Importadores”. *Gaceta de Madrid. Diario Oficial de la Republica*. Madrid: tom. III, n.º 210, 1030.

(1936, 1 de outubro). “Registro de la Propriedad Industrial. Invenciones. Patentes de invención e introducción y certificados de adición – 4. Praticas concedidas”. *Boletín Oficial de la Propriedad Industrial*. Madrid: n.º 1202, 3229.

Obras e estudos gerais

Autores Anónimos/ Vários:

- (s.d.). “Almeida (Tiago Augusto de)”. *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. s.l.: Página Editora, vol. II, 66-67.
- (s.d.). “Bissaia Barreto (Fernando)”. *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Página Editora, vol. IV, 751.
- (1932, maio). “Dr. Elisio de Moura. Brilhante Prof. de Medicina e carinhoso Diretor do Asilo de Infância Desvalida”. *O Ponney*. [Coimbra], n.º 54.
- (s.d.). *Estatuto da Sociedade de Beneficência Protectora da Infância Desvalida de Coimbra*. Coimbra: Tipografia Moderna, s.d.
- (1980). *Estatutos da Casa da Infância Doutor Elysio de Moura*. Coimbra: [Casa da Infância Doutor Elysio de Moura].
- (s.d.). “Monjardino (Augusto de Almeida)”. *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XVII, 640.
- (s.d.). “Moura (Elísio de)”. *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XVIII, 12-14.
- (s.d.). “Padesca (Adelino da Costa)”. *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XIX, 927-928.
- (s.d.). “Pulido Valente (Francisco)”. *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, vol. XXIII, 683.
- (s.d.). “Valença (Francisco)”, *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, Limitada, s.d., vol. XXXIII, 880.
- Moura, E. A. (1947). *Anorexia mental*. [Coimbra]: Por Ordem da Universidade.
- Moura, E. A. (2005). *Anorexia Mental (1947)*, (Apres. Sousa, B. A.). Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Moura, E. A. (2005). *Anorexia Mental. 1947-2005*, (Preâmb. Bouça, D. e ests. e notas de Serra, A. V., Carmo, I., Torres, A. R. & Santos, A. M.). Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar.
- Moura, E. A. (1940). “O primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos”, *Boletim da Ordem dos Médicos*. Lisboa, I, 3-44.
- Moura, E. A. (s.d.). “Seance inaugurale. Allocution du Professeur Elysio de Moura”. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie*. Braga: s.e..
- Nobre, C. (1948). *Prof. Elysio de Moura. Reportagem da sua última lição*. Coimbra: s.e..
- Pereira, J. M. M. (2020). *A Psiquiatria em Portugal nas primeiras décadas do século XX: Protagonistas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, M. A. (1992). “Moura, Elísio de Azevedo e”, “Pádua, António de”, *Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis. 1772-1937*. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 219, 221.
- Saldanha, A. (1978-1979). “O Professor Elysio de Moura e o século em que viveu”, *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa. Classe das Ciências*, Lisboa, XXII, 131-141.
- Samouco, A. I., Matos, A. H., Araújo, M., & Caetano, M. (2021). “Anorexia *Mirabilis*: o culto da fome”, Pereira, A. L. & Pita, J. R. (Dir.) *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 119-125.
- Serra, A. S. V. (1987, janeiro-março). “Editorial”, *Psiquiatria Clínica*, Coimbra, 8, 1, 5-6.
- Serra, A. S. V. (2005). “Elysio de Moura. Biografia”, *Anorexia Mental. 1947-2005*, (Preâmb. Bouça, D. e ests. e notas de Serra, A. V., Carmo, I., Torres, A. R., & Santos, A. M.). Lisboa: Núcleo das Doenças do Comportamento Alimentar), V-XXII.
- Serra, A. S. V. (1978). “Elysio de Moura. Primeiro bastonário da Ordem dos Médicos”, *Elísio de Moura. Vida e Obra. Testemunhos*. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 93-99.
- Valença, F. (1911). *Varões Assinalados*. Lisboa: [Typ. do Annuario Commercial?].
- Vidal, L. (1937). *Répertoire de Spécialités Pharmaceutiques. Supplément au Dictionnaire de Spécialités Pharmaceutiques*. Paris: Office de Vulgarisation Pharmaceutique, 278.

**XIII CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
XIII INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

**V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura
V International Symposium Women and Madness**

**Coimbra, Portugal
5-7 outubro /october, 2022
On line - Via zoom**



Fotografia antiga do Hospital Sobral Cid — Coimbra

Organização

SHIS

Apoios divulgativos



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



**XIII Congresso Internacional
História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental
XIII International Congress History of Madness, Psychiatry
and Mental Health**

Online

**V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura
V International Symposium Women and Madness**

Coimbra – Portugal – 5-7 Outubro /October 2022

Programa / Program

5.outubro/October.2022

9h15 – sessão de abertura / opening ceremony

9h30 – 1.ª sessão de comunicações livres / short presentations

SALA A / ROOM A

Daniel Paul Schreber: Relato duma Luta pela Emancipação da Psiquiatria e Importância dos Relatos em Primeira Pessoa no Sofrimento Psíquico – Alejandro Iñarra Navarro, Laura Albergaria Borges

O Percurso da Hipnose pela História: Do Iman ao Divã – Carlos Siopa, Francisca Pais, João Revez

Da Apepsia Hysterica à Anorexia Nervosa: A Evolução Histórica da Terminologia – Daniela Moura Jeremias, Catarina Melo Santos, Diogo Rodrigues

Do *Shell Shock* e da Histeria às Perturbações Neurológicas Funcionais – Filipa Santos Martins, Berta Ramos, Cátia Guerra

De Kafka a Conrad – O Incognoscível Do Trema – Gisela Simões, Sabrina Jesus, Ana Inês Gomes

A Inédia Prodigiosa: Relação e Divergência entre Anorexia *Mirabilis* e Anorexia Nervosa – Andreia Salgado Gonçalves, Miguel Esteves Pereira

Loucura, Estética e Emoção: Revisitando a Síndrome de Stendhal – Inês Costa, Bruna Pinto, Paula Pinheiro

Efeito Werther – Mito ou Realidade? – Joana Cavaco Rodrigues, João Borba Martins, Desidério Duarte

A Revolução de Basaglia: Il Dottore dei Matti – Joana Miranda, Carolina Almeida, Sofia Fonseca

SALA B / ROOM B

St.Vito's Dance: The 1500s Dancing Mania – Filipe Azevedo, Leonor Santana, Carolina Almeida

Autismo: Quem, Como e o Quê? – Uma Perspectiva Histórica Controversa – Tânia Cavaco, Sara Rodrigues, Ana Sofia Milheiro

O Alienado da Vontade – A Mudança de Paradigma na Abordagem ao Doente Alcoólico no Séc. XIX – P. M. Costa, J. Teixeira

Marquês de Sade e o Transtorno de Sadismo Sexual – Rui M. Salgado, Ângela Ribeiro

A Histeria Para Além do Útero – Margarida Matias, Leonor Lopes, Marlene Alves

Síndrome de Jerusalém – J. Camilo, I. Vaz

Sluggish Cognitive Tempo: História e Evolução do Conceito – Pedro Cotta, Francisca Bastos Maia, Graça Fernandes

It Smells Like "Jikoshu-Kyofu": Quando a Obsessão se Confunde com o Delírio – João Revez Lopes, Joana Romão, Tiago Duarte

Neuroética e o Caso das Ex-Colónias Portuguesas – Mariana Andrade, Sara Garcia, Filipa Ramalheira

11h00 – Intervalo / break

11h15 – 2.ª sessão de comunicações livres / short presentations

SALA A / ROOM A

A Cura Divina? Uma Breve História da Psilocibina – Rui Pedro Andrade, Ana Lúcia Costa, Hugo Afonso

Melatonina: Da Descoberta Às Inúmeras Funções – João Brás, Nuno Castro Sousa, Ana Pinto Costa

Drugged-Up Nazis: Drug Use in the Third Reich and its Influence on the War – Sabrina Jesus, Gisela Simões, Inês Gomes

A Relação Díficil do Terceiro Reich com o Consumo de Substâncias Psicoativas – João Bastos, Sofia Barbosa

70 Anos de Antipsicóticos: Uma Revisão Histórica Sobre a Origem da Clorpromazina – Gabriela Andrade

Electroconvulsive Therapy: Its Dark Beginning During the Second World War – M. Pão-Trigo, P. Melo Ribeiro
 Eletroconvulsivoterapia – Da Charlatanice à Aura da Ciência – Ana Lúcia Costa, Rui Andrade, Ana Isabel Oliveira
 A Busca Pelo Controlo da Mente – Programa MK Ultra – Bruno Afonso da Luz, Joaquim Sá Couto, Miguel Pão Trigo
 Anorexia Mental – Um dos Legados de Elysio de Moura – Ana Lourenço, Marta Ribeiro, Marta Rebelo

SALA B / ROOM B

Loucura e Arte Bruta, Em Busca de um Sentido Para o Caos – Bianca Jesus, Margarida Passos, José João Silva
 A Arte da Loucura: A Arte Bruta – Ângela Azevedo, Beatriz Cerqueira da Silva, Catarina Portela
 Gustav Klimt: A Obra Por Trás do “Glitter” – Isabel Fonseca Vaz, Bianca Jesus, Miguel Pires
 Louis Wain: A Fronteira Diagnóstica Entre Esquizofrenia e Síndrome de Asperger no Adulto – M. Magalhães, M. Andrade, G. Soares
 As Rapsódias de Johann Christian Reil Como Base da Palavra “Psiquiatria” – Andreia Certo, João Castro Rodrigues, Eva Mendes
 Aïda e a Psicopatologia Oriental de Kimura Bin – Henrique Casal Ribeiro, João Camilo, Ana Margarida Ribeiro
 Psicose, Sob a Lente de David Bowie – Carolina Almeida Rodrigues, Francisco Martins Costa, Vitória Silva de Melo
 Don Juan de Molière – Um Paralelismo Com a Perturbação Narcísica da Personalidade – Bárbara Ferreira, Rebeca Cohen
 Uma História Sobre o Suicídio – Ana Sofia Miranda; Ana Batista; Joana Miranda

13h00 – Intervalo para almoço / Lunch

14h00 – Conferência plenária / Plenary lecture

A Procura de Novos Caminhos nos Séculos XX e XXI: Normalidade, Pathos e Artes – Stefanie Gil Franco

15h00 – 3.ª sessão de comunicações livres / short presentations

SALA A / ROOM A

“Ten Days in a Mad-House” (1887): A Psiquiatria Entre O Asilo E O Exílio – Joana Cardão, Ana Samouco
 A Síndrome dos Duplos Subjetivos e o Duplo de Dostoyevsky – J. Romão, F. Ramalheira, J. Revez
 “A Outra Verdade”, A Loucura na Itália de 1900 Pelos Olhos de Alda Merini – Francesco Monteleone, Andreia Gonçalves, Eduarda Machado
 A Fenomenologia da Psicose em ‘O Duplo’ de Dostoiévski: Das Fases Conradianas aos Síndromes de Falsa Identificação Delirante – João Alves Leal, João Francisco Cunha, Rute Cajão
 Ângelo de Lima: A Poesia Que Floresce Da Loucura – Ana Inês Gomes, Gisela Simões, Sandra Vicente
 Sylvia Plath – The Poet Who Turned Into A Myth – Patrícia Marta, Diana Marta, Renato Sousa
 David Fincher e a Caracterização da Loucura – José Sobral Abrantes, Francisca Pais, Marta Rebelo
 Spider – A Esquizofrenia Segundo Mcgrath e Cronenberg – Bárbara Moura, Mariana Remelhe, Raquel Ribeiro Silva

SALA B / ROOM B

O Bom, O Mau e O Vilão – Uma Visão Cinematográfica Da Psiquiatria – Rita Machado Lopes, André Ferreira Silva, Francisco Martins Costa
 Síndrome de Munchausen por Procuração: Exemplos Cinematográficos – Maria T. D. Viseu, Mónica Barbosa Pinto, Francisco Ferreira
 A Perturbação Obsessivo-Compulsiva Pela Comédia – Inês Grenha, Janaína Maurício, Mariana Maia Marques
 Repulsion (1965) De Roman Polanski e a Vertigem Psicótica – Inês Monteiro Lopes, Diogo Seabra, Leonor Lopes
 American Psycho – Superficialidade Decadente – Liliana Gomes, Emanuel Santos
 Shutter Island – O Cinema Como Veículo Para a Empatia – André Ferreira Silva, Rita Machado Lopes, Marta Abrantes
 Melancholia: A Representação Cinematográfica da Depressão – João Castro Rodrigues, Lúcia Ribeiro
 Laranja Mecânica: Quem é Alex? – Uma Perspetiva Psicodinâmica – Beatriz Cerqueira da Silva, Catarina Portela, Ângela Azevedo

16h30 – 4.ª sessão de comunicações livres / short presentations

O Famoso Caso do Desaparecimento de Elisa Lam – Filipa Viegas, Rita Felício, Inês Carmo Figueiredo
 A “Maior Prova de Amor” Que Reformulou a declaração De Insanidade – Miguel Pires, Salomé Mouta, Juliana Nunes

Auguste Comte – O Anticlericalista Que se Intitulava O “Sumo-Sacerdote” Da Humanidade – Ilda Vaz, Henrique Casal Ribeiro, Daniela Lascasas

A Leg To Stand On: O Conceito de Funcional no Dualismo Corpo-Mente Desconstruido de Oliver Sacks – P. Melo-Ribeiro, M. Pão-Trigo, J. Borba-Martins

Darwin (1859) e Cajal (1902). Àcerca da Guerra – Alfredo Rasteiro

17h30 – Intervalo / break

17h45 – SIMPÓSIO TEMÁTICO EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ (MÉXICO). MEDIO SIGLO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA / SYMPOSIUM EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ (MÉXICO). MEDIO SIGLO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA (Coords: Carlos A. Viesca y T.; Rosa María Osiris Pazarán Galicia)

La Revolución Psiquiátrica y el Nuevo Modelo Hospitalario – Carlos A. Viesca

Proyecto y Construcción del Hospital Fray Bernardino Álvarez – Mariablanca Ramos Rocha de Viesca

Los Primeros Años del Hospital – Beatriz Vitela Maldonado

Presente y Futuro de la Atención Psiquiátrica en el Hospital Fray Bernardino Álvarez – Rosa María Osiris Pazarán Galicia

19h00 – Encerramento dos trabalhos do primeiro dia / closing 1st day

6.outubro/October 2022

09h00 – Comunicação Poster / Posters

Franz Kafka – Uma Página da História da Psiquiatria na Literatura – Ana Duarte, João Revez, Carlos Siopa

História da Disforia de Género – De Heliogabalus à Cirurgia de Reafirmação de Género, Passando Pelos Conceitos – António Alho, Núria Santos, Marisa Martins

Leonard Cohen Wants It Darker – Carolina Afonso Romano

Suicídio no Japão: O Caso do Seppuku – Cidália Peixoto, Marina Cruz, Henrique Medeiros

O Estudo de *Tuskegee*: Vulnerabilidade, Investigação E Cuidados Médicos – Eduardo Pinho Monteiro, Sónia Azenha

Como as Notas Curam a Alma, Breve História da Musicoterapia – Francesco Monteleone, Márcia Gonçalves, Eduarda Machado

A Depressão Dissecada em “Escuridão Visível” de William Styron – Francisca Bastos Maia, Elisa Ferreira, Vânia Martins Miranda

O Conceito de Loucura Puerperal no Século XIX – Francisca Pereira, Ana Miguel, Vítor Pimenta

“Cisne Negro” – O Bailado da Psicopatologia – Helena João Gomes, Raquel Alves Moreira, Joana Pereira Correia

“O Aviador”: Uma Viagem Pela Perturbação Obsessivo-Compulsiva – Joana Cardão, Afonso Matos, Inês Azevedo Silva

Relevância Atual do Delírio Sensitivo de Autorreferência – Joana de Carvalho Moura, Diogo Seabra

Júlio de Matos e a Psiquiatria Forense em Portugal – Joana Martins, Joana Abreu, Tânia Casanova

O Contributo de António Maria de Sena para a Psiquiatria em Portugal – Joana Tavares Coelho, Sertório Timóteo

‘Salò ou Os 120 Dias de Sodoma’ – O Desenvolvimento Psicossocial Freudiano e as Perturbações Parafilicas na Obra de Pasolini – João Alves Leal, João Francisco Cunha, Rute Cajão

Sexualidade no Século XX em Portugal – João Borba Martins, Pedro Melo Ribeiro, Joana Cavaco Rodrigues

Schreber, Memórias de uma Doença Nervosa – José Santos Morais, Susana Fonseca

A Loucura Surrealista – José Santos Morais, Susana Fonseca

A Evolução do Conceito de Luto nos Sistemas de Classificação – José Miguel Paupério, Maria João Peixoto, João M. Borges

Abordagem Psicanalítica das Crises Mentais em Teorema de Pier Paolo Pasolini – Laura Albergaria Borges, Alejandro Iñarra Navarro, Diogo Mota da Silva

O Absurdo do Quotidiano e a Loucura na “Enfermaria N.º 6” – Leonor Lopes, Margarida Matias, Inês Monteiro Lopes

Licantropia: Do Sobrenatural à Doença Mental – Margarida Bicho, João Mendes Coelho, Beatriz Peixoto

Anorexia Nervosa no Cinema – Qual a Contribuição na sua Génese E Tratamento – Maria Beatriz Couto, Sara Oliveira

Fractalização da Seda Como Fisipatologia da Psicose – Maria do Rosário Basto, Odete Nombora

Perturbações da Personalidade – Evolução do Conceito na Perspectiva Psicossocial – Mariana Remelhe, Bárbara Moura, Raquel Ribeiro Silva

Epilepsia e Doença Mental: A Doença dos Deuses. Uma Revisão Histórica – Mariana Roque Gonçalves, Alexandra Elias de Sousa, Alzira Silva

Só Sofrendo Se É Pessoa: Perspetivas Sobre o Sofrimento – Mariana Sousa, Daniel Terêncio, Beatriz Lourenço

Comportamentos Autolesivos em Público: O Caso da *Performance Art* – Marina Cruz, Cidália Peixoto, Henrique Medeiros

O Caso de David Reimer – Como se Constrói a Identidade de Género – Marta Abrantes, André Ferreira Silva

Do “Doudo” ao Doente Mental: O Tratamento no Hospital Conde Ferreira – Marta Rebelo, Francisca Pais, Rita André

Psicoterapias Cuidador-Bebé no Século XX – Pedro Cotta, Márcia Rodrigues, Graça Fernandes

Contextualização Histórica dos Comportamentos Autolesivos Não Suicidários – Pedro Carvalho e Marques, Maria do Rosário Monteiro, Otília Queirós

Neurastenia, Diagnóstico Caído ou Redefinido Pelo Contexto? – Rafael Silva Carvalho, Mónica Figueiredo Santos, Emanuel Santos

***Sluggish Schizophrenia* ou Esquizofrenia Lentamente Progressiva: Retrato da Influência Política Sobre a Psiquiatria** – Rui Pedro Vaz, Joana Martins, Nuno Pessoa Gil

O Serviço Comunitário do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu: Quase Meio Século de História do Primeiro Serviço Comunitário de Saúde Mental em Portugal – Rui Sousa, Eliana Almeida, Nuno Cunha

Os Frutos da Desgraça – Gripe Espanhola E Saúde Mental – Salomé Mouta, Miguel Pires, Isabel Fonseca Vaz

A Linhagem da Loucura: Insanidade na Dinastia Júlio-Claudiana do Império Romano – Vítor Hugo Jesus Santos, Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Maria Teresa Salgado Lameiras Carvalhão Santos Pinto

Psicose e Filosofia: Uma Narrativa Na Primeira Pessoa – Vitória Silva de Melo, Carolina Almeida Rodrigues, Rita Machado Lopes

11h00 – Intervalo / break

11h15 – Sessão de comunicações / oral presentations

Eletrochoque: O Estojo e a Sua História Controversa – Mariana Bernardo Nascimento, Amélia Ricon Ferraz

O Uso de Anfetaminas na Segunda Guerra Mundial – Rodrigo Saraiva, Catarina Cordeiro, Beatriz Côrte-Real

Prosperar em Tempos Adversos: A II Guerra Mundial e os Avanços na Pedopsiquiatria – Isabel Almeida; Joel Brás

‘Comprimidos Para os Nervos’: A História dos Primeiros Psicofármacos – Carolina Pinto-Gouveia, Joana Marques Pinto, Susana Renca

La Rehabilitacion Psicosocial en el Norte de Portugal: ¿Compartira las Mismas Dificultades que la Rehabilitacion Psicosocial en la Provincia De Pontevedra? – Miguel Angel Miguelez Silva, Adrián Gramary Cancelas, Raimundo Mateos Alvarez

Movimento Antipsiquiatria e o Seu Papel na História da Psiquiatria – Rui Pedro Vaz, Joana Abreu, Nuno Pessoa Gil

13h00 – Intervalo para almoço / lunch

14h00 – Conferência plenária / Plenary lecture

O “Caso” de Eduard Einstein, o Filho de Einstein com Experiência de Doença Mental: Implicações Históricas e Actuais – Manuel Viegas Abreu

15h00 – SIMPÓSIO TEMÁTICO JÚLIO DE MATOS /SYMPOSIUM JÚLIO DE MATOS (Coord.: José Morgado Pereira)

A Originalidade de Júlio de Matos na História da Psiquiatria Forense Portuguesa – Inês Pinto da Cruz

Júlio de Matos (1856-1922), uma Revisão da sua Obra – José Morgado Pereira

A Condição Histórico-Cultural da Ciência de Júlio de Matos (1856-1922) – Ana Leonor Pereira

16h30 – Intervalo / break

17h00 – Sessão de comunicações / oral presentations – V SIMPÓSIO MULHERES E LOUCURA/V SYMPOSIUM WOMEN AND MADNESS

SALA A / ROOM A

O Extase de Santa Teresa D’Ávila – Para Além da Histeria – António Alho, Núria Santos, Marisa Martins

Luísa de Jesus, a Última Execução Feminina em Portugal – Diogo Francisco Rodrigues, Daniela Jeremias

Psicose Histórica: Revisitando um Clássico – Boaventura Rodrigo Afonso, Daniela Oliveira Martins, Fábio Monteiro Silva

Cirurgia de Battey – A Cirurgia Ginecológica para Tratamento da Histeria no Século XIX – Mónica Figueiredo Santos, Rafael Carvalho, Jorge Mota

Camille Claudel: Um Percurso Esculpido Entre a Arte, um Amor Erodido, uma Família Austera e a Psicose – Teresa Reynolds De Sousa, João Revez, Marta Ribeiro

Virginia Woolf: Psicopatologia, Vida e Obra – Filipa Ramalheira, Joana Romão, Mariana Magalhães

Erotomania, O Amor Como Delírio: Acerca de um Caso Clínico – Clotilde Osório, Pedro Martins, Pedro Macedo

SALA B / ROOM B

You Either Believe It Or You Don't Believe It. It Doesn't Matter. In No Anyway Whatsoever – O Caso De Anna Anderson – Pedro Miguel Martins, Clotilde Osório, Pedro Macedo

O Peso da Fama: A Anorexia Nervosa de Karen Carpenter – Mariana Maia Marques, Inês Grenha, Teresa Novo

“A Rapariga Dinamarquesa” – A História de uma das Primeiras Mulheres Transgénero – Raquel Alves Moreira, Helena João Gomes, Joana Pereira Correia

Entre a Arte Psicadélica e a Esquizofrenia: O Percurso Alucinante de Yayoi Kusama – Rui Sousa, Nuno Castro, Nuno Cunha

Sofia, o Retrato de uma Personalidade Borderline por Vergílio Ferreira – Tiago Coelho Rocha, Sandra P. Torres, Andreia Lopes

As Imagens do Inconsciente de Nise da Silveira – Catarina Cunha, Célia Soares, Veridiana Ferrari

Nise da Silveira – O Papel na Revolução da Psiquiatria Brasileira – Mónica Barbosa Pinto, Maria T.D. Viseu, Sílvia Batista

19h00 – Encerramento dos trabalhos do segundo dia / closing 2nd day

7.outubro/October.2022

09h00 – Comunicações / oral presentations

Mad Doctors, Psicopatas, Hipnotismo e Psicanálise: O Cinema Alemão da República de Weimar – Adrián Gramary

“A História de uma Casa de Cuidar Bucólica”: Uma Resenha do Hospital Sobral Cid – Ana Carolina Pires, Carolina Pinto-Gouveia, Miguel Bajouco

Ilustrados e Submissos: Os Alienados no Hospital do Conde Ferreira Pelos Finais do Século XIX – Analisa Candeias

Regresso a *Gente Feliz Com Lágrimas*, de João de Melo. Medicina Narrativa – António de Vasconcelos Nogueira

The Disease and Opera of Francesco Jose de Goya y Lucientes – Chico Bogdan Horia

10h30 – Intervalo / break

10h45 – Comunicações / oral presentations

“Pessoas de Vidro”: A Propósito do Rei Carlos VI – Filipa M Ferreira, Nuno Borja Santos, Luís Afonso Fernandes

O Retrato da Perturbação do Espectro do Autismo no Cinema – Francisca Bastos Maia, Pedro Cotta, Vânia Martins Miranda

A Influência das Teorias Biotipológicas Europeias nas Práticas dos Psiquiatras que Atuavam no Manicômio Judiciário da Paraíba-Brasil em 1944: O Caso do Sr. João Alexandre Gomes, O Primeiro Paciente Daquela Estabelecimento – Helmara Giccelli Formiga Wanderley, Ivo Emanuel Dias Barros

Psiquiatria en la Posguerra Española: Campos de Concentración, Batallones de Trabajadores y Manicomios. Algunos Datos y Stories desde Galicia – David Simón-Lorda

Moral, Medicina y Peligrosidad Social: Psiquiatrización de la Homosexualidad Masculina como Estrategia Biopolítica Durante el Franquismo (1936-1975) – J. Santos Osuna

12h45 – Apresentação de livros: História Interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental – XII e Mulheres e Loucura – IV

13h00 – Intervalo para almoço / lunch

14h00 – Conferencia plenária / Plenary lecture

Criatividade e Pathos – Criação Artística e Traços Patogénicos: Realidade ou Mito? – Rosário Neto Mariano

15h00 – Sessão de comunicações / oral presentations – V Simpósio Mulheres e Loucura/V Symposium Women and Madness

“La Otra Verdad”. Locura y Género en la Obra de Alda Merini – Celia García-Díaz

Las Hojas de Ingreso Como Herramientas para Acercarnos a la Vida de las Internas en el Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela) Hasta los Años Treinta del Siglo XX – Carmen Marina Vidal Valiña

Mind Over Brain: Janet and Freud Treating Hysteria – Moreno Paulon

Elizabeth Packard: Do Manicómio à Reforma das Leis de Saúde Mental e Direitos das Mulheres – Catarina P. Desport, Catarina Cunha, Gustavo França

16h30 – Intervalo / break

17h00 – Sessão de comunicações / oral presentations

Nonsuicidal Self-Injury: A Historical Perspective – Cláudia Sousa Reis, Raquel Pedrosa

Gerontopsiquiatria Através da Arte: “Las Pinturas Negras” de Francisco Goya – Joana Marques Pinto, Ana Carolina Pires, Joana Andrade

Seeing Beauty Not Only in Art and Nature But Also in Science – Sérgio P. J. Rodrigues, Antonio Riganelli

De Médico e de Louco... Não Temos Nenhum Outro: As Representações Caricaturais de Elysio de Azevedo e Moura – Milton Pacheco

El Vampirismo Desde la Vertiente Psicomédica: Apuntes Históricos Para la Reconsideración de una Condición Psiquiátrica – Francisco Pérez-Fernández, Francisco López-Muñoz

Teratologia Mental em João da Rocha (1868-1921) – Manuel Curado

19h00 – Sessão de encerramento / closing session

XIII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / V Simposio Internacional Mulheres e Loucura – V International Symposium Women and Madness

Organização/Organization: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS e apoio divulgativo do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia – CEIS20 – Universidade de Coimbra e da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Organização e secretariado / Organization and secretariat

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Apoio divulgativo / dissemination support

Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia – GHSCT-CEIS20, Universidade de Coimbra (coords. Profs. Doutores Ana Leonor Pereira; João Rui Pita); Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Comissão Científica / Scientific Committee:

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Francisco López-Muñoz (Universidad Camilo José Cela, Spain)
- 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 Gabriela S.M.C. Marinho (Universidade Federal do ABC – UFABC, Brasil)
- Maria do Rosário Mariano (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Manuel Viegas Abreu (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Romero Bandeira (Universidade do Coimbra, Portugal)

Comissão Organizadora / Organizing Committee:

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Victoria Bell (Universidade de Coimbra, Portugal)

Agradecimentos: a organização agradece de modo particular o apoio divulgativo concedido pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Coleção:

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

Diretores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A coleção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI” editada pela Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde sucede à coleção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX”. Foram fundadas por Ana Leonor Pereira e João Rui Pita. Esta coleção reúne estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

N.º 23**Título**

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII

Autores (Editores):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Resumo

Esta obra coletiva intitulada *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII* resulta da reunião de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que serviram de base a apresentações realizadas no XIII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental realizado em 2022.

Volumes publicados:

A coleção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI” sucede à coleção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX”. Esta coleção reúne estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

1. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Darwin, darwinismos, evolução (1859-2009)*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 252 p. ISBN: 978-972-8627-23-2
2. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 100 p. ISBN: 978-972-8627-22-5
3. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça (1934-2010)*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 87 p. ISBN: 978-972-8627-21-8
4. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2011. 145 p. ISBN: 978-972-8627-33-1
5. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) – *Luiz Wittnich Carrisso – Hereditariedade. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de ciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá 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, 2020. 445 p. ISBN: 978-989-54537-7-1.
20. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Mulheres e Loucura – III*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2021. 173 p. ISBN: 978-989-54537-8-8.
21. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XII*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2022. 754 p. ISBN: 978-989-54537-9-5.
22. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Mulheres e Loucura – IV*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2022. 242 p. ISBN: 978-989-53831-0-8
23. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIII*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2023. 329 p. ISBN: 978-989-53831-3-9

