

Mulheres e Loucura – V

Ana Leonor Pereira | João Rui Pita (Coord.)

24

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

2023

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita
(Coordenadores)

Mulheres e Loucura

– V –

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 24

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

Ficha Técnica

TÍTULO: Mulheres e Loucura – V
COORDENADORES: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
LOCAL: Coimbra
EDIÇÃO: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde
ANO DE EDIÇÃO: 2023
ISBN: 978-989-53831-4-6

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

Índice

Introdução	7
Ana Leonor Pereira, <i>João Rui Pita</i>	
“La otra verdad”. Locura y género en la obra de Alda Merini	9
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	15
Carmen Marina Vidal Valiña	
Psicose Histórica: revisitando um clássico	19
Boaventura Rodrigo Afonso, Daniela Oliveira Martins, Fábio Monteiro Silva	
Cirurgia de Battey – A Cirurgia Ginecológica para Tratamento da Histeria no Século XIX	25
Mónica Figueiredo Santos, Rafael Carvalho, Jorge Mota	
Virginia Woolf: Psicopatologia, Vida e Obra	31
Filipa Ramalheira, Joana Romão, Mariana Magalhães	
Erotomania, o Amor como Delírio: Acerca de um Caso Clínico	35
Clotilde Osório, Pedro Martins, Pedro Macedo	
Elizabeth Packard: do Manicómio à Reforma das Leis de Saúde Mental e Direitos das Mulheres	41
Catarina P. Desport, Catarina Cunha, Gustavo França	
Luísa de Jesus, a Última Execução Feminina em Portugal	45
Diogo Francisco Rodrigues, Daniela Jeremias	
“Cisne Negro” – O Bailado da Psicopatologia	49
Helena João Gomes, Raquel Alves Moreira, Joana Pereira Correia	
“A Rapariga Dinamarquesa”. A História de uma das Primeiras Mulheres Transgénero	55
Raquel Alves Moreira, Helena João Gomes, Joana Pereira Correia	
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	61
Coleção Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI	69

Introdução

A presente obra intitulada *Mulheres e Loucura V* é constituída por textos admitidos a publicação e que estiveram na base de algumas comunicações apresentadas no Simpósio Internacional “Mulheres e Loucura” que integrou o *XIII Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XIII International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* que se realizou em Coimbra nos dias 5 a 7 de outubro de 2022.

O Congresso realizou-se on-line devido às recomendações de precaução face à pandemia de COVID19. Este livro não é, portanto, um livro de atas do Simpósio pois várias comunicações apresentadas no simpósio não foram convertidas em capítulos desta obra.

O Congresso teve um elevado número de propostas de comunicação e após criteriosa seleção científica teve considerável número de apresentações (tanto comunicações orais como comunicações em *poster*). Houve propostas de várias origens geográficas e de profissionais de diversas formações sublinhando-se a participação de jovens médicos e médicas com interesse por esta vertente histórico-social da psiquiatria e saúde mental.

Esta reunião científica, à semelhança dos anos anteriores, deu, então, continuidade ao seu perfil internacional e interdisciplinar.

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.

Com efeito, no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra – CEIS20 existe uma linha de investigação que versa precisamente sobre a problemática da história da loucura, psiquiatria e saúde mental e respetivas histórias terapêuticas. O Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra – CEIS20, desde a sua fundação em 1997 e institucionalização em 1998, através do grupo de pesquisa referido, mantém uma significativa atividade científica neste campo que se traduz em projetos de investigação, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, sessões de divulgação, bem como exposições. Além destes eventos refiram-se, também, várias publicações sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, ainda, artigos de divulgação.

A Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS mantém desde a sua fundação um interesse particular por estas mesmas problemáticas. A SHIS foi fundada em 2011 tendo como objetivo, entre outros, desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica em geral.

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

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

No V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura, 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 conceituado médico psiquiatra português Júlio de Matos. 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, Simpósio temático “El Hospital Fray Bernardino Álvarez (México). Medio siglo de atención psiquiátrica”, importante iniciativa organizada pela comunidade de historiadores da medicina do México que nos honrou com a sua participação no Congresso (ver programa no final da obra).

A finalizar esta breve introdução apresentamos o nosso agradecimento aos autores dos capítulos. Sem os autores, a publicação desta obra não teria sido possível. Em particular, também, uma palavras 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 d os jovens médicos e enfermeiros e das jovens médicas e enfermeiras especialistas. Viajar pela história é também aprender a respeitar as “certezas” do presente, alcançadas com esforço, dedicação e inteligência. O presente, em breve, é passado e, também por isso, cultivar uma atitude científica e uma cultura interdisciplinar e humanista é abrir as portas 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

“La otra verdad”. Locura y género en la obra de Alda Merini

Celia García-Díaz

Historia de la Ciencia. Universidad de Málaga

E-mail: celiagarcia@uma.es

“(…) por lo tanto, no estoy segura al definir mi enfermedad como algo que llegó por sí misma y me siento más cómoda al decir que, en todo caso, fue causada, modificada y agravada por la asistencia inadecuada y perjudicial del manicomio”.

Alda Merini, *La otra verdad*, p. 97

Resumen

Alda Merini (Milán 1931-2009) fue una escritora y poeta italiana cuya producción literaria no puede entenderse sin un acercamiento a su biografía. Tras tener a su primer hijo, Alda fue internada por su marido en un manicomio donde pasó largas estancias siendo diagnosticada tanto de depresión posparto como, más tarde, de trastorno bipolar. Durante sus internamientos, Alda se dedicó a escribir, animada por su psiquiatra, que le regaló una máquina de escribir para que pudiera plasmar sus sensaciones y sus vivencias en el papel. Planteando elementos como la soledad, el abandono, la situación de extrema vulnerabilidad, Alda nos mostrará a través de sus escritos cómo el sentimiento de incompreensión jugó un papel fundamental en el desarrollo de su malestar y cómo a través de la escritura, pudo sublimar todo ese sufrimiento haciéndonos llegar hasta hoy su experiencia de internamiento en una narración que alterna la poesía y la narrativa.

Palabras clave: Alda Merini, locura, género

Introducción

La producción literaria de Alda Merini ha sido recientemente traducida al castellano. Escritora prolífica, tanto de poesía, prosa y género epistolar, muestra un estilo teñido por lo autobiográfico que hace imprescindible conocer su vida para poder entender sus textos.

El objetivo de este trabajo es analizar su texto *La otra verdad*, que recoge su paso por diferentes internamientos psiquiátricos y ponerlo en contexto tanto con la psiquiatría de la época. A través de su biografía se abordará qué elementos relacionados con el hecho de ser mujer facilitaron el paso hacia la institución manicomial, colaborando activamente en la cristalización de su proceso patológico.

Alda Giuseppina Angela Merini nació el 21 de marzo de 1931 en Milán en el seno de una familia humilde. Su primera publicación fue a los 15 años. En 1947, Merini fue internada durante un mes en el Hospital Psiquiátrico de San Raffaele Turro (Villa Turro) de Milán. A su salida, tras un encuentro con un grupo de poetas amigos, Giorgio Manganelli llevó a Merini a terapia con dos psicoanalistas. Comenzó su producción poética siendo incluida en antologías como la de Giacinto Spagnoletti *Antologia della poesia italiana 1909-1949*, publicada en 1950. En 1951 se publicaron dos poemas inéditos de Merini en el libro *Poetesse del Novecento*. En 1953 aparece su primer volumen propio de poemas, *La presenza di Orfeo*. En 1955 publica *Nozze Romane* (Bodas romanas) y *Paura di Dio* (Miedo de Dios). Este mismo año nace su primera hija, Emanuela. Alda dedicará al médico que cuidó de su niña, Pietro De Paschale, la selección de versos *Tu sei Pietro* (Tú eres Pedro) que se publicó en 1961. Tras *Tu sei Pietro* comienza un periodo de silencio y aislamiento, debido a su internamiento en el Hospital Psiquiátrico Paolo Pini, que dura hasta 1972 (con periodos en los que volvía a la casa familiar, durante los cuales nacieron otros tres hijos, entre otros su predilecta hija Barbara). Hasta 1979 se alternaron los periodos de estabilización y recaída, retomando la escritura sobre su experiencia de internamiento con la publicación en 1984 de *La Terra Santa*. En julio de 1986 regresó a Milán y recibió la asistencia de la doctora Marcella Rizzo, a la que dedicó más de una poesía. Se publica *L'altra verità. Diario di una diversa* su primer libro en prosa, al que siguieron *Fogli bianchi* en 1987 y *Testamento* en 1988.

Merini inició un periodo de gran fecundidad literaria y de estabilidad psicológica. En invierno de 1989 la poeta frecuenta el café-librería Chimera, situado en los Navigli (canales) de Milán, cerca de su casa, donde ofrecía sus

escritos mecanografiados a los amigos del café. En este periodo editó libros como *Delirio amoroso* (1989) e *Il tormento delle figure* (*El tormento de las figuras*, 1990). Entre los años 2000 y 2004 tuvo una intensa actividad literaria. En febrero de 2004 Merini ingresó en el Hospital San Paolo de Milán por problemas de salud. Su precaria situación económica hizo que los amigos de la poeta organizaran una petición pública de ayuda recibiendo apoyo de diferentes lugares de la geografía italiana. Murió en Milán en 2009 a causa de un cáncer óseo.

Subjetividad y locura: la literatura como vehículo de experiencias

La línea de investigación sobre mujeres y locura ha sido desarrollada fundamentalmente por las académicas feministas de la segunda ola que accedieron a las universidades y pudieron plantear nuevas líneas de investigación. Autoras como Phyllis Chesler, mostraron como la construcción de la idea de la locura en las mujeres tenía que ver con una visión androcéntrica de la ciencia psiquiátrica que sería usada para mantener a las mujeres sujetas a un rol femenino concreto (Chesler, 2020). Estudios históricos como el de Elaine Showalter en *The Female Maladie* (2014) y el estudio de cartas de mujeres desde instituciones psiquiátricas como *Women in the asylum* (Geller y Harris, 1995) nos permiten abordar la cuestión de la subjetividad de las mujeres internadas en las instituciones.

Las temáticas recurrentes en *La otra verdad* son muy variadas, pero podemos establecer una continuidad en esa construcción generizada de su proceso de enfermar. Las cuestiones que se reiteran en su escrito tienen que ver con los siguientes tópicos: Familia y sentimiento de monstruosidad; relaciones con el personal de la institución; sexualidad y amor en el manicomio; psicoanálisis; reforma psiquiátrica italiana; uso de los fármacos en el manicomio y ejercicio de la resistencia de Alda como paciente. Cada uno de estos puntos constituirá un apartado dentro del análisis de la subjetividad en la experiencia de internamiento de la escritora.

Toda su obra posee un carácter autobiográfico, marcado por su experiencia del manicomio y de su enfermedad mental, pudiéndose aplicar a su escritura lo que Derrida denominó «borde»: cruce entre la vida y la obra que atraviesa al mismo tiempo el corpus textual y el cuerpo de carne. En otros libros, Alda Merini renuncia a dirigir u ordenar sus recuerdos o los acontecimientos de su vida, como en *La loca de la puerta de al lado* (Merini, 2022) o en *Cartas al doctor G.* (2008), donde la narración no tiene una dirección definida, no solo por la fragmentación cronológica propia del género epistolar, sino por la condición ontológica del sujeto que escribe, falto de un sentimiento de continuidad temporal y de coherencia interior. La fragmentación del yo se traduciría, como sostiene Butler, en su falta de control sobre la escritura (Arriaga, 2008, p. 483). Sin embargo en *La otra verdad* sí hay una narración que nos permite entrar en contacto con su experiencia de internamiento, cargada de emociones y sentimientos que expresa de forma clara y valiente.

La monstruosidad

El primer contacto de Merini con el manicomio tuvo unas coordenadas muy concretas rodeadas por una situación de pobreza extrema, acompañada del fallecimiento de su madre, la incompreensión de su reciente marido y su papel como cuidadora de sus hijas. Ante la presión, Alda se fugó del domicilio al no encontrar apoyo alguno a su situación, a lo que el marido respondió llamando al manicomio para que la internaran. La relación con su madre fue problemática en cuanto al papel de sumisión, la madre como concubina del padre, situación que ella rechazaba de forma frontal. Este elemento ha sido visto por algunos autores como una cuestión edípica, aunque puede ser analizada como una actitud de resistencia feminista. Además, Alda mostraba ya cierta inclinación por el mundo del arte, cuestión que no era muy aceptada por su madre. Esta dificultad en la identificación con la figura femenina de referencia comenzó a provocar a Alda la sensación de ser diferente pero con connotaciones negativas, como ella misma relató en su escrito:

“Aquí nace mi monstruosidad, la monstruosidad de mi existencia, la monstruosidad de mi propia madre y, finalmente, la agresión con el consiguiente deseo de huir de casa” (Merini, 2019, p. 41)

Durante su primer ingreso, su marido no fue a visitarla al manicomio. Su hermana quiso sacarla y ella no quiso salir, mostrando ella una pérdida total de la confianza en los vínculos familiares. Finalmente, se le retiró la custodia de sus hijos. Pero esta supuesta monstruosidad no fue sólo una sensación de incompreensión, soledad y abandono absoluto por parte de su familia, sino que tuvo que ver con las vivencias dentro de la institución manicomial. Alda dio a luz atada en dos ocasiones dentro del manicomio:

"(...) porque en el manicomio está prohibido montar escándalos o exteriorizar los propios miedos. Así nos reprimían y hacían de nosotros seres frustrados, cada vez más enfermos" (Merini, 2019, p. 66)

Relación con personal del manicomio. La "no vida" en la institución

Merini criticó duramente la difícil relación con el personal de cuidados de la institución manicomial, así como la insistencia en crear un límite entre la supuesta normalidad psíquica y la anormalidad:

"Nuestras enfermeras eran seres privados de todo sentimiento humano, al menos en relación a nosotras y, dado que nuestra vida en el interior del hospital era ya tan difícil, ellas la hacían aún más oscura, mortificándonos y mostrándonos a cada paso en falso que éramos "diversas" y, por lo tanto, no podíamos entrar ni en sus conversaciones ni en su estilo de vida" (Merini, 2019, p. 31)

Como planteó Erving Goffman en su obra *Internados* (2008), los manicomios fueron lugares donde las personas ingresadas eran sometidas al despojo de su subjetividad, por varios mecanismos: la prohibición de tener objetos personales, la uniformidad, el atenerse a un horario y unas rutinas fijas, eran características de las instituciones totalitarias y no fue menos el caso del manicomio donde Alda estuvo internada. Los rituales de comprobación de la toma de las medicaciones eran descritos por la poeta de la siguiente forma:

"Las horas no pasaban en aquel tristísimo lugar. Nos hacían poner en fila sobre extensas tarimas, todos con idénticas caras amorfas; y mirábamos al suelo como condenados a muerte (...) las enfermeras nunca nos miraban. Solo de vez en cuando aparecía en la sala el carrito de las medicinas con la misma enfermera siempre amable, que nos miraba la boca de arriba abajo para ver si de verdad nos tragábamos las pastillas: algo reprochable" (Merini, 2019, p. 54)

El Doctor G. y Alda Merini

El papel fundamental que tiene en la recuperación de los pacientes la relación médico paciente también puede ser analizada desde la experiencia de internamiento de la escritora. El Doctor G. como ella lo denomina en su obra, se convirtió en una pieza clave de su recuperación y, sobre todo, del reconocimiento de su valía como literata. Él estaba convencido de que había un trauma en la vida de Alda que estaba provocando su psicopatología, y por eso nunca hablaba de que tenía "una enfermedad mental". Las entrevistas entre el Doctor G y Alda se fraguaron en un entorno hostil, pero el médico siempre otorgaba la dimensión de persona a Alda, por lo que, en sus entrevistas, había espacio para el encuentro subjetivo. Y uno de estos elementos fue el reconocimiento por parte del Doctor G, de la pasión de Alda por la poesía, lo que le llevó a regalarle una máquina de escribir para que escribiera durante el internamiento (Merini, 2019, p. 55-56). Desde entonces, el Doctor G. es mostrado en su obra como una especie de personaje "protector" pero sin atisbo de paternalismo:

"En aquel manicomio se practicaba el horror de la terapia electroconvulsiva. Cada cierto tiempo, nos agolpaban dentro de una habitación y nos hacían aquellas horripilantes "brujerías". Lo llamo "brujerías" porque no servía para otra cosa que para embrutecer nuestro espíritu y nuestra mente. Más de una vez el doctor G. me cogía del brazo y me apartaba de aquel suplicio. Comenzaba a llorar y después me meaba encima, por el miedo que había experimentado" (Merini, 2019, p. 61)

Muchas veces la paciente Merini se coloca en el lugar de su médico para hablar de medicinas o procesos de curación, demostrando el conocimiento que tiene de su propia enfermedad y del psicoanálisis. La anamnesis de Alda Merini con respecto a sus vivencias y relación con la enfermedad, permite al médico y paciente colaborar en la construcción de su significado. Ella entra y sale de su condición de enferma, no solo poniéndose a su mismo nivel, sino incluso usando un tono de amonestación o superioridad (Arriaga, 2018, p. 486).

Sexualidad y amor en el manicomio

Las personas internadas en instituciones psiquiátricas se ven despojadas de todo aquello que las hace únicas y diferentes. La prohibición explícita o implícita de que los internados mantengan relaciones sexuales o amorosas forma parte de este proceso de coerción. Se les niega la posibilidad de encontrar relaciones de apoyo que pueden

llegar a ser fundamentales en sus procesos de recuperación, que mitigan el sentimiento de soledad y aislamiento. Ella misma refería:

“En el manicomio, como he dicho, el sexo está prohibido como si fuera algo sucio, casi como si fuese portador de microbios patógenos y nosotros éramos por eso asexuados, lo que no significaba que nuestras miradas estuviesen menos cargadas de intensidad y demandas sexuales” (Merini, 2019, 25).

Para entender la concepción del amor como terapia y de la pasión como motor de vida del yo en la obra de Merini, hay que considerar el origen de su sufrimiento. El marcado rechazo de las figuras masculinas de su vida hacia ella (padre y marido) atraviesa su obra (Arriaga, 2018, 488). En esta obra la autora muestra como perseguía la búsqueda de intimidad dentro de la institución, como un espacio compartido que la separaba de las vivencias traumáticas del manicomio.

Alda mantuvo una relación fugaz con otro interno. Describe de una forma rica e intensa, desde esa mirada poética, como se encontraban en los jardines, como se acariciaban y tenían acceso a una sexualidad que le ayudaba a no sentirse extraña dentro de los muros de la institución. Sin embargo, esta historia fue fugaz. Una mañana, el interno le comunicó su marcha de la institución hacia otra para pacientes crónicos, donde la posibilidad de salir de alta era prácticamente inexistente:

“– Sabes Alda, me transfieren. Dicen que soy irrecuperable.
– No es posible –dije yo– debes recuperarte para tus hijos!
Sin embargo, tuve que rendirme ante la realidad. Y aquella vez lloré con profundo dolor por la suerte de Aldo, por la suerte de todos aquellos que no podían derrotar ese terrible mal” (Merini, 2019, 45).

La vivencia expresa de Merini sobre su sexualidad y su cuerpo, sus frecuentes alusiones en el texto, en la poesía, la hacen una mujer que desafió los cánones de la feminidad hegemónica en la Italia de los años 70 y 80. Inmersa en una sociedad machista, su anhelo en el acceso a esta sexualidad fue vista en numerosas ocasiones, más como un síntoma psiquiátrico que como una reivindicación de su subjetividad.

Psicoanálisis

El texto de Merini está impregnado por la teoría psicoanalítica. Impresiona ver el nivel de conocimiento de la autora de conceptos como complejo de Edipo, complejo de castración, entre otros, y cómo los relacionaba con su historia personal. Tras el primer ingreso, estuvo siendo analizada con un psicoanalista en Milán, por recomendación de otro escritor del círculo literario que ella frecuentaba. Durante las entrevistas con el Doctor G. los contenidos psicoanalíticos brotaban con frecuencia. Para ella, esta interpretación de su situación era estructurante y la sostenía dentro de la institución:

“Hablé de todo: de mi infancia, de mi amor por los varones, de mi inconsciente y aún consciente envidia del pene y, finalmente, del fuerte complejo de castración” (Merini, 2019, 30)

Más adelante, ella misma señaló el importante papel que la teoría psicoanalítica tuvo durante su internamiento:

“...estoy convencida que si no hubiera sido por el psicoanálisis, yo en aquel lugar horrendo podría haber muerto” (Merini, 2019, 30)

Reforma psiquiátrica italiana

Los internamientos de Alda Merini coincidieron con el desarrollo del movimiento de reforma psiquiátrica italiana, liderado por Franco Basaglia. Tras años de intenso debate político, institucional y médico desde los años 60 sobre la situación de los manicomios italianos, debate que fue trasladado a la sociedad civil, y, finalmente, el 13 de mayo de 1978 se aprobó la llamada Ley Basaglia, donde se planteaba el cierre de las instituciones manicomiales. La poeta, en su texto, quiso mostrar su opinión sobre esta cuestión:

"Existían personas que tenían la necesidad de cuidado y de ayuda psicológica, pero había también gente que era internada para dar lugar a la codicia y a la sed de poder de otras personas; y yo me daba cuenta. Por eso Basaglia ha hecho bien en cerrar los manicomios, aunque con ello haya creado otros problemas que todavía no han sido resueltos" (Merini, 2019, 40).

Sin embargo, no dejó de ser crítica con esta idea del cierre de las instituciones psiquiátricas:

"Leí ayer en *La Repubblica* que Basaglia, al cerrar los manicomios, en cierta medida ha provocado un daño. Es verdad, al apartarnos así de la sociedad, la vida ya no es la misma; la sociedad también nos es hostil" (Merini, 2019, 67).

Fármacos en el cuerpo de Alda Merini

Merini realiza una crítica feroz al mundo de los psicofármacos en su texto. Las alusiones a diferentes compuestos usados para el tratamiento de las afecciones mentales durante su ingreso son constantes:

"El pentothal no es otra cosa que suero de la verdad que, suministrado en dosis ligerísimas, puede provocar euforia e impulsar al sujeto a realizar confesiones inauditas eliminando cualquier censura" (Merini, 2019, 57)

La violencia institucional aplicada sobre el cuerpo de Merini durante el ingreso también quedó patente en las aplicaciones de determinados fármacos, que la aletargaban y la hacían sentirse completamente pasiva y domesticada:

"Sufrí terriblemente dentro de mi espíritu. Hubiera querido gritar, pero la rabia no llegaba. Me volví condescendiente, casi pasiva. Esto sucedió por la aplicación de algunas inyecciones de ciclobarbital. Sólo más tarde supe que este fármaco se usaba con pacientes violentos. Pero yo, que violenta no era, yo de naturaleza bandadosa y tranquila.... ¿Que signos habría podido mostrar? Quizá incertidumbre, no lo sé" (Merini, 2019, 57).

En el caso del tratamiento con dogmatil ella plasmó la ambivalencia de su uso. Un fármaco usado para disminuir la angustia de los pacientes, que generaba más angustia aún:

"Cuando me sometían al tratamiento con Dogmatil quedaba reducida a un estado lamentable; no podía sentarme, no tenía ni un momento de tranquilidad. Aquella horrible droga me mantenía despierta continuamente y no conseguía ni "respirar hondo", algo que en psiquiatría es muy importante para lograr calmarse" (Merini, 2019, 82).

El uso del haloperidol y largactil también fue descrito:

"Cuanto sufrimiento bajo los efectos del Haloperidol, del Largactil, fármacos muy potentes, que te seducen el cuerpo y el alma. Los estrangulamientos del espíritu eran horribles, la masacre del corazón era detestable" (Merini, 2019, 87).

Resistencia

Sin embargo, Alda Merini no fue pasiva durante su internamiento. A pesar de la difícil situación en la institución manicomial, la escritora conseguía enfrentarse a la dinámica totalizadora del manicomio, a las injusticias con otras compañeras, incluso a lo alienante de la toma de medicación obligada, medicaciones que las anulaban como personas, denunciando incluso su uso como castigo frente a su rebeldía:

"La institución era un lugar de gran pena, donde el carrito de las medicinas pasaba para hacerte creer en una ayuda inexistente. Entonces saltaba como un animal desde mi litera y corría, corría hacia el carrito, y lo derribaba y después era castigada con una dosis fuerte de largactil. Yo no quería que otras enfermas tomaran aquellas porquerías; no quería que creyesen en la salvación a través de los fármacos. Y por eso me consideraban una enferma rebelde" (Merini, 2019, 63).

Los episodios de resistencia frente a la aplicación del electrochoque quedan reflejados en su texto:

“La espera era angustiante. Muchas lloraban. Algunas orinaban en el suelo. En una ocasión llegué a agarrar del cuello a la jefa de sala, en nombre de todas mis compañeras. El resultado fue que me sometieron directamente a la terapia electroconvulsiva, sin anestesia previa, de modo que sentí absolutamente todo. Todavía recuerdo este recuerdo horrible” (Merini, 2019, 74)

La no credibilidad de las mujeres-locas

En el estudio sobre la subjetividad de las mujeres internadas en instituciones psiquiátricas una de las cuestiones que se plantean es la credibilidad de su palabra durante su internamiento. Con frecuencia, las internadas vieron como su discurso que ahogado por las narraciones que hacen de su propio proceso los familiares, los psiquiatras, las autoridades del orden, entre otros. En ocasiones, las mujeres sólo pueden ser escuchadas cuando abandonan la institución y remiten cartas a sus psiquiatras para explicarles su versión de lo acontecido (García y Jiménez, 2010). En el caso de Alda, ella reflexionó sobre esta cuestión en su texto:

“(…) Pero muchos, tal vez todos, pondrían bajo sospecha mi sinceridad por ser una enferma. Por eso he escrito un libro y he incluido también poesías, para que nuestros verdugos vean que en el manicomio es muy difícil asesinar el espíritu inicial, el espíritu de la infancia, que no está, ni podrá ser nunca corrompido por nadie” (Merini, 2019, 82).

Consideraciones finales

El texto de Merini *La otra verdad* no es sólo una obra literaria brillante. Es también un documento historiográfico que nos acerca a la experiencia de internamiento de la autora. Ella muestra de una forma clara, cómo se fue construyendo la idea de locura sobre su proceso, primero como una serie de acontecimientos traumáticos en su vida relacionados con el abandono de figuras familiares de primer orden (madre, marido), la pobreza, su inquietud literaria no aceptada por la familia y su feminidad encorsetada en un papel social rígido y machista. A pesar de sus internamientos, la poeta se sirvió de su capacidad de escribir para expresarse, analizando ella misma los factores que influyeron en su proceso. Esta autoreflexividad, su crítica a la institución y la sociedad, así como su capacidad para actuar una suerte de resistencia fueron estrategias desarrolladas por la autora para sobrevivir dentro de los muros del psiquiátrico. Como ella misma concluye en su obra:

“El hombre es socialmente malvado, un sujeto malvado. Y cuando encuentra una tórtola, cualquiera que habla demasiado lento, alguien que llora; le echa encima sus propias culpas, y así, nacen los locos. Porque la locura, amigos míos, no existe. Existe sólo en los reflejos oníricos del sonido y en aquel terror que todos tenemos, arraigado, de perder nuestra razón” (Merini, 2019, 101).

Bibliografía

- Arriaga Flórez, M. (2018). Alda Merini. Cartas desde el manicomio. En M. Martos & J. Neira (ed.). *Identidad Autorial Femenina y Comunicación Epistolar*, Madrid: UNED, pp. 483-500.
- Chesler, P. (2020). *Mujeres y locura*. Madrid: Continta me tienes.
- García Díaz, C., & Jiménez Lucena, I. (2010). Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950). *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 123-145.
- Geller, J., & Harris, M. (1994). *Women of the asylum*. Nueva York: Anchor books.
- Goffman, E. (2009). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Merini, A. (2019). *La otra verdad*. Mármara.
- Merini, A. (2022). *La loca de la puerta de al lado*. Madrid: Tránsito.
- Showalter, E. (1985). *The female malady*. Nueva York: Pantheon.

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

Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

E-mail: cmvidal@uemc.es

Resumen

Lejos de la pretendida objetividad de las historias clínicas, las hojas de ingreso incluidas en los expedientes de las mujeres ingresadas en los manicomios son una fuente poderosa para acercarnos a ciertos aspectos de su vida y su subjetividad. Este artículo las analiza en clave de género para el caso concreto de Conxo, uno de los mayores hospitales psiquiátricos del noroeste peninsular, entre finales del siglo XIX y las tres primeras décadas del XX.

Palabras clave: salud mental, género, historias clínicas, psiquiatría

Abstract

Far from the alleged objectivity of clinical histories, the admission sheets included in the files of women admitted to mental hospitals are a powerful source to approach certain aspects of their lives and their subjectivity. This article analyzes them, from a gendered point of view, in the specific case of Conxo, one of the largest psychiatric hospitals in the northwest of Spain, between the end of the 19th century and the first three decades of the 20th.

Keywords: mental health, gender, medical records, psychiatry

Introducción

La finalidad fundamental de este trabajo es analizar la reclusión en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela), desde una perspectiva de género, en el periodo que abarca desde su fundación en 1885 hasta el estallido de la Guerra Civil.

Dicho análisis se va a efectuar a través de los expedientes de internas que de este establecimiento se conservan en la Cidade da Cultura de la capital compostelana, particularmente a través de las hojas de ingreso (“Exámenes al ingreso”), documentos donde se hacían una serie de preguntas a las propias mujeres que abarcaban cuestiones matemáticas, geográficas o históricas, pero que también ahondaban en el modo en el que habían llegado al centro o en cuáles eran sus orígenes geográficos. Tales documentos permiten, aunque de manera limitada, acceder a ciertos aspectos de las biografías y subjetividades de las internas no recogidos en las historias clínicas.

La psiquiatría como herramienta al servicio del control social: Conxo, un caso paradigmático

El manicomio de Conxo, ubicado en Santiago de Compostela, fue, desde su fundación en 1885 y hasta mediados del siglo XX, el único establecimiento de todo este tipo existente en toda Galicia, región del noroeste peninsular que experimentaba a aquella altura un notable retraso en la gestión de su salud mental.

En el archivo de la Cidade da Cultura de la capital compostelana se conserva gran parte del archivo de este centro, una fuente de enorme interés para acercarse a los diagnósticos de las personas internadas entre sus muros. Ir más allá de la pura narrativa médica y acercarse a esos documentos desde un punto de vista de género, como se propone en este artículo, permite recuperar los nombres y profesiones, y en algunos casos incluso las palabras, de las voces olvidadas entre las olvidadas: las mujeres consideradas “locas”.

En total, se han estudiado 470 expedientes femeninos completos del periodo que va entre 1885 y 1936 (los cuales incluyen siempre una historia clínica y, dependiendo del caso, también informes familiares, cuestionario de entrada a las internas y alguna documentación adicional en formato cartas e incluso objetos).

Analizar estos expedientes desde un punto de vista de género permite comprobar la manera en la que ese centro, con el monopolio de la asistencia psiquiátrica en toda Galicia, abordaba el tratamiento a sus enfermas. Las historias clínicas van a permitir trazar un perfil básico de ellas durante el periodo analizado, al recoger datos biográficos, de nivel educativo, sobre sus respectivas profesiones... Las historias clínicas comienzan a elaborarse justamente a partir del siglo XIX, siglo del nacimiento de Conxo, cuando los alienistas del momento comenzaron a consignar por escrito las particularidades y evolución de cada paciente (Livianos, 1999, 45).

Sin embargo, estas historias clínicas adoptan el lenguaje médico, pretendidamente aséptico y objetivo, y dan voz únicamente a los propios facultativos. Es por ello que recorro al análisis de las hojas de ingreso (“Exámenes al ingreso”), conservadas solo en ciertos expedientes, como fuente alternativa que permite, a través fundamentalmente de las palabras de las propias internas, reconstruir, aunque sea de manera muy precaria, las subjetividades de dichas internas. Y es que, cuando las protagonistas femeninas de una investigación, como en este caso, son no solo anónimas y consideradas locas, sino, además, pertenecientes en su inmensa mayoría a las capas más desfavorecidas de la sociedad (labriegas, analfabetas...), el desafío aumenta: ¿Cómo abrir un acceso a sus vidas? ¿Cómo conocerlas más allá de la imagen somera que de ellas se dibujaba en las historias clínicas?

Analizar los expedientes de las internas de Conxo desde un punto de vista de género pone de manifiesto, como la historiografía de género ha señalado reiteradamente en los últimos años, que la medicina, lejos de ser aséptica y objetiva, está profundamente imbricada con las circunstancias históricas de cada época. ¿Tenían todas las internas de Conxo en el periodo analizado efectivamente un trastorno mental o, en ocasiones, habían sido recluidas en ese psiquiátrico por presentar un comportamiento sancionado por la sociedad en la que les tocó vivir? En otras palabras, ¿eran realmente enfermas o en algunos casos mujeres que simplemente rompían con su rol tradicional asignado?

Los trabajos aparecidos desde el feminismo de la Segunda Ola han puesto de manifiesto, en este sentido, el modo en el que la locura se empleó como una justificación para patologizar conductas femeninas disidentes e intentar regularlas a nivel social, en medio de un marco en el que el rol de la mujer como cuidadora y ama de casa comenzaba a tambalearse cada vez más, la España de finales del siglo XIX y las tres primeras décadas del XX, un periodo de notables cambios sociales y laborales femeninos. Dicho de otro modo, el discurso psiquiátrico de finales del siglo XIX e inicios del XX fue una verdadera estrategia de patologización del cambio social femenino del momento (García-Díaz, 2020, 526-52).

La recién nacida ciencia psiquiátrica, en este sentido, será punta de lanza de ese control ejercicio por los poderes públicos. Debido a sus características específicas, ligadas al comportamiento humano, resultaba idónea para plantear a individuos y sociedades en su conjunto cómo debían comportarse con arreglo a las normas supuestamente correctas para vivir en armonía. Normas que eran, realmente, las establecidas por las élites hegemónicas (Huertas, 2008, 12-13), que obtenían así una validación “científica” para argumentos de índole social.

Establecido el ideal normativo, quedaban obviamente fuera de él muchas personas que no se ajustaban a dicho modelo, por considerarse inasimilables o ineducables. Entre esa amplia panoplia de desheredados y desheredadas del sistema podían incluirse las personas que practicaban la mendicidad o la delincuencia, las prostitutas y, por supuesto, aquellas personas con trastornos mentales.

Por todo ello es tan relevante establecer un análisis con perspectiva de género a partir de las hojas de ingreso de las internas en Conxo: solo de esta manera se podrá poner de manifiesto la articulación de la psiquiatría con otras instancias sociales, como la familia, a la hora de hacer visibles los mecanismos de dominación y patologización de las mujeres españolas en las últimas décadas del siglo XIX y las tres primeras del XX, al tiempo que también se podrán visibilizar las estrategias de resistencia que estas ponían en marcha, incluso dentro de un espacio tan represivo y alejado de sus redes habituales como era un manicomio (García-Díaz, Celia, 2020, 527).

Las mujeres internas en Conxo entre su fundación y la Guerra Civil española: trazando un perfil

Para trazar un perfil de las internas en Conxo en el periodo analizado, desde su fundación en 1885 hasta el inicio de la Guerra Civil, en 1936, se han analizado un total de 470 expedientes, pertenecientes a las cajas G-5812 a G-5821, conservadas en el Archivo da Cidade da Cultura (Santiago de Compostela).

Son notables las diferencias entre la información recogida en cada expediente y, por lo que respecta a este artículo, solo los más completos incluyen la hoja o “Examen al ingreso”. Se trataba de un documento que el practicante cubría a la llegada de cada mujer, y donde se le formulaban diversas cuestiones, es de suponer que para valorar su salud mental, preguntándole cosas tan diversas como los resultados de ciertas operaciones matemáticas, los nombres

de los reyes de la España del momento (incluso en plena II República) o haciendo referencia a su propio proceso de llegada a Conxo.

A partir de toda esa información podemos extraer una serie de conclusiones que permiten trazar un perfil de las internas marcado por un abrumador analfabetismo, una extracción social humilde, un origen eminentemente rural y una tasa notablemente alta de inserción laboral (lo cual, desde luego, no encajaba con el ideal del ángel del hogar burgués imperante en España a finales del siglo XIX):

- Profesión: la profesión mayoritaria es la de labradora o sus labores, claro reflejo de la estructura social de una Galicia eminentemente rural y de una mujer todavía en proceso de incorporación al mundo laboral remunerado. La mayoría de estas mujeres desempeñan trabajos duros a nivel físico y de escasa cualificación laboral, con pocas oportunidades para el descanso y agotadoras jornadas.
Mercedes, sirvienta, 40 años: “Levantar a las 5 de la mañana; desayunar hacia las 7; quehaceres domésticos antes y después hasta la 1 pm; fregar, etc. hasta las 7 de la noche que cenaba; se acostaba de 11 a 12 de la noche” (G-5815/21)
- Origen geográfico: la mayoría de las internas son gallegas (con algunas procedentes de provincias cercanas, como León) y en su inmensa mayoría proceden del mundo rural
- Nivel educativo: gran parte de ellas eran analfabetas (pese a que en los exámenes de ingreso haya, paradójicamente, preguntas de contabilidad, historia o geografía)
- Diagnóstico: se pasa de la clasificación francesa (Pinel) a la alemana (Kraepelin), como fue lo habitual en toda España en el periodo analizado, con diagnósticos específicamente considerados femeninos en su época, como la histeria y la psicosis puerperal, y un gran número de diagnósticos de esquizofrenia.

Los exámenes al ingreso, una ventana a las biografías de las mujeres ingresadas

Frente a la narrativa médica oficial de las historias clínicas, los exámenes al ingreso se presentan como una oportunidad de aproximarse a las palabras de las propias internas (aunque mediatizadas por el personal médico a través de una escritura que ellas, en la mayor parte de los casos, no manejan).

Lo interesante de este tipo de documento es que, aunque sea redactado por el personal médico del centro, permite extraer información sobre las mujeres que allí ingresaban, en ocasiones de manera directa (cuando el practicante cita sus declaraciones en alguna de las preguntas), y en otras de forma indirecta (por ejemplo, conocemos su alto grado de analfabetismo porque muy pocas podían realizar operaciones matemáticas básicas o nombrar los puntos cardinales; sabemos que gran parte de ellas provenían del mundo rural porque afirman haber llegado a Santiago desde sus pueblos o aldeas; en ciertos expedientes se consigna además que fueron obligadas a hacerlo, citando el nombre del familiar o vecino que las trajo a la fuerza hasta el centro).

Las hojas de ingreso han sido hasta el momento fuentes poco utilizadas en España para aproximarse a la realidad de las personas internas en instituciones psiquiátricas, pero desde un punto de vista de género resultan enormemente valiosas, pues permiten contrastar la práctica psiquiátrica real y cotidiana con los sesudos trabajos científicos e introducir, en todo ese conglomerado, las voces de las propias enfermas como elemento fundamental que podía desacreditar o incluso desafiar el saber médico hegemónico.

No en vano, hablamos de mujeres doblemente silenciadas: por su sexo y por la categorización social que se les atribuía como “locas” (a menudo también por la clase social humilde a la que pertenecían). La mujer loca no cumple con el modelo femenino ideal de la época: no cuida de su marido y de sus hijos, no se dedica al hogar (e incluso puede haber huido del espacio doméstico). Es, de algún modo, “peligrosa” para el orden social establecido, bien porque posea efectivamente un trastorno mental más o menos grave, bien porque, como parecen deslizar distintos expedientes, beba, salga con hombres o desee una vida más allá de sus pueblos o aldeas.

Como muestra de la riqueza que las hojas de ingreso ofrecen para aproximarse a sus subjetividades, citaré dos estudios de caso analizados a partir de la consulta de los expedientes mencionados:

El primero es el de Carmen, una mujer de 53 años que entra en Conxo el 28 de marzo de 1925 (expediente G-5815/6). Su hoja de ingreso permite averiguar que sabe leer y escribir (algo no muy habitual en la época) o que fue llevada a Conxo por su hermano “y uno de Cesuras”, una localidad ubicada a algo más de 40 kilómetros de Pontedeume, su pueblo de origen. Más interesante aún es el hecho de que ese documento permite saber, a partir de la transcripción que realiza el practicante de sus palabras, cómo se encontraba anímicamente en el momento del ingreso: “Lloro muchas veces porque me da mucha pena estar aquí”. Si bien no se llega a aclarar a lo largo de la hoja

de ingreso, parece inferirse, de dichas palabras, que no se trató de un ingreso voluntario. De hecho, en su caso vemos repetida una práctica que se observa en muchos otros expedientes: la llegada de las mujeres, custodiadas por varones de su familia o vecinos, al establecimiento psiquiátrico.

Más adelante, Carmen añade, en respuesta a cómo empezó su enfermedad, que esta surgió “Porque había mucho trabajo en casa y no me acordaba de comer”, lo cual nos permite adentrarnos, si buceamos más allá de la superficie, en un contexto social muy duro, en el que el trabajo era una realidad y una necesidad para las mujeres que, como Carmen, procedían de los núcleos rurales de la Galicia de la época.

El segundo caso que quiero traer es el de María, quien ingresa el 14 de abril de 1931 con 35 años (G-5816/29), embarazada. De hecho, da a luz en el manicomio. Diagnosticada de psicosis melancólica, “una hija murió y luego su marido fue declarado prófugo y a partir de ahí empezó su trastorno”. La presencia constante de su familia se reitera a lo largo de todo el examen de ingreso. A la pregunta de qué le duele contesta que “Mis hijos que están lejos”. Responde asimismo sin dudas a su situación matrimonial: “Soy bien desgraciada”.

Lo interesante de la hoja de ingreso de María es que reivindica en ella su cordura: “Tengo todo el sentido y me tienen aquí”, lo que abre un espacio a su subjetividad y a una estrategia de resistencia frente a la maquinaria manicomial en la que, desde luego, no deseaba continuar inserta. Sin embargo, y pese a que responde que solo necesita para ser feliz “que me saquen de aquí”, no sabemos si finalmente pudo abandonar Conxo.

Carmen y María son tan solo dos ejemplos del modo en que un análisis de la documentación psiquiátrica, y particularmente de las hojas de ingreso, desde un punto de vista de género permite acceder a ventanas de las vidas y las subjetividades de mujeres que en su época fueron invisibilizadas por la sociedad y el propio sistema médico.

Cuando una de estas mujeres comenta en dichos documentos que ha sido llevada a la fuerza al centro, que desea abandonarlo o que se encuentra cuerda, contrarresta críticamente el relato que de ellas hacían los propios facultativos. Esa crítica no le permitía abandonar el centro, pero desde el punto de vista de la historia con perspectiva de género, es esencial recuperar dichos testimonios y examinar la supuesta asepsia y objetividad de las narrativas médicas con ojos críticos.

Y es, que como muy acertadamente plantea la escritora y antropóloga vasca Itxaso Martin, el archivo psiquiátrico es una auténtica vía para generar agencia desde el propio proceso de investigación, si lo examinamos con el convencimiento, como se ha hecho en esta investigación, de que sus fuentes pueden ayudarnos a construir la memoria de un colectivo marginalizado (Araya Ibacache, 2020, 164) y castigado por su enfermedad mental (o por su desviación del camino establecido socialmente, como sucedía con muchas de estas mujeres supuestamente “locas”).

Conclusiones

Entronca este pequeño estudio preliminar con toda una serie de investigaciones de la historia social de la medicina y particularmente de la psiquiatría “desde abajo”, tal y como la define Rafael Huertas, uno de sus principales impulsores. Se trata de aprovechar fuentes hasta ahora poco utilizadas en España, en el caso de Conxo sus hojas de ingreso, para contrastar la práctica psiquiátrica real y cotidiana con los sesudos trabajos científicos y para introducir, en todo ese conglomerado, las voces de las propias enfermas como elemento fundamental que podía desacreditar o incluso desafiar el saber médico hegemónico.

Bibliografía final

- Araya Ibacache, C. (2020). Archivo del hospital psiquiátrico El Peral: una experiencia de investigación desde la historia cultural de la psiquiatría. *Revista de historia social y de las mentalidades*, 24(1), 147-168.
- García-Díaz, C. (2020). Mujeres en el manicomio: espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950). *Investigaciones históricas: época moderna y contemporánea*, 40, 523-542.
- Huertas, R. (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro.
- Livianos, L. (1999). La recuperación de la información clínica de documentos de tiempos pretéritos. En VV.AA. *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría (41-54)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Psicose Histórica: revisitando um clássico

Boaventura Rodrigo Afonso, Daniela Oliveira Martins, Fábio Monteiro Silva

Hospital de Magalhães Lemos

E-mails: brodrigoafonso@gmail.com, danielaoliveiramartins@hmlemos.min-saude.pt,
fabiomonteiro@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

O termo psicose histérica tem sido usado há mais de meio século, mas nunca vigorou dentro das definições nosológicas dos principais sistemas classificativos. Este conceito, inicialmente formulado por Freud no seu segundo artigo sobre as neuropsicoses, descreve esta perturbação como uma forma de rutura do ego. A psicose histérica é marcada por um início súbito e dramático, geralmente encontrando-se correlação temporal com um evento precipitante de elevada carga emocional, numa personalidade base com traços histriónicos. As suas manifestações incluem alucinações, delírios, despersonalização e alteração do comportamento. As alterações no pensamento, quando ocorrem, são geralmente circunscritas e muito transitórias. Os afetos, quando alterados, são no sentido da volatilidade. O episódio agudo raramente dura mais de três semanas, havendo recuperação completa do quadro.

Palavras-chave: psicose histérica, perturbação de personalidade histriónica, perturbações psicóticas, história

abstract

The concept of hysterical psychosis had been used for more than half of a century despite never being officially recognized within the nosological definitions of the main classification systems. This term, initially formulated by Freud in his second article on neuropsychosis, describes this disorder as a form of ego disintegration. A hysterical psychosis is known by having a sudden and dramatic start, usually matching temporally with a precipitating event of high emotional charge, on a subject with histrionic personality traits. Its manifestations include hallucinations, delusions, depersonalization and behavioral changes. Thought impairment, when do occur, is usually circumscribed and very transient. Affect, when altered, is towards volatility. The acute episode rarely lasts more than three weeks, with complete remission of the symptomatology.

Keywords: hysterical psychosis, histrionic personality disorder, psychotic disorders, history

Introdução

Psicose Histórica é o nome histórico para a condição agora conhecida como perturbação psicótica breve/aguda e transitória, porém, com sintomas dispersos ao longo de outros diagnósticos formais como a perturbação de personalidade histriónica e as perturbações dissociativas/conversivas. Relativamente à origem etimológica, psicose deriva do grego “*psykhe*”, que significa mente, vida ou alma e “*osis*”, que significa condição anormal. Histeria tem as suas origens no termo grego “*husterikos*”, baseado na crença que hoje sabemos errada, que estas perturbações eram únicas das mulheres e originadas por patologia uterina.

Ao longo do século XX, este conceito foi sendo sucessivamente descrito e reformulado por diferentes autores, sob diferentes pontos de vista, em populações de localizações geográficas distintas. Apesar da questionável validade diagnóstica apontada a esta entidade aos dias de hoje, a consistência clínica entre as descrições realça a importância do estudo deste conceito histórico.

Psicose

Psicose define-se como:

1. Estado mental alterado que envolve problemas significativos no teste de realidade, sendo caracterizado por sérias alterações nas funções cerebrais superiores mais fundamentais – percepção, cognição e processamento cognitivo, emoções e afeto – sendo manifestado por fenómenos comportamentais como delírios, alucinações e discurso significativamente desorganizado;

2. Historicamente, qualquer perturbação mental que interfere significativamente com o funcionamento e habilidade para executar atividades essenciais do dia-a-dia (APA, 2015).

O modelo de Psicose proposto por Freud já se aproximava do conceito de Psicose Histórica, definindo o comportamento psicótico como uma defesa contra uma ideia intolerável e/ou a ansiedade e culpa associadas à mesma. Segundo o autor, a fuga de uma situação de vida perturbadora podia ter a forma de delírios ou alucinações “*wish-fulfilling*”, considerando a existência de falha na repressão em resposta a um stressor, como a base para um comportamento psicótico. Com este, é então permitida a erupção de material, completamente ou parcialmente fora da consciência, sendo também modificada a função do ego responsável pelo teste de realidade (Freud, 1984/1986).

Histeria

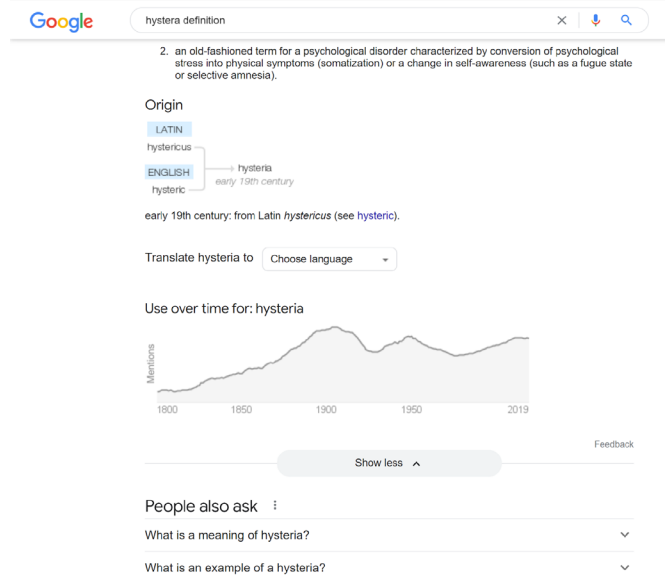


Figura 1. Utilização do termo “Histeria” em publicações científicas ao longo dos anos

Podemos ver na figura 1, que no final do séc. XIX houve um pico na adoção desta nomenclatura. Nessa altura, Jean-Martin Charcot, neurologista francês, considerava a histeria como uma perturbação hereditária, fisiológica, em que áreas cerebrais danificadas provocam os sintomas físicos apresentados pelo(a) paciente, apresentando uma visão mais neurológica desta patologia. Mencionava que fatores ambientais como o stress podiam despoletar a histeria e o tratamento seria à base da hipnose, apenas com sucesso quando aplicado em “histéricos”.

Sigmund Freud, neurologista e psiquiatra austríaco, desenvolveu um interesse específico pela histeria após sua estadia com o professor Charcot durante o inverno de 1885-1886. Contudo, enquadrava a histeria nas neuroses, explorando a relação de causalidade entre problemas psicológicos e manifestações somáticas, onde atribuíu a origem dos sintomas físicos da histeria – conversão histérica –, ao trauma na infância, nomeadamente abuso sexual. Interpretava os sintomas histéricos como defesas contra “*guilty sexual impulses*. ” (ex, mão paralisada não pode masturbar). Incluía também as perturbações dissociativas no seu conceito de histeria.

Psicose Histórica: Evolução Histórica

A psicose histérica era reconhecida apenas por um único dicionário em 1960, como um conceito histórico. Apesar de ainda ser considerada uma neurose na nomenclatura da época, sabia-se que em determinadas circunstâncias poderia adotar características psicóticas, que se assemelhavam a uma verdadeira psicose. (Hinsie, 1960)

Em 1964, Hollender e Hirsch ressuscitaram o interesse neste tema e definiram 8 critérios diagnósticos:

1. A psicose histérica inicia-se súbita e dramaticamente;
2. O início está relacionado temporalmente com um acontecimento ou circunstância perturbadora;
3. As manifestações mais frequentes são alucinações, delírios, despersonalização ou comportamentos bizarros;
4. Os afetos, quando alterados, são no sentido da labilidade e não do embotamento;
5. As alterações do pensamento, quando ocorrem, são circunscritas e transitórias;

6. O episódio agudo raramente se prolonga mais de 3 semanas e o processo regride tão súbita e dramaticamente como começou, não deixando praticamente resíduos;
7. Segundos e terceiros episódios podem ocorrer e normalmente ocorrem;
8. Indivíduos vulneráveis tem carácter histérico ou personalidade histérica; (Hollender, 1964)

Em 1967, Langness estudou a psicose histérica segundo uma perspectiva transcultural, compilando descrições desta síndrome com apresentações semelhantes mas com idiossincrasias que adotavam um padrão, consoante a área geográfica. Enquadra a psicose histérica num fenómeno psicológico mas também social, como um síndrome bem definido e diferente da esquizofrenia, transitório, reativo a uma situação angustiante, amplamente distribuído no mundo. Realça que pode ou não ser característico de um tipo de personalidade e que ocorre em homens e em mulheres em proporções desconhecidas. Interpreta a cronicidade destas doenças como sendo em função da resposta social à doença, afirmando que são culturo-específicas e que o comportamento exibido é culturalmente padronizado. Defende que não há razão para que os sintomas sejam padronizados, recorrentes e culturalmente específicos a menos que de alguma maneira sejam aprendidos. O acontecimento perturbador desencadeador era específico e o comportamento apresentado era consistente dentro de cada cultura. Críticas apontadas a este estudo baseiam-se no facto de se tratar de uma pesquisa empírica, que não obedece aos critérios científicos de um estudo epidemiológico (Langness, 1967).

Em 1969, novamente Hollander e Hirsch, agora com a influência de Langness, publicam um novo artigo, onde pretendem clarificar o conceito de psicose histérica, identificando 3 tipos de apresentação/patogenia:

- 1: Comportamento culturalmente autorizado: O padrão de comportamento da psicose histérica pode ser providenciado e autorizado, ou pelo menos tolerado, por uma determinada cultura. Para um observador externo pode parecer psicótico, no entanto apresenta um teste da realidade preservado num contexto sociocultural particular. Considera um mecanismo pelo menos em parte inconsciente, talvez histérico, mas provavelmente não psicótico;
- 2: Apropriação do comportamento psicótico: Trata-se de uma simulação inconsciente do quadro de uma psicose, uma apropriação do comportamento psicótico, e como tal um processo de conversão. É uma dramatização, inconscientemente motivada, do papel de psicótico. Sob a pressão de um conflito, ocorre regressão em certas áreas circunscritas da função do ego, mas a estrutura do ego mantém-se intacta;
- 3: Verdadeira psicose: Trata-se de uma disrupção e rutura dos limites do ego, uma formulação consonante com as ideias de Freud relativas à psicose. A flexibilidade do ego que lhe permite a rutura provavelmente também contribui para a capacidade de se reconstituir rapidamente.

O facto essencial para fazer o diagnóstico diferencial entre este tipo e o primeiro tipo baseia-se no estudo do contexto cultural do indivíduo (Hollender, 1969).

Em 1979, Cavenar, Sullivan e Maltbie reviram o conceito de psicose histérica utilizando uma abordagem psicodinâmica. Segundo os autores as emoções que precipitariam a sintomatologia eram originadas quer por uma proposta sexual feita a doente ou raiva e frustração face à ausência da mesma. Esta circunstância adequar-se-ia apenas a doentes com organização histérica da personalidade. Existiria sempre um fator desencadeante. Esta descoberta, na opinião dos autores, poderia ser muito útil para o diagnóstico diferencial com um eventual primeiro episódio psicótico (Cavenar, 1979).

Em 1985 Gift, Strauss e Young realizaram um extenso estudo descritivo onde os critérios de psicose histérica, enunciados por Hollender e Hirsch, foram sistematicamente aplicados a uma amostra representativa de 217 doentes hospitalizados pela primeira vez por doença psiquiátrica. Surpreendentemente, não foram encontrados doentes que atingissem todos os critérios. Como críticas a apontar a este estudo, os critérios foram aplicados de uma maneira demasiado rígida, e o diagnóstico inicial pode não ter sido adequadamente realizado (no serviço de urgência), sendo que provavelmente escaparam muitos outros casos que foram incluídos em grupos diagnósticos diferentes (Gift, 1985).

No mesmo ano, Lopez e Ibor aprimoraram os critérios de de Hollender e Hirsch, definindo 15 critérios, sendo os 9-15 importantes mais-valias para o diagnóstico diferencial com outras entidades clínicas:

1. Início brusco e dramático;
2. Relação temporal com um acontecimento ou circunstância significativa;
3. Alucinações, delírios, despersonalização ou comportamentos bizarros;

4. Ausência de transtorno major do pensamento ou se houver, circunscrito e transitório;
5. Afeto com maior tendência para a labilidade do que para o embotamento;
6. Duração do episódio entre 1 a 3 semanas, sem deixar resíduos ou, em última instancia mínimos;
7. Ocorre em personalidades histéricas, predominantemente em mulheres;
8. A sintomatologia pode ser flutuante e com intervalos de normalidade;
9. O compromisso afetivo destes doentes é diferente do das psicoses endógenas
10. Relação mais compreensível entre causa e efeito e menor latência entre desencadeantes e clínica;
11. Uma menor percentagem de morbilidade psicológica endógena e de familiares de 1.º grau;
12. Sem mutações no curso longitudinal, como pode suceder nas psicoses afetivas;
13. Não tem ritmo circadiano como nas psicoses depressivas;
14. Antecedentes psiquiátricos pessoais de natureza idêntica ou de distúrbio de personalidade (sobretudo histéricos);
15. Excelente resposta aos tratamentos com remissão na totalidade dos casos.

Estes critérios fundamentaram-se numa análise estatística efetuada pelos autores, da qual destaco que 46.6% dos casos apresentavam personalidade prévia histérica, em 70% apuraram-se fatores precipitantes de caráter vivencial, o início foi súbito em 76.6% dos casos, havendo flutuação sintomatológica em 60%. Houve remissão completa da sintomatologia em 80% dos casos e a média de duração do quadro foi de 22.7 dias; Durante 5 anos manteve-se o diagnóstico em 93.3% dos casos, tendo havido 33% de recidivas. 93% retomaram a sua atividade prévia, não apresentando deterioração cognitiva. (Lopez, 1985)

Em 1992, Modestin e Bachmann vão mais longe, criando um estudo epidemiológico com doentes que cumpriam critérios para psicose histérica, utilizando um grupo de casos e 2 grupos de controlo (psicose psicogénica reativa (não histérica) e esquizofrenia, tendo chegado às seguintes conclusões:

- Curso da doença: súbito nas psicoses histéricas e nas psicoses psicogénicas reativas não histéricas, insidioso na esquizofrenia;
- Magnitude dos acontecimentos de vida maior nas psicoses histéricas e nas psicoses psicogénicas reativas não histéricas;
- Menor prevalência de alucinações e delírios comparativamente à esquizofrenia;
- Explicação psicodinâmica foi possível sobretudo nas psicoses histéricas e psicoses psicogénicas reativas não histéricas;
- Psicose histérica com grande riqueza sintomatológica e mudança rápida de sintomas;
- Sintomatologia depressiva encontrada em todos os grupos;
- Neuroléticos são mais eficazes na esquizofrenia;
- Tratamento com neuroléticos mais eficaz na esquizofrenia, sendo que nas psicoses histéricas e psicoses psicogénicas reativas não histéricas obtêm-se melhores resultados com psicoterapia e intervenções psico-sociais. (Modestin, 1992)

O re-diagnóstico segundo a DSM-III (modelo classificativo utilizado à data deste estudo), demonstrou que 3/4 dos doentes esquizofrénicos pertenciam ao espectro da esquizofrenia, enquanto que a maioria dos doentes com psicose histérica foram re-diagnosticados como psicose reativa breve ou atípica.

Em suma:

Após o trabalho inicial de Hollender e Hirsch, o facto de vários autores se terem debruçado sobre este tema, provavelmente deve-se ao facto de alguns doentes que aparecem na prática clínica continuem a levantar muitas dúvidas diagnósticas. Os critérios de classificação existentes não dão resposta satisfatória para o grupo de doentes abordados nestes trabalhos e os conhecimentos psiquiátricos atuais ainda não são suficientemente esclarecedores, em termos etiopatogénicos. Estes estudos, embora seguindo diferentes metodologias, com maior ou menor credibilidade científica, chegam de um modo geral a conclusões semelhantes e parecem apontar para a seguinte formulação: A psicose histérica é uma psicose psicogénica reativa que ocorre numa personalidade histérica/histriónica, o que condiciona uma apresentação psicótica de uma maneira mais ou menos característica. Este facto parece condicionar um quadro nosológico bem definido e com implicações diagnósticas, prognósticas e terapêuticas peculiares. Parece ainda questionável se o conceito de psicose histérica deve ser mantido como entidade com determinantes etiológicos bem definidos. No entanto, em termos clínicos este tipo de abordagem pode ter bastantes vantagens.

Psicose Histórica na Atualidade

Ao longo dos tempos foram sendo descritos conceitos com relativa sobreposição clínica com a psicose histérica, nomeadamente a “bouffée délirante” e Psicose Cicloide. Porém, cingindo-nos aos sistemas classificativos atuais, podemos afirmar que existe maior correlação com a Perturbação Psicótica Aguda e transitória (Classificação internacional de doenças da OMS, na sua 11.^a versão, CID 11) e a Perturbação Psicótica Breve (Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais, na sua 5.^a edição, revista, DSM 5-TR). Na última, conta inclusivamente com o especificador, com ou sem stressor.

Passo a destacar algumas passagens dos critérios diagnósticos das mesmas que evidenciam a similaridade com a psicose histérica:

- “Os sintomas geralmente mudam rapidamente, tanto em natureza quanto em intensidade, de um dia para o outro, ou mesmo em um único dia”;
- “Retorno completo a um nível de funcionamento pré-mórbido.”;
- “Início Súbito”, “Sem pródromo”;
- “Mudanças rápidas de um afeto intenso a outro”;
- “Variações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde esta perturbação está mais associadas a fatores socioculturais e tem menor taxa de recaída e alteração diagnóstica”;
- “Fatores ambientais mediados por forte carga emocional possam não só despoletar mas também tornar o prognóstico mais favorável.”.

No entanto, há limitações clínicas apontadas aos conceitos de perturbações psicóticas breves/agudas e transitórias. O diagnóstico diferencial é difícil, devido à existência de poucos critérios diagnósticos diferenciadores e ao critério temporal muito restritivo. Por outro lado, estudos de *follow up* reportam uma tendência de migração diagnóstica para as psicoses crónicas. Por fim, indivíduos com esta psicose geralmente são hospitalizados, acabando por fazer antipsicóticos quer para o episódio agudo quer de forma crónica pela dificuldade em diagnosticar estes episódios. A falta de evidência neurobiologia e o baixo valor preditivo põe em causa a validade diagnóstica destas categorias. No entanto é importante que permaneçam separadas das psicoses crónicas quer do ponto de vista clínico como científico. Contudo, não é feita referência a traços de “personalidade histérica” na descrição clínica destas síndromes.

Relativamente à histeria, encontramos isoladamente a perturbação de personalidade histriónica na classificação categorial das personalidades da DSM 5, sendo que tem sido gradualmente substituída pela caracterização dimensional das mesmas, quer na edição revista da DSM como na CID 11. Por outro lado, as descrições clássicas da histeria podem também ser enquadradas nos síndromes conversivos/dissociativos.

Conclusão

A Psicose Histérica é uma psicose psicogénica reativa, que se instala numa personalidade histérica/histriónica, dando uma tonalidade colorida ao quadro psicótico de uma maneira mais ou menos característica. É questionável se o conceito de Psicose Histérica deve ser mantido como entidade com determinantes etiológicos bem definidos; no entanto em termos clínicos este tipo de abordagem pode ter bastantes vantagens. Para a maioria, psicose histérica não existe como diagnóstico médico, tendo sido substituída por outras identidades nosológicas: psicose breve/ / aguda e transitória. Apesar da investigação estar ainda longe de ter chegado a uma conclusão definitiva, estes estudos constituem uma motivação para novos caminhos de pesquisa nesta área, tão promissora.

Referências

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Cavenar, O. J., Sullivan, J. L., Maltbie, A. A., (1979). A clinical note on Hysterical Psychosis. *Am J Psychiat*, 136, 830-832.
- Chinchilla, A., Lopez-ibor, J. J., Cebollada, A., Carrasco, J. L., Veja, M., Jorda, L., Vinas, R., & Sanchez, P. (1989) Psicoses Histericas: aspectos clínico-evolutivos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 17(4), 231-236.
- Freud, S. (1894). *The Neuro-Psychosis of Defence*.
- Freud, S. (1896). *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence*.
- Gift, T. H., Strauss, J. S., & Young, Y. (1985). Hysterical Psychosis: an empirical approach. *Am J Psychiat*, 142, 345-347M.

- Hinsie, L. E., & Campbell, R. J., (1960). *Psychiatric Dictionary*, Third edition New York: Oxford University Press.
- Hollender, M. H., & Hirsch, S. J. (1964). Hysterical Psycosis. *Am J Psychiat*, 120, 1066-1074.
- Hollender, M. H., & Hirsch S. J. (1967). Hysterical Psycosis: clarification of the concept. *Am J Psychiatat*, 125, 909-915.
- Langness, L. L. (1967). Hysterical Psycosis: The cross cultural evidence. *AmJ Psychiat*, 124, 143-152.
- Modestin, J., Bachmann, K. (1992). Is the diagnosis of Hysterical Psycosis justified?. *Comprehensive Psychiatry*; 33(1), 17-24.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).

Cirurgia de Battey – A Cirurgia Ginecológica para Tratamento da Histeria no Século XIX

Mónica Figueiredo Santos, Rafael Carvalho, Jorge Mota

Hospital de Magalhães Lemos, EPE

E-mail: monicafigueiredosantos@hmlemos.min-saude.pt

Resumo

No século XIX, vários investigadores, entre os quais Briquet, Charcot e Freud, debruçaram-se sobre a origem neurológica ou psíquica da histeria, e sobre a presença de sintomas histéricos em indivíduos do sexo masculino. Apesar destas novas teorias, alguns médicos defendiam ainda a sua origem no útero ou ovários. No final do mesmo século, Battey, um ginecologista que acreditava que a insanidade era frequentemente causada por doença uterina e ovárica, desenvolveu um procedimento que designou “*ovariotomia normal*”. O seu intuito era tratar as perturbações menstruais e sintomas relacionados, mas rapidamente a sua utilização foi alargada ao tratamento de “sintomas nervosos em geral” na mulher.

Com este trabalho, pretende-se realizar uma breve revisão das teorias explicativas dos sintomas da histeria do século XIX, bem como investigar as crenças e evidências para a cirurgia ginecológica no tratamento de sintomas psiquiátricos.

Palavras-chave: histeria, ovariotomia normal, Battey

Abstract

In the 19th century, several researchers, including Briquet, Charcot and Freud, explored the neurological or psychogenic origin of hysteria, as well as the presence of hysterical symptoms in males. Despite these new theories, some physicians still defended its origin in the uterus or ovaries. At the end of the same century, Battey, a gynecologist who believed that insanity was often caused by uterine and ovarian disease, developed a procedure he called a “*normal ovariectomy*”. Its purpose was to treat menstrual disorders and related symptoms, but its use was quickly extended to the treatment of “nervous symptoms in general” in women.

With this work, we intend to carry out a brief review of the explanatory theories of symptoms of hysteria in the 19th century, and to investigate the beliefs and evidence for gynecological surgery in the treatment of psychiatric symptoms.

Keywords: hysteria, normal ovariectomy, Battey

Introdução

No século XIX, a histeria tornou-se uma área de particular interesse para vários médicos e investigadores. Surgiram novas teorias acerca dos seus mecanismos patológicos, com defensores da sua origem psicológica ou no sistema nervoso. A histeria, que durante vários séculos foi considerada um problema do sexo feminino, passou a ser reconhecida como uma patologia que podia afetar também o sexo masculino.

Apesar destes desenvolvimentos, surgiu nesse século um procedimento cirúrgico, a cirurgia de Battey ou “*ovariotomia normal*”, que consistia na remoção dos ovários para alívio de sintomas físicos e psicológicos, partindo da premissa de que eram causados por disfunção ovárica. Depressa o seu uso se alastrou a todas as mulheres “insanas”, incluindo aquelas que apresentavam sintomas histéricos.

Com este trabalho, pretende-se realizar uma revisão das teorias explicativas da histeria do século XIX, bem como investigar as crenças e evidências para a cirurgia de Battey no tratamento de sintomas psiquiátricos.

O conceito de histeria no século XIX

O termo histórico remonta ao século XVI e deriva da palavra grega *hysterikos*, que se refere ao útero. Na Grécia e Roma antigas, Hipócrates e Galeno apresentaram a histeria como uma síndrome resultante da migração do útero

no corpo, referindo-se a uma variedade de sintomas relacionados com a pressão ou influência da migração do útero no organismo, constituindo uma patologia específica da mulher.

Ao longo dos anos, foram publicadas várias revisões históricas relativas à histeria, descrevendo as teorias fisiopatológicas explicativas desta entidade e o seu vasto espectro de apresentações clínicas. A própria denominação da síndrome apresentou variações ao longo do tempo: de histeria, revisitada por Paul Briquet (1796-1881) e Jean-Martin Charcot (1825-1893), para pitiatismo, sugerido por Joseph Babinski (1857-1932), e posteriormente, para neurose de conversão, proposto por Sigmund Freud (1856-1939).

Philippe Pinel (1745-1826), um grande pioneiro da psiquiatria, foi responsável por identificar e classificar indivíduos com doença mental – os alienados –, afirmando que estes poderiam ser tratados. Pinel distinguiu quatro entidades nosológicas das doenças mentais, tendo considerado a histeria como um exemplo de “*névroses de la génération de la femme*”. Pinel deu pouca atenção à histeria nas suas investigações, e acreditava que esta resultava da disfunção do estado neural dos órgãos femininos, particularmente do útero. De facto, embora a relação entre a histeria e o cérebro (em vez do útero) já tivesse sido mencionada anteriormente por Charles Lepois (1563-1633), Thomas Willis (1621-1675), Thomas Sydenham (1624-1689) e Pierre Pomme (1728-1814), apenas no século XIX esta associação passou a ser estudada e aceite, assim como o conceito de histeria nos homens.

Foi na segunda metade do século XIX, em 1859, que Paul Briquet (1796-1881) publicou um importante trabalho acerca da histeria, intitulado “*Traité clinique et thérapeutique de l’hystérie*”. Neste tratado, Briquet descreveu uma série de casos de histeria, onde incluiu descrições de homens com sintomas histéricos. Desta forma, esclareceu que a histeria não era uma condição restrita a pacientes do sexo feminino nem relacionada com anormalidades do útero, constituindo o resultado de disfunção cerebral.

Mais tarde, Jean-Martin Charcot (1825-1893) revelou-se um dos principais responsáveis pelo estudo da histeria. Os seus primeiros trabalhos relativos a este tema surgiram entre 1871 e 1872, fazendo referência à iscúria, hemianestesia e contraturas. As opiniões de Charcot relativamente à histeria sofreram alterações significativas ao longo das duas décadas em que se dedicou ao tema. Charcot definiu histeria como a presença de manifestações semelhantes àquelas da doença cerebral orgânica, mas sem lesão detetável no cérebro. Foi ao estudar os fatores traumáticos ocultos na base dos sintomas histéricos que descreveu casos de histeria no sexo masculino. Charcot e os seus colaboradores próximos, Paul Richer e Georges Gilles de la Tourette, consideravam que a suscetibilidade à hipnose era uma característica e um fator diagnóstico da histeria, e que as fases da “*grande histérie*” (“grande histeria”), ou histero-epilepsia, surgiam no contexto de um estado mental semelhante àquele induzido pela hipnose. Após o seu falecimento, outros autores aprofundaram o estudo da histeria e hipnose, incluindo alguns dos seus alunos: Joseph Babinski (1857-1932), Pierre Janet (1859-1947) e Sigmund Freud (1856-1939).

Babinski demonstrou particular interesse na possibilidade de a histeria resultar da sugestão, embora se tenha distanciado de outros conceitos defendidos por Charcot. Definiu a histeria como um estado mental que concedia ao sujeito a capacidade para a “auto-sugestão”, isto é, a capacidade para implantar uma ideia na sua mente através da atenção focada. Já em 1901, Babinski criou o termo “pitiatismo” (do grego, *peitho*, persuasão, e *iatos*, curar), que deveria, segundo o autor, substituir o termo “histeria”, e que usava para designar o conjunto de perturbações provocadas pela sugestão e que podiam ser tratadas da mesma forma.

O trabalho de Pierre Janet também chamou a atenção de Charcot. A partir de 1890, Janet trabalhou no Hospital Pitié-Salpêtrière, em Paris, onde estudou pacientes com sintomas histéricos. Janet postulou a existência de um estado dissociativo da mente, o estado subconsciente, argumentando que este era responsável pelo surgimento de sintomas histéricos. Para Janet, as manifestações histéricas estavam relacionadas com eventos traumáticos físicos ou psicológicos, que haviam sido afastados da consciência do doente.

Sigmund Freud, por sua vez, dedicou-se ao estudo da histeria e outras neuroses principalmente a partir da década de 1890. Defendia que os sintomas histéricos resultavam de mecanismos de defesa do ego, definindo novas fronteiras da psique humana e introduzindo a teoria sexual inconsciente da histeria. Na verdade, tem sido relatado como óbvio que os primeiros conceitos desenvolvidos por Sigmund Freud deveram muito ao trabalho de Janet.

Assim como o conceito de histeria, também o tratamento dos sintomas histéricos sofreu por diversas vezes importantes alterações, de acordo com o surgimento das suas várias teorias explicativas. O tratamento de pacientes histéricos foi determinado, no século XIX, pela coexistência de métodos empíricos e agressivos – afastamento da família ou marido, leite fresco, hidroterapia, corrente elétrica, sangrias com aplicação de sanguessugas na vagina e ânus –, por um lado, e pela progressiva influência do tratamento moral – repouso, isolamento e afastamento de causas ambientais de doença, estabelecimento de uma relação terapêutica – introduzido por Pinel, por outro. Na segunda metade do século XIX, o surgimento de novas investigações acerca da histeria alterou a forma como os

doentes histéricos eram vistos e tratados. Passou a defender-se o tratamento dos sintomas histéricos através da fisioterapia, hidro e eletroterapia e, nalguns casos, da compressão ovárica e hipnose. Apenas mais tarde, a psicoterapia, a psicanálise e a persuasão foram estabelecidas como tratamento, respetivamente, por Pierre Janet, Sigmund Freud e Joseph Babinski.

Disfunção ovárica como causa de histeria

Durante o século XIX, médicos e estudiosos relataram a existência de uma associação entre a dor relacionada com anormalidades dos órgãos pélvicos e os fenómenos nervosos que a acompanhavam. Neste período, a histeria era ainda maioritariamente entendida como uma condição feminina. Adicionalmente, uma parte significativa da sociedade acreditava que as mulheres eram intelectualmente inferiores aos homens, e predominava a visão médica de que mulheres jovens sofriam frequentemente de neurastenia, histeria, loucura menstrual e loucura como resultado da masturbação e da ninfomania.

Henry Maudsley (1835-1918) foi um dos médicos que reconheceu a associação de sintomas físicos e emocionais com o ciclo menstrual feminino. Maudsley notou a relação entre as mudanças comportamentais e os ciclos ováricos: *“a atividade mensal dos ovários que marca o advento da puberdade nas mulheres tem um efeito notável sobre a mente e o corpo, portanto, pode tornar-se uma importante causa de desarranjo mental e físico”*. Acreditava-se, então, que sintomas cíclicos de insanidade ou loucura menstrual se deviam a disfunção ovárica.

A atenção clínica dada ao ovário por vários neurologistas e cirurgiões ginecológicos dessa época, levou à propensão para considerar a disfunção dos ovários como causa de sinais e sintomas de crises histéricas associadas a dor pélvica. A realização de autópsias em pacientes hospitalizadas na França no século XIX possibilitou identificar pacientes do sexo feminino que poderiam beneficiar da remoção cirúrgica dos ovários. Esta tendência refletiu-se em procedimentos clínicos e abordagens teóricas também na América do Norte, muitas vezes iniciadas e apoiadas por cirurgiões, neurologistas e ginecologistas que regressavam das suas grandes viagens pela Europa.

Robert Battey e a “ovariotomia normal”

Robert Battey (1828-1895), foi um Ginecologista de sucesso e um dos membros fundadores da Sociedade Americana de Ginecologia. Em 1859, viajou pela Grã-Bretanha, Irlanda e pelo continente europeu, onde contactou com vários cirurgiões, dentre os quais Thomas Spencer Wells (1818-1897), que se encontrava no início da sua carreira em ovariotomia. A ovariotomia consistia num procedimento cirúrgico em que eram removidos os ovários de mulheres com tumores e quistos ováricos de grande volume. Era muitas vezes usada como a medida da competência de um cirurgião, numa época em que a maioria dos avanços na cirurgia abdominal resultava de cirurgias ginecológicas.

Battey tinha 42 anos quando, em agosto de 1872, realizou a sua primeira *“ovariotomia normal”*, termo que o próprio usou para se referir à remoção de ovários sem alterações macroscópicas identificáveis. A ideia deste procedimento surgiu após a morte de uma paciente de 21 anos, Mary, que o consultou em 1865 por amenorreia associada a *“perturbações violentas dos sistemas nervoso e vascular”*. Mary apresentava episódios regulares de sofrimento físico e mental extremos associados ao período menstrual. Após o seu falecimento, Battey, profundamente afetado por este caso, consultou por escrito a Sociedade Ginecológica de Boston, solicitando uma recomendação oficial para a remoção cirúrgica dos ovários em situações clínicas semelhantes.

Embora a cirurgia neste contexto fosse única na América, já tinha sido realizada anteriormente na Europa por Ernst Ludwig Alfred Hegar (1830-1914) em julho de 1872, e pelo ginecologista Lawson Tait, de Birmingham (1845-1899) em agosto de 1872, em ambas as situações com resultados fatais. Também James Blundell (1790-1878), professor de fisiologia e obstetrícia em Londres, havia teorizado em 1825 acerca da possibilidade de intervenções cirúrgicas curativas para a dismenorreia. A cirurgia de Battey surgiu numa época em que o tratamento da dor pélvica feminina e sintomas associados podia ser descrito como limitado e possivelmente fatal. O tratamento médico incluía repouso no leito, aplicação de sanguessugas na vagina e colo do útero, ventosas, sangramento, opiáceos, cannabis, clorofórmio inalado, ópio e cânfora. As intervenções cirúrgicas incluíam laceração e dilatação do colo do útero, amputação do colo do útero e aplicação de produtos químicos cáusticos na cavidade uterina, com risco de sépsis ou hemorragia fatal.

Apesar da aprovação da proposta de Battey por parte da Sociedade Ginecológica de Boston, que considerou a abordagem lógica e fundamentada, a primeira *“ovariotomia normal”* foi realizada pelo ginecologista num ambiente de controvérsia. Vários cirurgiões esperavam que a paciente de 23 anos, Julie Omberg (1842-1922), que se

apresentava com crises epiléticas menstruais associadas a sangramento retal, não sobrevivesse ao procedimento. Nesse caso, pretendiam acusar Battey de homicídio. Apesar da controvérsia médica local, a primeira “*ovariotomia normal*” foi realizada com sucesso. Um mês após a cirurgia, Battey publicou um relatório descrevendo o período pós-operatório, e referindo que os sintomas menstruais tinham sido eliminados, assim como os fenómenos nervosos, convulsões, inflamações pélvicas, abscessos e hemorragias.

Nos anos seguintes, Battey elaborou várias publicações descrevendo novos exemplos da aplicação do procedimento e aperfeiçoando a técnica. Existem registos de que nos seis anos após a primeira cirurgia, Battey operou 14 vezes, relatando 2 mortes após a cirurgia. Battey esclareceu também quanto à designação da cirurgia, referindo que os ovários removidos não eram, na realidade, “normais”. Neste contexto, James Marion Sims (1813-1883), presidente da Sociedade Americana de Ginecologia, foi responsável por renomear o procedimento como “cirurgia de Battey” em 1880.

Embora não se saiba ao certo quantos procedimentos realizou ao longo da sua vida, o ginecologista publicou um total de 300 casos – 215 cirurgias de Battey e 85 ovariectomias para tratamento de quistos ováricos – entre 1872 e 1887. O procedimento tornou-se notório em toda a América do Norte, expandindo-se internacionalmente. Existem relatos de que cerca de cento e cinquenta mil mulheres foram submetidas à “*ovariotomia normal*” nos Estados Unidos da América, embora o número real seja difícil de avaliar. A cirurgia foi realizada tanto em meios urbanos como rurais, principalmente em mulheres de classe média a alta ou institucionalizadas, e não apenas para tratamento de neuralgia ovárica ou dismenorreia, mas também de epilepsia, ninfomania e insanidade.

O abandono da cirurgia de Battey

Thomas Spencer Wells observou que, na França, “*o tema da ooforectomia tornou-se repulsivo pelo fanatismo na América (...)*”. Com a expansão do uso da “*ovariotomia normal*”, o próprio Battey admitiu que a cirurgia era por vezes realizada por outros ginecologistas de forma imprudente. De facto, era frequente a publicação de artigos que advertiam para os riscos do procedimento.

A ausência de indicações clínicas claras para a realização da cirurgia, assim como as várias alterações realizadas por Battey a estas indicações, revelaram-se motivos de grandes críticas. Originalmente, Battey propôs a realização da cirurgia em “*qualquer doença grave, perigosa para a vida ou destrutiva para a saúde e a felicidade, e incurável por outros meios menos radicais*”. Mais tarde, em 1877, sugeriu as seguintes indicações:

- “1. Quando existe risco de vida na ausência de útero;
2. Quando há obliteração da cavidade uterina ou canal vaginal, que não pode ser restaurado cirurgicamente;
3. Em casos de loucura ou epilepsia causada por doença uterina ou ovárica;
4. Em casos de sofrimento físico e mental prolongado, associados a perturbações nervosas e vasculares mensais.”

Battey defendeu ainda a realização da “*ovariotomia normal*” em situações de oóforo-mania, oóforo-epilepsia, ooforalgia, ninfomania e insanidade moral, indicações que se revelaram pouco explícitas, possivelmente abrindo o precedente para os abusos que se vieram a verificar. Embora tivesse referido inicialmente que não aplicaria este procedimento no tratamento da ninfomania, Battey, na realidade, fê-lo. Adicionalmente, Battey reconheceu que em várias circunstâncias havia recomendado o procedimento precocemente, tendo as pacientes recuperado após terem recusado a cirurgia. Quando questionado: “*[Opera] em casos de amenorreia, menorragia, mioma sangrante, epilepsia, ninfomania ou oóforo-mania?*”, Battey oferecia respostas vagas, respondendo “sim e não”.

As indicações imprecisas, respostas pouco claras e a ausência de uma justificação fisiopatológica válida e comprovada para a cirurgia originaram várias críticas à sua aplicação. A título de exemplo, num editorial no *The Lancet*, em 1881, podia ler-se que “*[As] condições (neurose reflexa e dor) para as quais o procedimento é frequentemente realizado não foram e não podem ser provadas no momento como dependentes dos órgãos removidos*”. Discutia-se inclusivamente o relato de uma operação placebo, realizada por James Israel (1848-1926), descrevendo a cura de uma paciente através de uma simples incisão e posterior sutura no abdómen.

A existência de alternativas de tratamento envolvendo as vertentes física e psicológica, enquanto as pacientes eram afastadas do seu ambiente social e expostas a exercícios terapêuticos, levantavam mais questões relativamente ao procedimento. A cirurgia de Battey era uma técnica cirúrgica, discutida principalmente por ginecologistas, sem deliberação cuidadosa da diferenciação entre histeria, insanidade, convulsões, demência, paralisia e mania. Roland Pichevin (1857-1914) foi um dos críticos do uso de procedimentos cirúrgicos no tratamento de eventos

históricos, afirmando que, apesar das habilidades técnicas dos cirurgiões contemporâneos, estes possuíam conhecimentos muito limitados relativamente às patologias neurológicas. Pichevin tornou-se um forte defensor da eliminação da castração de mulheres na França.

Outras preocupações relacionadas com as evidências para a realização da cirurgia incluíam o relato seletivo de casos, acompanhamento limitado das utentes submetidas ao procedimento e colheita de dados incompleta, bem como um viés positivo nos cirurgiões. A taxa de mortalidade elevada era também frequentemente mencionada. Num relatório para o Congresso Médico Internacional de 1881 em Londres, Battey apresentou 193 casos de ooforectomia bilateral, realizados por 47 cirurgiões, descrevendo uma taxa de mortalidade de 18%.

Colocava-se ainda a questão do consentimento das utentes para a cirurgia. Em Maryland, George Henry Rohé (1851-1899) afirmou ter observado sob anestesia 35 mulheres num hospital com cerca de 200 pacientes. Declarou ter encontrado evidência de doença pélvica em 26 mulheres, tendo removido os ovários de 18. As suas indicações para a cirurgia incluíram melancolia, mania simples, mania puerperal, mania histérica, histero-epilepsia com mania, e epilepsia. Posteriormente, justificou as suas ações afirmando que um advogado proeminente o informou de que uma pessoa louca, *“tendo intervalos de lucidez poderia dar um consentimento válido para qualquer operação durante o referido intervalo, sendo naquele momento considerado pela lei como sã”*. De forma semelhante, em Norristown, Pensilvânia, num hospital psiquiátrico, foi criada uma enfermaria anexa para mulheres submetidas a ovariectomia. Neste contexto, a instituição foi investigada por um comité externo, que considerou pela primeira vez os aspetos médico-legais da cirurgia em utentes institucionalizadas. O comité considerou a cirurgia *“ilegal (...) de caráter experimental (...) brutal e desumana, e não desculpável por qualquer motivo razoável”*.

Um aspeto eventualmente mais severo, e possivelmente um dos fatores com mais peso para o abandono da cirurgia, consistiu na remoção de ovários normais de forma a prevenir que futuras gerações herdassem doenças mentais. William Goodell (1829-1894), professor de Ginecologia na Universidade da Pensilvânia, era um grande defensor desta abordagem. Recomendava a realização da cirurgia de Battey em todos os casos de insanidade, argumentando que *“se a operação não for seguida de cura, o cirurgião pode consolar-se com o pensamento de que provocou a esterilidade numa mulher que, de outra forma, poderia ter dado à luz filhos loucos”*. Embora certos ginecologistas afirmassem *“os ginecologistas nunca esvaziarão os asilos para lunáticos”*, a crença nesta abordagem tomou proporções tais que a remoção dos ovários passou a ser vista como uma forma de eliminar a loucura.

Vários artigos publicados recentemente analisam a cirurgia de Battey à luz do conhecimento médico atual. Considerou-se a hipótese de a cirurgia ter sido realizada, inicialmente, em mulheres com diagnósticos de endometriose ou síndrome do ovário poliquístico, que se sabe estarem associados a sintomas depressivos ou ansiosos. Adicionalmente, a *“loucura menstrual”* descrita no século XIX poderia corresponder ao diagnóstico atual de perturbação disfórica pré-menstrual. Nestes casos, após a realização da cirurgia, compreende-se que se verificassem melhorias clínicas, que podem ter motivado os cirurgiões a executar e defender a cirurgia noutros contextos. De facto, na atualidade, o tratamento da perturbação disfórica pré-menstrual implica a supressão da ovulação e remoção das alterações hormonais cíclicas, propondo-se, nalguns casos, a opção cirúrgica de histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral, semelhante à cirurgia de Battey.

Por outro lado, a histero-epilepsia foi uma das principais indicações para a realização da cirurgia de Battey. Embora se tenha considerado, na literatura recente, que esta entidade podia, em certos casos, corresponder a quadros de encefalite anti-recetor N-metil-D-aspartato, associada a teratomas ováricos, a hipótese mais aceite é de que a histero-epilepsia corresponderia ao diagnóstico atual de perturbação neurológica funcional/conversiva. Mais especificamente, corresponderia a crises psicogénicas não epiléticas, que segundo se sabe, não apresentam qualquer relação com disfunção ovárica.

A *“ovariotomia normal”* acabou por cair em desuso no final do século XIX, em parte devido às preocupações levantadas pelos seus críticos, incluindo as considerações éticas, e em parte pelo movimento geral em direção à cirurgia conservadora e às novas tendências cirúrgicas.

Considerações finais

Apesar dos desenvolvimentos no estudo da histeria e saúde mental no século XIX, os defensores iniciais da cirurgia de Battey acreditavam que a remoção dos ovários permitia tratar um amplo espectro de sintomas físicos e psicológicos. Embora o procedimento tenha gerado controvérsia, sendo muitas vezes realizado sem uma indicação clara, é importante compreender que foi usado numa época em que o conhecimento acerca da doença mental era muito limitado. Várias considerações têm sido tecidas relativamente à relevância da cirurgia de Battey no

desenvolvimento da medicina e cirurgia, embora seja difícil avaliar o seu verdadeiro impacto no bem-estar físico, mental e emocional das mulheres a quem foi realizada.

Referências

- Bogousslavsky J. (2020). The mysteries of hysteria: a historical perspective. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 32(5-6), 437-450. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1772731>
- Broussolle, E., Gobert, F., Danaila, T., Thobois, S., Walusinski, O., & Bogousslavsky, J. (2014). History of physical and 'moral' treatment of hysteria. *Frontiers of neurology and neuroscience*, 35, 181-197. <https://doi.org/10.1159/000360242>
- Jarrell, J., & Stahnisch, F. W. (2021). Contextualizing ovarian pain in the late 19th century – Part 2: Ovarian-based treatments of “hysteria”. *Journal of the history of the neurosciences*, 30(4), 375-389. <https://doi.org/10.1080/0964704X.2021.1902065>
- Komagamine, T., Kokubun, N., & Hirata, K. (2020). Battey's operation as a treatment for hysteria: a review of a series of cases in the nineteenth century. *History of psychiatry*, 31(1), 55-66. <https://doi.org/10.1177/0957154X19877145>
- LaFrance W. C., Jr (2014). 'Hysteria' today and tomorrow. *Frontiers of neurology and neuroscience*, 35, 198-204. <https://doi.org/10.1159/000360064>
- Longo, L. D. (1979). The rise and fall of Battey's operation: a fashion in surgery. *Bulletin of the history of medicine*, 53 2, 244-267.
- Roberts, R., MacDougall, N. J., O'Brien, P., Abdelaziz, K., Christie, J., & Swingler, R. (2012). Not hysteria: ovarian teratoma-associated anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. *Scottish medical journal*, 57(3), 182. <https://doi.org/10.1258/smj.2012.012026>
- Stone J. (2016). Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. *Handbook of clinical neurology*, 139, 25-36. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00003-5>
- Studd J. (2006). Ovariectomy for menstrual madness and premenstrual syndrome – 19th century history and lessons for current practice. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 22(8), 411-415. <https://doi.org/10.1080/09513590600881503>
- Trimble, M., & Reynolds, E. H. (2016). A brief history of hysteria: From the ancient to the modern. *Handbook of clinical neurology*, 139, 3-10. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00001-1>

Virginia Woolf: Psicopatologia, Vida e Obra

Filipa Ramalheira¹, Joana Romão², Mariana Magalhães¹

¹ Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; ² Centro Hospitalar Lisboa Norte

E-mail: filiparamalheira@chpl.min-saude.pt

Resumo

Virginia Woolf, nascida em 1882, foi uma das mais importantes figuras femininas da literatura moderna do século XX. A sua história biográfica encontra-se bem documentada através de relatos do seu próprio diário e testemunhos de familiares próximos. O presente trabalho pretende enquadrar alguns destes factos biográficos à luz da psicopatologia. Vários indícios sugerem que a sua vida e obra foram marcadas por prováveis sintomas de doença mental, sendo que se encontram descritos diversos episódios de alterações do comportamento, bem como de tentativas de suicídio, que motivaram a realização de tratamentos psiquiátricos populares na época. Em 1941, aos 59 anos de idade, a escritora morre por suicídio. A experiência destes sintomas encontra-se espelhada na obra de Woolf de diferentes formas, através de personagens, descrições ou do próprio estilo de escrita.

Palavras chave: Virginia Woolf, psicopatologia, literatura

Abstract

Virginia Woolf, born in 1882, was one of the most influential feminine figures of modern literature on the XX century. Biographic details of her life are well documented throughout texts from her personal diaries as well as testimonials of close family and friends. This work aims to frame some of Virginia's biographical facts in the light of psychopathology. Several descriptions of episodes of behavioral changes and many suicide attempts, which have motivated the author to undergo some of the époque's most popular psychiatric treatments, consist in probable symptoms of mental disease that marked her life and work. Woolf's art-work mirror these symptoms through different forms, such as characters, descriptions or style of writing. In 1941, at 59 years of age, the writer dies by suicide.

Keywords: Virginia Woolf, psychopathology, literature

Introdução

A 25 de Janeiro de 1882, Adeline Virginia Stephen, nasce em Londres, terceira filha de uma família burguesa. A partir do momento em que nasce, a possibilidade de vir a desenvolver algum tipo de psicopatologia no decurso da sua vida é elevada, tendo em conta uma forte presença de patologia mental no seio da história familiar – o seu pai, diagnosticado na altura com “neurastenia”, teria uma provável ciclotimia; o avô paterno, mãe, irmãos e mais tarde sobrinha, sofreram de depressão recorrente; a meia-irmã paterna viveu institucionalizada por provável perturbação psicótica; e o primo paterno foi diagnosticado com Doença Bipolar, após ter sido encontrado a correr nu pelas ruas de Cambridge com comportamentos violentos, tendo sido internado e falecido meses após.

A junção entre potencial genético e eventos adversos contribuiu para surgirem episódios e sintomas que podem ser considerados como patológicos, culminando na procura de tratamentos, e por fim no suicídio.

Primeiros sintomas, internamentos e tentativas de suicídio

As descrições dos episódios sintomáticos mais precoces na vida de Woolf ocorrem após a morte dos seus progenitores – aos 13 anos, aquando a morte da mãe por febre reumática, experiência que a autora mais tarde descreveu como um “*mental break-down*”, e sobre a qual existe escassa informação; e mais tarde em 1904, quando tinha 22 anos. Neste último, cerca de 2 meses depois da morte do pai, falecido por cancro do cólon, segundo relatos apresentava-se inquieta e agitada, com discurso incoerente e ilógico, marcado por antagonismo e hostilidade para com a irmã Vanessa, e sentimentos de culpa relativos ao falecimento do pai; recusava alimentar-se por acreditar que a comida a

estava a tornar doente; e referia ouvir pássaros a cantar em grego, bem como o Rei Edward III a falar consigo, tecendo comentários obscenos e a dar-lhe ordens. Foi neste contexto que familiares e amigos procuraram pela primeira vez o apoio médico existente na época, e Virginia permaneceu 3 meses em casa de uma amiga próxima, Violet Dickinson, ao cuidado desta e de 3 enfermeiras, onde, no decorrer deste episódio, ocorreu a primeira tentativa de suicídio por defenestração.

Apesar da gravidade do descrito, vários autores contestam a atribuição de uma origem primariamente psiquiátrica a este episódio, dado que o mesmo desenvolve-se pouco tempo após a escritora ter tido escarlatina, podendo o mesmo ter uma causa pós-infecciosa; para além de a defenestração ter sido feita através de uma janela dum primeiro andar, quando estava há dias fechada num quarto, contra a sua vontade e verbalizando sentir-se muito aborrecida por este motivo – o que leva alguns autores a colocar a questão se esta defenestração terá sido com intuito suicidário ou apenas uma maneira de tentar sair de casa.

Contudo, durante a segunda e terceira décadas de vida da escritora, está relatada a existência de outros episódios de alterações do comportamento adicionais. O seguinte, aos 28 anos, com alguns meses de duração, no qual estava irritável e inquieta, tendo escrito várias cartas de amor ao cunhado. Aos 31, cerca de um ano após o casamento com o escritor Leonard Woolf, desenvolve um quadro que motivou cuidados médicos e vigilância apertada, cujas descrições mencionam insónia, recusa alimentar, cansaço e isolamento social, passando a maior parte do tempo na cama – é neste episódio que realiza uma segunda tentativa de suicídio, desta vez por ingestão de 100mg de barbitol, quando se encontrava sozinha em casa. Foi descoberta pelo marido quando este retornou a casa, que chamou prontamente o seu médico, que procedeu a uma lavagem gástrica com o intuito de salvar a vida de Virginia Woolf.

A recuperação deste episódio foi lenta e tribulada, marcada por vários episódios de gravidade variável entre 1913 e 1915, data em que, quando Virginia tinha 33 anos, o seu sobrinho Quentin Bell descreve um episódio inicialmente marcado por insónia e cefaleias, mas que evolui para agitação, solilóquios (falava com a mãe falecida) e discurso incoerente, como se pode ler pelas palavras do próprio

“with increasingly sleepless nights and restless aching days, she slid inexorably into madness. By 4 March she was beyond Leonard’s care, and professional nurses were called in. Weeks passed during which she was incoherent, excited and violent, for many months more she was under constant surveillance. She took against Leonard, and for two months he dared not see her. It seemed that she might never return to sanity”.

Cura de descanso e Septimus Warren Smith – o reflexo dos sintomas e tratamentos em obra

Os sintomas experienciados por Woolf aos 22 anos despertaram a necessidade de cuidados médicos mais especializados, ficando à mercê dos tratamentos disponíveis em 1904. O seu médico, Dr. Savage, atribuiu-lhe um diagnóstico de “neurastenia” (atualmente inexistente nas classificações atuais) e prescreveu como tratamento a realização de uma Cura de Descanso, não só nesse como em episódios seguintes. Esta terapia popularizada no século XIX-XX consistia em confinamento praticamente total ao leito, restrição do contacto social, cessação de atividades ocupacionais, regime alimentar com aumento do aporte de laticínios e massagens diárias.

Na sua obra *“Mrs. Dalloway”*, encontramos um fiel retrato da Cura de Descanso – “...order rest in bed; rest in solitude; silence and rest; rest without friends, without books, without messages; six months’ rest; until a man who went in weighing sevens tone six comes out weighing twelve”. Nestas passagens é possível denotar as críticas negativas que a autora tecia a este tipo de tratamento, em particular questionando a solidão e perda de contacto com a família, o aborrecimento das atividades permitidas e mesmo os benefícios que a modalidade de tratamento trazia:

“It was merely a question of rest, said Sir William; of rest, rest, rest; a long rest in bed. There was a delightful home down in the country where her husband would be perfectly looked after. Away from her? she asked. Unfortunately, yes; the people we care for most are not good for us when we are ill (...) He would lie in bed in a beautiful house in the country. The nurses were admirable. Sir William would visit him once a week.”

A personagem em causa à qual é prescrito o mesmo tratamento que a Virginia, Septimus Warren Smith, partilha ainda outras curiosas semelhanças com a escritora, tais como frustrações face à incapacidade de compreensão pelos profissionais de saúde e prescrições que sentiam que pouco ajudavam; ideias de culpa exageradas relativas a eventos externos que não conseguem controlar (no caso da personagem, a Guerra, no caso da autora a morte do pai); ideias de teor persecutório e sensação de ameaça; e escutar sons específicos que outros não ouviam (pássaros a cantar em grego, comunicação de mensagens divinas, ouvir vozes de pessoas falecidas), podendo tratar-se de possíveis alucina-

ções auditivo-verbais. Para além disso, a personagem morre por suicídio por defenestração, à semelhança da primeira tentativa de suicídio da escritora. Alguns autores acreditam que Woolf utiliza a personagem de Septimus Warren Smith para descrever vivências que ocorreram em si própria, resultando em tamanhas parecenças.

Época de grande produção literária

O primeiro livro de Virginia Woolf, intitulado “*The voyage out*”, é publicado em 1915. Em 1917, o casal Woolf compra uma pequena editora onde passa a editar as obras de ambos bem como de outros artistas. Segue-se uma época de grande produção literária, aclamada pela crítica, em que escreve e publica 17 obras entre 1919 e 1940. Durante estas duas décadas esteve aparentemente livre de episódios graves de doença mental, mas, contudo, com episódios de sintomas mais ligeiros e menos incapacitantes, que decorriam quer antes, durante ou após o período de escrita de uma obra importante. Por esta altura, Virginia descreve estas experiências no seu diário

“[T]hose days spent in wearisome headache, jumping pulse, aching back, frets, fidgets, lying awake, sleeping draughts, sedatives, digitalis, going for a little walk, & plunging back into bed again and all the horrors of the dark cupboard of illness once more displayed for my diversion”

Alguns autores defendem com base nas descrições encontradas a existência de períodos curtos com aumento da energia vital, criatividade e produção literária, a maior parte deles durante a escrita de obras. Em redor de 1930, contando ainda com maior interação e exposição social. Como podemos encontrar no seu diário:

“Something happens in my mind. It refuses to go on registering impressions. It shuts itself up. It becomes chrysalis. I lie quite torpid, often with acute physical pain... Then suddenly something springs... This is I believe the moth shaking its wings in me. I then begin to make up my story whatever it is; ideas rush in me; often though this is before I can control my mind or pen. It is no use trying to write at this stage”.

Crê-se que estas vivências surtiram uma influência no estilo de escrita de Virginia, nomeadamente através do uso do Fluxo de Consciência, estilo literário que caracteriza as suas obras.

Por outro lado, a própria escritora e os seus contactos mais próximos adotaram ao longo destas décadas uma postura mais preventiva, em que a deteção de períodos de insónia, cefaleias e grande ansiedade – geralmente os sintomas mais precoces e preditores de outros fenómenos no passado de Virginia – eram imediatamente abordados com a instituição de um período de repouso (cura de descanso), sem ter existido necessidade de internamentos. Neste excerto de um texto redigido pelo marido, está representado a atenção e os cuidados que este tinha com o intuito de impedir a progressão dos sintomas para um episódio grave:

“the warning symptoms had come on slowly and unmistakably; the headache, the sleeplessness, the inability to concentrate. We had learnt that a breakdown could always be avoided, if she immediately retired into a hibernation or cocoon of quiescence when the symptoms showed themselves”.

Último ano de vida

O último ano de vida de Virginia foi marcado por uma espiral descendente de eventos adversos e sintomas cada vez mais incapacitantes. O início da II Guerra Mundial trouxe várias dificuldades e inseguranças sociopolíticas, que manifestava frequentemente pessimismo, preocupação e desesperança face as mesmas.³ Nos últimos anos sentia cada vez mais dificuldades em escrever, e menos dias em que conseguia ser produtiva. Por contrapartida, estaria mais inquieta, isolada e fatigada; tornou-se também mais pessimista em relação à qualidade das suas obras mais recentes, e mais desconfiada do seu agente e das revisões literárias por ele feitas.

Apesar de a maioria das referências encontradas corresponderem a um estado emocional predominantemente de tonalidade depressiva, nomeadamente no seu diário, alguns relatos correspondem a estados muito diferentes. A 19 de Fevereiro, cerca de um mês previamente à sua trágica morte, recebe uma visita da escritora Elizabeth Bowen, que descreve o estado de Virginia nesse dia como

“a creature of laughter and movement. ... And her power in conveying enjoyment was extraordinary. And her laughter was entrancing (...) she sat back on her heels and put her head back in a patch of sun, early spring sun. Then she laughed in this consuming, choking, delightful, hooting way.”.

Contudo, ao longo do mês de Março de 1941 apresentava-se cada vez mais deprimida, tendo escrito nas duas semanas prévias ao seu falecimento um total de 6 cartas de despedida, dirigidas ao marido e à irmã, espelhando a falta de esperança para o seu futuro e a premeditabilidade do seu ato. Na última visita da sua médica e amiga Dr. Willberforce, apresentava-se deprimida, impaciente e exprimia desesperança, desapontamento em relação à sua última obra e culpabilidade face à morte do pai, tendo escrito em carta para a mesma “*I’ve lost the art. ... I’m buried down here – I’ve not the stimulation of seeing people. I can’t settle to it*”, relatando tais sentimentos de desesperança uma semana antes de falecer. Já o seu marido, Leonard Woolf, refere o aparecimento súbito de sintomas da linha depressiva, com uma qualidade diferente dos episódios prévios aos quais estava acostumado – “*For years I had been accustomed to watch for signs of danger in Virginia’s mind; (...) But this time there were no warning symptoms of this kind. The depression struck her like a sudden blow.*”

A 28 de Março de 1941, aos 59 anos de idade, Virginia Woolf dirige-se ao lago perto de sua casa com pedras nos bolsos e morre por suicídio. Na sua carta de despedida para o seu marido Leonard, escreve:

“Dearest, I feel certain that I am going mad again. I feel we can’t go through another of these terrible times. And I shan’t recover this time. I begin to hear voices and I can’t concentrate. So I am doing what seems the best thing to do. You have given me the greatest possible happiness. You have been in every way all that anyone could be. I don’t think two people could have been happier till this terrible disease came. I can’t fight it any longer. I know that I am spoiling your life, that without me you could work. And you will I know”.

As suas últimas palavras espelham a profunda tristeza e desesperança sentida nos últimos momentos da sua vida, que culminaram na sua decisão de pôr término à mesma.

Considerações finais

Dados os vários fenómenos experienciados de sofrimento mental e alterações do comportamento em tamanha figura literária e social, o pós-morte de Virginia foi marcado por inúmeras tentativas de atribuição de sintomas de doença mental e mesmo diagnósticos – Perturbação Ciclotímica, Doença Bipolar, Perturbação da Personalidade, Perturbação de Stress Pós-traumático, Perturbação de Ansiedade, ou mesmo o diagnóstico atualmente inexistente nos sistemas de classificação atuais de “Neurastenia”.

Apesar de alguma evidência da existência de psicopatologia no decorrer da vida de Woolf, e da tentação de delinear episódios de doença, na verdade diagnósticos retrospectivos, sem possibilidade da realização de observação clínica adequada, carecem de acuidade diagnóstica, e como tal de valor clínico. Ou, como escreve Hermione Lee na sua biografia sobre a autora “*To choose a language for Virginia Woolf’s illness is at once – from the very moment of calling it an illness – to rewrite and represent it, perhaps to misrepresent it.*”

Referências bibliográficas

1. Jamison, K. R. (1996). *Touched with Fire: Manic-depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York: The free press.
2. Boeira, M. V. (2017). Virginia Woolf, Neuroprogression and Bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 69-71.
3. Orr, D. W. (2004). *Virginia Woolf’s Illness*. Clemson, South Carolina: Clemson University Tigerprints.
4. Caramagno, T. C. (1992). *The Flight of the Mind: Virginia Woolf’s Art and Manic-depressive Illness*. T. C. Caramagno. California: University of California Press.
5. Ghalandari, S., Jamili, S. (2014). Mental Illness and Manic-depressive Illness in Virginia Woolf’s Mrs. Dalloway. *S. Journal of Novel Applied Sciences*, 3(5), 482-489.
6. Bell, Quentin. (1972). *Virginia Woolf: a biography*. London: Hogarth Press.
7. Koutsantoni, K. (2012). Manic depression in literature: the case of Virginia Woolf. *Medical Humanities*, 38(1), 7-14.
8. Lee, H. (1996). *Virginia Woolf*. New York: Vintage Books.

Erotomania, o Amor como Delírio: Acerca de um Caso Clínico

Clotilde Osório, Pedro Martins, Pedro Macedo

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

E-mails: mclotilde.po@gmail.com¹; pedromcmartins95@gmail.com²; pedromacedo33@gmail.com³

Resumo

A erotomania, inicialmente descrita por de Clérambault, descreve a emergência de uma crença inabalável no surgimento de intenções amorosas por parte de outros, tendo sido de uma forma algo preconceituosa descrita como o delírio das solteiras. As figuras incluídas no delírio afetam habitualmente pessoas associadas a uma certa ideia de poder, por pertencerem a uma classe vista como superior ou por gozarem de alguma notoriedade social. Esta patologia encerra simbolicamente uma projeção da admiração causada por figuras inatingíveis. A partir do caso de uma senhora de 49 anos, internada no seguimento de desenvolvimento de ideação delirante erotomaniaca centrada em duas vizinhas, os autores pretendem refletir sobre a evolução histórica deste conceito. Do nosso conhecimento, trata-se de um dos poucos casos descritos no qual o objeto de desejo pertence ao mesmo sexo da utente. Neste sentido, os autores questionam se estas variações patoplásticas não refletem elas mesmas uma evolução social.

Palavras-chave: erotomania, síndrome de Clérambault, homossexualidade

Abstract

Erotomania, initially described by Clérambault, describes the emergence of an unshakable belief in the existence of romantic intentions from others. It has been somewhat prejudicially described as the delusion of single women. The individuals involved in the delusion typically affect people associated with a certain idea of power, either belonging to a perceived superior social class or enjoying some level of social notoriety. Symbolically, this pathology represents a projection of admiration towards unattainable figures. Based on the case of a 49-year-old woman admitted due to the development of delusional erotomaniac ideation centered around two neighbors, the authors aim to reflect on the historical evolution of this concept. To the best of our knowledge, this is one of the few cases described where the object of desire belongs to the same sex as the patient. In this regard, the authors question whether these pathoplastic variations themselves do not reflect a social evolution.

Keywords: erotomania, Clérambault syndrome, homosexuality

Introdução

A estreita relação entre o amor e a loucura remontam a descrições ancestrais que podemos encontrar nas obras de Hipócrates, Plutarco e Galeno (Calil & Terra, 2005). Várias figuras da medicina foram descrevendo estas vertentes patológicas do amor, como Bartholomy Pardoux (1545-1611) na sua obra “*Disease of the Mind*” onde diferenciou *amor insanus* (semelhante ao que hoje apelidamos de erotomania) do *furor uterinus*. Também Jacques Ferrand em 1623 descreve casos de pacientes afetados por *melancholie erotique* (Sampogna *et al.*, 2020). Esquirol definiu o termo “monomania erótica” incluída pela primeira vez num seu tratado publicado em 1838, dentro dos capítulos da monomania (Sampogna *et al.*, 2020; Teixeira & Gil, 2020). De acordo com Kraepelin a erotomania era um subtipo de paranoia, incluindo-a no grupo dos delírios de grandeza. A síndrome de Clérambault ou *psychose passionnelle* foi descrita em 1921 por Gâetan Gatian de Clérambault e faz parte da atual concetualização de erotomania, que está atualmente integrada nas Perturbações Delirantes (Jordan *et al.*, 2006).

Paixão e amor – o limiar patológico

O amor está presente em vários lugares, épocas, povos, textos e contextos, sendo um sentimento impulsionador da vida em sociedade. As suas manifestações podem ser encontradas em diversas formas artísticas, como novelas, mitos, histórias, teatro, literatura e filmes. No entanto, o amor é um termo subjetivo que desafia uma explicação

precisa em palavras (Kelly, 2018). Apesar dos conceitos positivos associados ao amor, há casos em que amar excessivamente se pode tornar prejudicial.

A história do amor revela uma fina linha entre paixão e perda da razão, pois quando o amor foge ao controle, compromete a liberdade de conduta e se torna absoluto em detrimento de outros interesses, podemos estar diante de um quadro em que este amor é patológico. Nesse estado, a obsessão (pela pessoa amada ou pela pessoa que ama) gera sofrimento, especialmente diante de obstáculos que dificultam a vivência desse amor (Medeiros, 2018).

Apesar de não estar incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a paixão e a psicopatologia têm raízes semânticas semelhantes, derivando da palavra grega “Pathos”, que significa sofrimento, doença ou paixão. A complexidade do amor sempre existiu, pois é uma emoção subjetiva complexa que surge em resposta a experiências afetivas, desencadeando a libertação de dopamina e podendo alterar o comportamento, a percepção e o julgamento, envolvendo também sensações fisiológicas, emocionais e cognitivas. Diversas culturas e religiões têm concepções diferentes sobre o amor, desde a compreensão como um encontro divino até a associação com o autossacrifício (DO AMOR & NA, 2020).

A evolução histórica do conceito de erotomania

A história da descrição da erotomania remonta a tempos antigos, com referências nos trabalhos de Hipócrates, Plutarco e Galeno. No século XVI, o médico francês Bartholomy Pardoux, no seu livro *Disease of the Mind* diferenciou entre *amor insanus* (erotomania) e *furor uterinus* (ninfomania) (Teixeira & Gil, 2020).

Em 1623, Jacques Ferrand descreveu alguns casos clínicos de pacientes afetados pela *maladie d'amour* ou *melancholie erotique*. No início do século XVIII, a erotomania foi descrita como uma doença geral causada por um amor não correspondido, enquanto posteriormente foi considerada um amor físico excessivo (definido como ninfomania ou satíriase).

Esquirol (1838) definiu a erotomania como um distúrbio mental crônico (conhecido como “monomania”), caracterizado por um amor excessivo por um objeto, seja ele conhecido ou imaginário. Naquela época, a erotomania era conceituada como uma forma de “loucura parcial”, sendo uma doença da imaginação acompanhada de um erro de julgamento (Kelly, 2018).

Em 1921, Kraepelin cunhou o termo “megalomania paranoica”, enfatizando o componente delirante da erotomania. Emil Kraepelin considerou a erotomania como um subtipo de paranoia, diferenciando-a da demência precoce (esquizofrenia) e da doença maníaco-depressiva. Observou também que as pacientes afetadas geralmente eram mulheres jovens, solteiras, que passavam da fase de serem amadas para a fase de “alucinações sonhadoras”, até aos obstáculos inevitáveis e as decepções do caso amoroso (Calil & Terra, 2005).

Em 1942, Gaetan de Clérambault propôs a primeira concepção científica da erotomania, destacando a presença de um postulado fundamental, no qual o delírio se baseia no orgulho mais do que no amor, e a crença delirante de ser amado é reforçada por percepções, atitudes, emoções e interpretações. De Clérambault classificou os delírios erotomaníacos na nova categoria de “delírios mórbidos de paixão” e diferenciou um tipo “puro” de erotomania, com início súbito e inesperado de sintomas erotomaníacos sem outros sintomas psicóticos, e um tipo “secundário”, no qual o delírio se desenvolve lentamente no contexto de uma patologia mental pré-existente, especialmente a esquizofrenia paranóide. Segundo de Clérambault, existem três fases diferentes na erotomania pura: esperança, despeito e rancor (Correia, 2015).

Ao longo dos anos, as definições de erotomania incluem ‘*les psychoses passionelles*’, síndrome do amante fantasma, amor delirante, erotomania, melancolia erótica, delírios das solteiras e paranoia erótica. Todas essas definições ressaltam a noção de que a erotomania representa uma construção psicopatológica distinta, que merece uma observação clínica e psicopatológica aprofundada.

Nos sistemas modernos de classificação nosológica, o “puro” síndrome de de Clérambault apareceu pela primeira vez no DSM-III-R, categorizado como o subtipo erotomaníaco das perturbações delirantes. Caracterizava-se pela presença de delírios não bizarros com duração de pelo menos um mês, sem a presença de comportamentos estranhos ou alucinações auditivas ou visuais relevantes. Os delírios não bizarros incluem tipos temáticos como erotomaníaco, grandioso, persecutório, somático, ciumento e não especificado, sendo o tema prevalente no tipo erotomaníaco o delírio de que outra pessoa, geralmente de status superior, está apaixonada pelo indivíduo (American Psychiatric Association. & American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., 2013; Sampogna *et al.*, 2020).

No DSM-IV-TR, a síndrome de de Clérambault foi considerada uma perturbação delirante do tipo erotomaníaco e incluída entre as patologias psiquiátricas incomuns. Atualmente, no DSM V, a erotomania está incluída nas

Perturbações Delirantes, sendo necessários a presença de um delírio (ou mais) com duração de um mês ou mais, ausência do critério A para a Esquizofrenia, sem impacto acentuado no funcionamento, ausência ou presença breve de episódios maníacos ou depressivos e não podendo ser atribuída a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, sendo que esse subtipo se aplica quando o tema central do delírio é o de que outra pessoa está apaixonada pelo indivíduo (American Psychiatric Association. & American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., 2013; Jordan *et al.*, 2006).

Etiologia e as características psicopatológicas da erotomania

Erotomania, também conhecida como “monomania erótica” por Esquirol, foi incluída pela primeira vez no tratado “*Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*”, publicado em 1838, nos capítulos sobre monomania – formas de loucura limitadas a uma única ideia, sentimento ou instinto. Esquirol também incluiu a piromania, cleptomania, monomania religiosa e monomania racional nessa categoria. Para Esquirol, a erotomania era uma patologia cerebral crônica caracterizada por um amor excessivo por um objeto conhecido ou imaginário. O autor enfatizou que o núcleo patológico desse quadro seria a existência de um erro no entendimento, citando como exemplo o cavaleiro Dom Quixote, possuído por uma paixão pela princesa Dulcineia, um caso que Alonso-Fernandez apelidou de erotomania platônica (Jordan & Howe, 1980).

De acordo com a descrição de Esquirol sobre a erotomania, a direção da seta do amor/desejo vai inicialmente (e predominantemente) do paciente para o objeto amado. No entanto, como Alonso-Fernández observou, o paciente pode acabar a acreditar que há uma seta dupla de ida e volta, ou seja, que os sentimentos são correspondidos pelo objeto amado (Calil & Terra, 2005; Kelly, 2018).

A síndrome de Clérambault foi descrita em 1921 pelo psiquiatra francês Gaetan Gatian de Clérambault como uma forma de erotomania mais comum em mulheres. Essa síndrome é caracterizada por um postulado básico inicial: o objeto do amor, que geralmente tem um status social mais elevado é, de acordo com a convicção delirante do paciente, quem começou a amar, quem ama com mais intensidade e até mesmo o único que ama. De Clérambault considerava essencial a presença desse postulado delirante básico e, por isso, defendia que este quadro fosse classificado como uma perturbação delirante crônica. O delírio, de forma característica, começava após um breve e ocasional contato com o objeto do paciente, sendo que a partir daí diferentes temas poderiam surgir, como a crença de que o objeto não pode ser feliz sem o paciente, que o objeto não tem um valor completo sem o paciente, que o casamento do objeto não é válido, o estabelecimento de vigilância ou proteção contínuas do objeto, conversas indiretas com o objeto, comportamento paradoxal ou contraditório do objeto, entre outros (Teixeira & Gil, 2020).

De Clérambault descreveu três fases consecutivas nesse quadro, que leva o seu nome: fase de esperança, fase de despeito e fase de rancor. Ao contrário do conceito de erotomania de Esquirol, segundo Clérambault, a seta do amor dirige-se inicialmente (e predominantemente) do objeto para o sujeito delirante.

Enoch e Ball, autores do livro “*Uncommon Psychiatric Syndromes*”, estabelecem uma distinção entre erotomania primária e secundária. A primária refere-se a formas infrequentes de delírio erotomaniaco puro, não acompanhadas por outras alterações psicopatológicas relevantes. Já as secundárias são formas de delírio erotomaniaco inseridas noutros quadros psiquiátricos, principalmente esquizofrenia, perturbações do humor, perturbações esquizoafetivas ou síndromes cerebrais orgânicas (Medeiros, 2018).

Na prática clínica, podemos observar casos em que o paciente apresenta um amor excessivo pelo objeto amado, levando-o a persegui-lo, mas não possui a convicção delirante de que o amor é correspondido. Alguns autores defendem que isso pode ser considerado um subtipo de erotomania, como uma tentativa de recuperar o conceito inicial de monomania erótica ou erotomania proposto por Esquirol. Esses casos receberam nomes como “erotomania borderline” (Meloy) e “paixão patológica” (Mullen e Pathe). O perfil típico é o paciente que se apaixona e desenvolve uma preocupação excessiva, repetitiva e persistente pelo objeto amado, que muitas vezes resulta em perseguição (Sampogna *et al.*, 2020).

Diferentes autores têm apontado o narcisismo subjacente evidente na Síndrome de Clérambault, um amor direcionado ao próprio sujeito, negado ou projetado noutra pessoa. Na realidade, de Clérambault enfatizava que a fonte principal da erotomania era, mais do que o amor, o orgulho sexual. A evolução desse quadro ocorreria do orgulho para o desejo e, em seguida, para a esperança. Se a esperança não se concretizasse, o sentimento poderia facilmente transformar-se em ressentimento ou rancor. Como concluem Enoch e Ball, a erotomania, segundo de Clérambault, trata fundamentalmente de ser amado e não de amar (Kelly, 2018).

Variações patoplásticas da erotomania: acerca do caso clínico

O caso que motivou este trabalho trata-se do caso clínico de uma mulher de 49 anos, solteira, que residia há vários anos com o irmão, numa zona rural e isolada da área do Tâmega e Sousa. Única mulher de uma fratria de 7 irmãos (teria apenas uma irmã que morreu à nascença), descrevia-se como “a cuidadora da família” (sic), tendo estudado apenas até ao 4.º ano de escolaridade, abandonando o ensino para trabalhar em casa com a mãe e o pai. Além disso, teria apenas trabalhado numa fábrica de sapatos durante 5 anos na sua adolescência, tendo abandonado o emprego e regressado a casa para cuidar e apoiar o pai e a mãe que estariam mais dependentes. Referia que a mãe e o pai seriam figuras austeras e conservadoras, católicas praticantes (assim como a doente), que faleceram quando a doente teria 39 anos. Desde então ficou a morar apenas com o irmão mais novo, também solteiro. Descrevia-se como uma pessoa introvertida, com um círculo social restrito que incluía apenas alguns elementos da família. Elaborava acerca de um parco número de relacionamentos amorosos no passado, todos eles heterossexuais, tendo o último ocorrido há mais de 5 anos, de duração muito curta, justificando este facto pelo pouco interesse que teria nos mesmos, negando relações sexuais prévias.

Esteve internada em 2022 por um quadro delirante de teor erotomaniaco, que terá tido início aquando da mudança da vizinha do apartamento em cima do seu, que seria casada e não seria natural daquela região, cuja freguesia era constituída por um número reduzido de pessoas “que se conheciam todas, e nestes sítios fala-se sempre quando chega alguém novo” (sic). Refere que esta vizinha a terá começado a olhar de maneira especial, tendo-a encontrado a falar com o marido sobre ela “chamava-me pequenina... e sei que é sobre mim... ela chama me assim e o marido descobriu que ela estava apaixonada por mim” (sic). Terá inclusivamente abordado o casal à entrada do prédio por considerar que o marido estaria a agredir a vizinha e que teria a obrigação de a proteger. Além disso estaria convicta de que a vizinha do lado teria começado a fazer feitiços dirigidos à doente, acordando durante a noite com “a voz da vizinha do lado, eu não percebia o que era mas sentia que ela me estava a mandar despir me e tomar banho, e então eu ia” (sic) e que esta se masturbaria em frente da janela para provocar a doente, pois também estaria apaixonada pela doente e estaria a tentar competir pelo seu amor.

As teorias psicodinâmicas que abordam esta patologia defendem que na erotomania o amor envolvido poderá tratar-se de um amor próprio, negado ou projetado noutra pessoa, com base numa tendência erótica homossexual retraída. A literatura descreve alguns casos incomuns de erotomania homossexual, sendo que o sujeito é normalmente uma mulher. Um estudo aborda 7 casos, 2 dos quais seriam mulheres casadas, 3 solteiras e 2 divorciadas. Alguns estudos identificam também uma maior prevalência de casos em mulheres sexualmente inexperientes, como vemos no caso descrito (Eminson *et al.*, 1989). Vindo de uma família austera e conservadora do ponto de vista religioso, será também possível que este quadro possa ter surgido de impulsos homossexuais retraídos e negados, projetados nestas vizinhas e despoletado pela entrada em cena de um elemento novo no círculo da zona onde vivia, que provavelmente terá sido alvo de maior atenção pela população numa fase inicial, dada a novidade da sua presença, tornando-se assim (e apesar de haver referências a pertencer a um estatuto social mais elevado) uma “celebridade” na região.

Evolução e prognóstico

Uma observação marcante e concordante é a de que o típico paciente, homem ou mulher, leva uma vida reservada, socialmente inexpressiva. O paciente pode até rejeitar com aversão o objeto de amor, porém, na maioria das vezes, aceita-o, e pode até apaixonar-se por ele de maneira obsessiva, perseguindo-o e tentando contactá-lo de variadas formas.

A persistência de ideação delirante residual (embora na maioria das vezes de reduzida intensidade) a despeito das confrontações com a realidade ou das tentativas médicas, farmacológicas e legais de dissuadir e tratar o paciente, faz com que o prognóstico desta patologia seja reservado. A erotomania é uma doença crónica, relativamente refratária ao tratamento, tanto farmacológico, quanto psicoterapêutico (Kennedy *et al.*, 2002).

Considerações finais

Diante dessas reflexões, surge a questão de se todo amor é ilusório. Será que pode existir um elemento delirante das conceções sociais românticas do amor? Será este importante para manter relacionamentos estáveis e sustentá-los ao longo do tempo? Não seria, no entanto, adequado patologizar todas as formas de amor, sendo este universal à natureza humana.

Hoje, reconhece-se que a erotomania é uma condição relativamente rara. A compreensão e classificação da erotomania continuam a evoluir à medida que investigadores e clínicos se esforçam para obter uma compreensão mais profunda desta patologia.

Em conclusão, a história da erotomania abrange séculos, com contribuições notáveis de médicos antigos a psiquiatras modernos. Embora os critérios diagnósticos específicos e a classificação da erotomania tenham passado por mudanças ao longo do tempo, a característica central continua a ser a crença delirante de ser amado por outra pessoa. Pesquisas e observações clínicas adicionais são necessárias para aprimorar nossa compreensão desta patologia.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association. <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Calil, L. C., & Terra, J. R. (2005). [The De Clerambault's syndrome: a bibliographic revision]. *Braz J Psychiatry*, 27(2), 152-156. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000200016> (Síndrome de De Clerambault: uma revisão bibliográfica.)
- Correia, D. T. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. Lidel.
- DO AMOR, A. V., & NA, A. D. D. E. (2020). EROTOMANIA. *Publicação*, 85.
- Eminson, S., Gillett, T., & Hossanyeh, F. (1989). Homosexual erotomania. *Br J Psychiatry*, 155, 128-129. <https://doi.org/10.1192/bjp.155.1.128b>
- Jordan, H. W., & Howe, G. (1980). De Clerambault syndrome (erotomania): a review and case presentation. *J Natl Med Assoc*, 72(10), 979-985. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6999163>
- Jordan, H. W., Lockert, E. W., Johnson-Warren, M., Cabell, C., Cooke, T., Greer, W., & Howe, G. (2006). Erotomania revisited: thirty-four years later. *J Natl Med Assoc*, 98(5), 787-793. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16749657>
- Kelly, B. D. (2018). Love as delusion, delusions of love: erotomania, narcissism and shame. *Med Humanit*, 44(1), 15-19. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011198>
- Kennedy, N., McDonough, M., Kelly, B., & Berrios, G. E. (2002). Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Compr Psychiatry*, 43(1), 1-6. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.29856>
- Medeiros, E. M. (2018). Amor eros, amor platônico & erotomania: resenha do filme Bem me quer, mal me quer. *Psicologia. PT, on-line*, ISSN, 1646-6977.
- Sampogna, G., Zinno, F., Giallonardo, V., Luciano, M., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2020). The de Clerambault syndrome: more than just a delusional disorder? *Int Rev Psychiatry*, 32(5-6), 385-390. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1744536>
- Teixeira, D., & Gil, N. P. (2020). *Ornitórrincos psiquiátricos: casos bicudos e outros dilemas diagnósticos* (1a. edição impressa. ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Elizabeth Packard: do Manicómio à Reforma das Leis de Saúde Mental e Direitos das Mulheres

Catarina P. Desport, Catarina Cunha, Gustavo França

Hospital de Magalhães Lemos, Centro Hospitalar e Universitário de Santo António

E-mail: catarinadesport@gmail.com

Resumo

Elizabeth Packard nasceu em Massachusetts em 1816, tendo contraído matrimónio em 1839. Em 1860, o marido internou-a num manicómio em Illinois por ter crenças religiosas e ideais da sociedade diferentes dos seus, considerando-a “ligeiramente louca”. Ao fim de 3 anos conseguiu a sua liberdade e, até à sua morte em 1897, reformou a lei de internamento em manicómios em 4 estados americanos, criou uma lei de protecção da propriedade de mulheres casadas e a Anti-insane Asylum Society, e escreveu vários livros. À data do seu falecimento, foi considerada pelo Jornal de Chicago, no seu obituário, como “the reformer of insane asylum methods”. O presente trabalho resume a vida e obra de Elizabeth Packard, discutindo a sua importância na reforma das leis de admissão e funcionamento de manicómios e de protecção das mulheres, entre 1870-1900.

Palavras-chave: Elizabeth Packard, manicómios, mulheres

Abstract

Elizabeth Packard was born in Massachusetts in 1816, and married in 1839. In 1860 her husband had her committed to the Illinois asylum for having divergent religious beliefs and society ideals, naming her “slightly insane”. After 3 years she conquered her freedom and, until her death in 1897, reformed asylum laws in 4 states and created a law that protected married woman and the Anti-insane Asylum Society, and wrote several books. At the time of her death she was considered, in the Chicago journal obituary, as “the reformer of insane asylum methods”. This work aims to resume the life and work of Elizabeth Packard, discussing her importance in the reform of asylums admissions and functioning laws and women’s rights between 1870 and 1900.

Keywords: Elizabeth Packard, asylum, women

Biografia

Elizabeth Parsons Ware Packard nasceu a 28 de Dezembro de 1816. A sua mãe, Lucy Ware era doméstica, e o pai, de nome Samuel Ware, foi pastor da congregação da Igreja de Connecticut, Valley of the Ware, entre os anos de 1810 e 1826; eram uma família de classe média. Era a mais velha duma fratria de 3 e a única mulher. Durante a sua infância e juventude teve aulas de Francês, Álgebra e Clássicos da Literatura no seminário feminino de Armherst, com um rendimento escolar de excelência segundo os seus professores e, por isto, era considerada, na época, uma afortunada por poder ter tido uma educação. Trabalhou como professora até 1835, altura em que, com apenas 19 anos, ficou doente e quando o médico de família não foi capaz de estabelecer um diagnóstico, foi internada num hospital geral (Worcester State Hospital) com o diagnóstico de “febre mental”, durante 6 semanas; teve alta sem diagnóstico específico mas a explicação médica para a sua clínica era excesso de trabalho, que terá resultado num “esgotamento” por usar demasiado o cérebro na sua atividade laboral (Sapinsley, Barbara, 1991).

A 21 de Maio de 1839 contraiu matrimónio com Theophilus Packard que era mais velho 14 anos. Theophilus era conhecido do pai de Elizabeth, também era pastor, evangelista. Tinha uma personalidade descrita como implacável, um temperamento frio e dominador e crenças religiosas inflexíveis. Apesar de não terem uma relação afetiva também não teriam conflitos. O casal teve 6 filhos: Theophilus (1842), Ira (1844), Samuel (1847), Elizabeth (1850), George Hastings (1853) e Arthur Dwight (1858). Viveram em Western Massachusets até Setembro de 1854, depois viveram por curtos períodos de tempo em Ohio e Iowa; em 1857 mudaram-se para Manteno, Kankakee County, Illinois. Nunca se divorciaram, sendo que Elizabeth faleceu a 25 de Julho de 1897, ainda uma mulher casada, apesar de separada desde 1863 (Carlisle, Linda, 2010).

Internamento psiquiátrico e julgamento

Em 1851 abriu em Illinois o 1.º hospital psiquiátrico. Pela mesma altura, foi aprovada uma lei que definia a necessidade de uma audiência pública antes dum internamento psiquiátrico ser autorizado, mas apresentava duas exceções, uma para as mulheres casadas, definindo-se que estas podiam ser internadas contra a sua vontade e sem audiência prévia, se esta fosse a vontade dos maridos, e a outra no caso de um pai querer internar a filha.

Entre 1858 e 1859 Elizabeth começou a questionar as crenças do marido e a discordar do mesmo relativamente à educação dos filhos, finanças, política e ideais sociológicos, chegando até a insurgir-se durante um dos seus sermões religiosos, questionando-o à frente de vários membros da congregação. Simultaneamente começou a demonstrar publicamente apoio a John Brown, defensor do fim da escravatura, sentindo-se o marido, segundo relatos, envergonhado por este comportamento. Em 1860, Theophilus considerou a mulher “ligeiramente louca” por “uso excessivo do corpo e mente” por ousar discordar dos seus ideais e crenças, referindo “nunca antes ela recusou tão persistentemente a minha vontade ou desejos, ela parece determinada a ter a sua própria vontade e portanto deve estar louca”. Para apoiar a sua ideia contratou um médico, J. W. Brown, para avaliá-la em casa, no entanto, enganou Elizabeth e disse-lhe que se tratava de um vendedor de máquinas de costura para que esta falasse abertamente dos seus pensamentos e motivações. Durante a entrevista Elizabeth queixou-se do domínio exercido pelo marido e o médico reportou as queixas a Theophilus que decidiu interná-la no asilo psiquiátrico. A 18 de Junho de 1860, um xerife apareceu na casa da família Packard, sem qualquer aviso prévio ou explicação, e levou, à força, Elizabeth para o hospital psiquiátrico de Illinois (Carlisle, Linda, 2010).

O internamento teve a duração de 3 anos, durante o qual Elizabeth teve entrevistas médicas regulares, e nestas manteve as suas opiniões religiosas e pedagógicas, contrárias às do marido, apesar das tentativas dos médicos em convertê-la. Teve a visita dos filhos por várias vezes, sendo que apenas em Junho de 1863, por pressão dos filhos mais velhos, foi considerada “louca incurável” e teve alta médica, sob a tutela dos filhos.

Após a alta, Theophilus trancou Elizabeth no berçário da casa de família e fechou as janelas com pregos. No entanto, Elizabeth conseguiu entregar uma carta, através da janela a um estranho que passava, e endereçou-a a uma amiga e vizinha, que a entregou às autoridades. Um juiz ordenou então que fosse agendada uma audiência para determinação legal da sanidade mental de Elizabeth. O caso Packard vs. Packard durou 5 dias. As testemunhas contra Elizabeth eram familiares e membros da congregação religiosa de Theophilus e entendiam como sinais de loucura esta ousar discutir com o marido e discordar do mesmo, bem como ter tentado sair da congregação, já as testemunhas a favor de Elizabeth eram vizinhos e amigos que não pertenciam à congregação. A testemunha mais importante foi um médico e teólogo, Dr. Duncanson, que proferiu “eu não considero pessoas loucas apenas porque diferem de mim, eu considero-a uma mulher sã e desejava que tivéssemos uma nação de mulheres assim”. O juiz demorou apenas 7 minutos a considerar Elizabeth legalmente sã e foi emitida uma ordem de que não poderia ser presa em casa (Lombardo, Paul A., 1992).

Após a decisão judicial que trouxe liberdade a Elizabeth, Theophilus alugou a casa de família, vendeu toda a mobília e foi para Massachusetts, levando consigo todo o dinheiro, bens da família e os filhos do casal. Elizabeth apelou aos Supremos Tribunais de Illinois e de Massachusetts, mas enquanto mulher casada, não tinha, nestes estados, direito legal à guarda dos filhos (Levison, Jennifer Rebecca, 2003).

Contribuições e conquistas

Após o julgamento, Elizabeth tornou-se uma celebridade nacional, apesar de não reunir consenso da população, atravessou os Estados Unidos da América (EUA) numa campanha de reforma durante uma década, lutando pelos direitos das mulheres casadas mas também pela liberdade de expressão e contra o poder dos manicómios, defendendo melhores leis de internamento psiquiátrico. Para tal, fundou a Anti-Insane Asylum Society, uma sociedade anti-manicómios, com os seguintes ideais: 1) não consentir a ser admitido a um asilo/manicómio nem permitir que nenhum amigo ou familiar o fossem; 2) em caso de loucura preferir tratamento em casa por familiares, com “paciência e carinho”, e se tais cuidados não fossem possíveis a Sociedade encontraria meios para tornar este método possível e ajudar; 3) em caso de necessidade de apoio financeiro, este era concedido após investigação do caso pela Sociedade (Moore, Kate, 2021).

Publicou várias obras literárias, sendo as mais divulgadas: *Marital Power Exemplified*, *Three Years Imprisonment for Religious Belief* (1864), *Great Disclosure of Spiritual Wickedness in High Places* (1865), *The Mystic Key or the Asylum Secret Unlocked* (1866) e *The Prisoner Hidden Life, Insane Asylums Unveiled* (1868) (Himmelhoch, Myra Samuels, 1979).

Em 1867 é aprovada no Illinois uma lei de proteção da liberdade pessoal, que garantia que todas as pessoas acusadas de loucura, incluindo mulheres casadas, tinham direito a uma audiência judicial pública. Nos anos seguintes foram aprovadas leis semelhantes em mais 3 estados. Em 1869 é aprovada, no Illinois e em Massachusetts, uma lei que igualava os direitos à propriedade e guarda dos filhos, entre homens e mulheres casados. Após esta aprovação, Theophilus cedeu, voluntariamente, a guarda dos filhos a Elizabeth e estes foram viver com a mãe em Chicago (Packard, E. P. W., 1874).

Após o seu falecimento, o *The Inter Ocean*, um jornal local de Chicago, publicou o seu obituário, no qual a descreveram como “a reformadora dos métodos dos asilos psiquiátricos”. Maioritariamente, em vida, não obteve reconhecimento pela comunidade científica e foi atacada pelo povo, pela sua revelia, e apelidada de Joan D’Arc. Efetivamente, o reconhecimento pelo seu trabalho veio apenas em 1930, por um historiador da psiquiatria, Albert Deutsch, mas desde então e até à actualidade, o seu percurso de vida e conquistas, têm sido mais divulgados e objecto de obras literárias modernas e reconhecidos pela comunidade científica como relevantes na área da saúde mental (Lombardo, Paul A., 1992).

Conclusão

Elizabeth Ware Parsons Packard foi uma mulher notável, que encontrou desafios mas elevou-se, demonstrou coragem e perseverança na sua luta pelos direitos das mulheres e dos doentes psiquiátricos. A sua história reflete as dificuldades das mulheres casadas no século XIX e as falhas nos serviços de saúde mental da época. Conquistou a sua liberdade pessoal, considera a mesma, por sorte, ao ter filhos e amigos que permitiram que encontrasse justiça mas sem dúvida que a conquistou por ter a coragem de manter sempre os seus ideais e convicções apesar da opressão de que foi alvo durante vários anos. Dedicou a sua vida a esta luta e através das suas obras literárias e testemunhos, que deu pelo país, conseguiu liberdade e mais direitos para todas as mulheres e doentes psiquiátricos nos EUA.

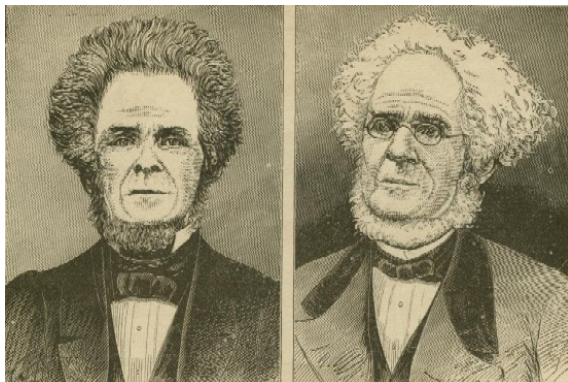


Figura 1. Theophilus Packard em 1862 e 1872.
(fonte: Disability History Museum)



Figura 3. Elizabeth Packard
(fonte: Moore, Kate (2021), *The Woman They Could Not Silence: One Woman, Her Incredible Fight for Freedom, and the Men Who Tried to Make Her Disappear*, Sourcebooks, ISBN 978-1492696728)



Figura 2. Ilustração do momento em que Elizabeth é levada para o manicómio, intitulada: “o rapto de Mrs. Packard”.
(fonte: Disability History Museum)

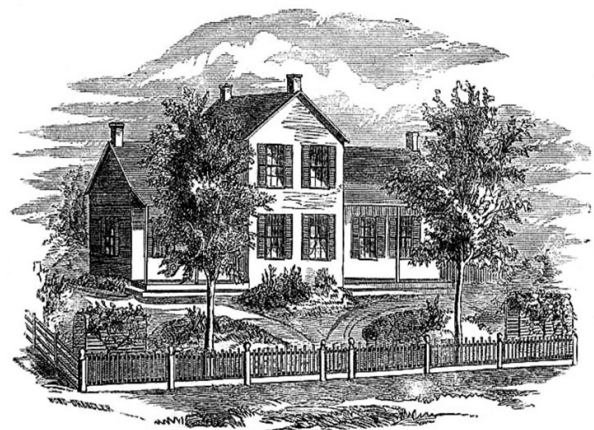


Figura 4. A casa da família Packard
(fonte: Disability History Museum)

Bibliografia

1. Sapinsley, B. (1991). *The private war of Mrs. Packard*. New York: Paragon House. ISBN 1-55778-330-6. OCLC 22596419
2. Moore, K. (2021), *The Woman They Could Not Silence: One Woman, Her Incredible Fight for Freedom, and the Men Who Tried to Make Her Disappear*, Sourcebooks, ISBN 978-1492696728
3. Carlisle, L. (2010). *Elizabeth Packard: A Noble Fight*. Champaign, Illinois: University of Illinois Press. p. 27. ISBN 978-0-252-03572-2
4. Levison, J. R. (2003), “Elizabeth Parsons Ware Packard: An Advocate for Cultural, Religious, and Legal Change”, *Alabama Law Review*, 54(3), doi:10.2139/ssrn.406821, SSRN 406821
5. <https://publish.illinois.edu/ihlc-blog/2019/03/28/elizabeth-packard-legal-and-mental-health-reformer/>
6. <https://owlcation.com/humanities/Elizabeth-Ware-Packard-Advocate-for-rights-of-women-and-the-mentally-ill>
7. Himelhoch, M. S., & Shaffer, A. H. (December 1979). “Elizabeth Packard: Nineteenth-Century Crusader for the Rights of Mental Patients”. *Journal of American Studies*. 13(3), 345-375. doi:10.1017/S0021875800007404

Luísa de Jesus, a Última Execução Feminina em Portugal

Diogo Francisco Rodrigues, Daniela Jeremias

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

E-mail: dfcfrdrigues@outlook.pt

Abstract

The last woman execution in Portugal was in 1772. She was a native of Coimbra and was sentenced to death for infanticide of 33 newborns left in the wheel that existed in the Misericórdia de Coimbra, and is still today one of the greatest infanticides recorded in history. It is historically documented that she was still a puerperal woman at the time of her first crime, raising the hypothesis of a possible postpartum psychosis that may have contributed to these heinous crimes. Postpartum psychosis is the psychiatric condition most commonly associated with infanticide. It can be manifested by moments of violence and heteroaggressiveness with periods of appropriate behavior, as well as sudden changes in mood, multithematic delusional ideation, and rapid changes in perception. History demonstrates the brutality of the crimes committed by the puerperal woman.

Keywords: infanticide, death penalty, postpartum psychosis

Introdução

O artigo em causa pretende retratar a vida de Luísa de Jesus, que foi a última mulher a ser executada em Portugal, em 1772. Tal levanta o véu para a gravidade dos crimes que Luísa de Jesus terá cometido para ser a última mulher executada durante quase 100 anos em que se manteve vigente a legislação que permitia a pena de morte. Luísa terá sido sentenciada após ter sido acusada de 33 crimes de infanticídio (assassinato de crianças no primeiro ano de vida). Não existem semelhantes relatos a crimes cometidos com esta severidade e frequência em Portugal. Pretende-se relatar os dados biográficos de Luísa, descrever os anos próximos dos crimes cometidos, a sua resolução, bem como associação com eventual psicopatologia que pudesse estar na base dos hediondos atos cometidos.

Primeiros anos de vida

Luísa de Jesus – ou Lucífera como ficou eternizada – nasceu a 10 de dezembro de 1748, na Figueira do Lorvão, em Coimbra. Ela era filha de Manoel Roiz (ou Rodrigues) e Marianna Roiz, ambos primos diretos. O apelido Roiz é uma abreviatura de Rodrigues, que era o sobrenome de ambos os pais. Embora não fosse obrigatório dar o sobrenome aos filhos, há registos históricos que indicam que muitas famílias escolhiam seguir a tradição de usar o sobrenome paterno. No entanto, até ao século XIX, era possível mudar o nome ao longo da vida, o que explica porque Luísa escolheu o sobrenome de Jesus, que não vinha nem dos pais, nem dos avós, nem do marido Manuel Gomes, um personagem que não se destaca no processo e, ao que tudo indica, já teria abandonado a terra na altura das investigações e do julgamento.

Embora não haja registos de que tenha sofrido maus-tratos ou eventos traumáticos durante a infância, Luísa cresceu numa família de classe social baixa e trabalhava como recoveira, ou seja, transportava mercadorias encomendadas da cidade para Gavinhos, uma aldeia de moleiros e lavradores, ou para toda a freguesia de Figueira do Lorvão. Sabe-se que manteve durante alguns anos um casamento com um indivíduo chamado Manuel Gomes (denote-se que nenhum dos apelidos coincide com o apelido escolhido por Luísa) e este abandonou-a anos antes dos crimes que ela cometeu serem descobertos e tornados públicos.

Vida laboral e a sua relação com os crimes cometidos

Consta historicamente que Luísa fazia visitas frequentes entre a aldeia onde morava e a cidade de Coimbra, passando pela zona de Monte Arroio. Nessa zona estava localizada a Roda dos Enjeitados (ou Roda dos Expostos) de Coimbra, um mecanismo trazido de Itália, onde existem os seus primeiros registos históricos. A Roda dos Enjeitados foi um mecanismo vigente em Portugal entre 1498 e 1866, e a primeira foi inaugurada na Santa Casa da Misericórdia em Lisboa. O mecanismo consistia em uma porta giratória onde recém-nascidos eram abandonados

(ou expostos) em uma instituição de caridade. A porta giratória garantia que a pessoa que abandonava a criança não era vista por quem a recebia. As mulheres colocavam os recém-nascidos no mecanismo e acionavam um sino, indicando a chegada de mais um órfão. Os bebés tinham abrigo nas instituições até que fossem adotados. O governo oferecia aos pais adotivos um enxoval composto por 600 réis, um berço e um côvado de baeta. A decisão de anonimato foi mantida durante muitos anos no funcionamento da roda e não havia registos de que pessoas podiam deixar ou receber as crianças. De acordo com as Ordenações Manuelinas de 1521 e confirmadas pelas Ordenações Filipinas de 1603, esses mecanismos eram da responsabilidade das Irmandades das Misericórdias, e as Câmaras deveriam arcar com o custo de criação do enjeitado nascido sob a sua jurisdição, caso não tivessem a Casa dos Expostos e nem a Roda dos Expostos. A Câmara teria essa obrigação até que o exposto completasse sete anos de idade. (Antónia Lopes, 2013) Em Coimbra, é a Misericórdia, cuja principal receita vem dos empréstimos de dinheiro a juros, que administra a Real Casa dos Expostos da cidade. A Roda de Coimbra foi construída em 1712 no Monte-Arroio. Existem registos históricos que indicam que a Roda recebia cerca de 200 crianças por ano. Acredita-se que Luísa tenha sido influenciada pelo trabalho que fazia como recoveira e pelas visitas frequentes à Roda dos Enjeitados, o que provavelmente facilitou o cometimento dos crimes que a tornariam famosa e um caso ímpar em Portugal e no mundo. (Elizangela Nivardo Dias, 2017)

Descoberta e julgamento dos crimes

Consta que Luísa fazia frequentemente o percurso desde a Roda de Coimbra até Figueira de Lorvão em virtude do seu emprego. Ao longo de vários anos faria o percurso tendo passado por inúmeras ocasiões na Roda de Coimbra. A primeira vez que o fez, em abril de 1770, terá trazido apenas 1 criança. Funcionários da Roda confirmam que Luísa estaria a experienciar um período pós-parto, sendo através da justificação de ser ama-de-leite que conseguiu que lhe fosse dada essa primeira criança. À época, os critérios de aceitação para que mulheres pudessem adotar e levantar pessoas da roda eram mais latos, mas ainda assim, foi com a justificação da benevolência da própria poder partilhar o seu leite materno com uma criança da roda. Desconhece-se qual terá sido o desfecho daquela gravidez. Terá conseguido dar a luz? Terá dado a luz um feto saudável? Terá sido um aborto? Terá sido o primeiro crime cometido por Lucifera?

Certo é que fez essa viagem ao longo de 2 anos consecutivos, sempre levantando mais e mais crianças, ora com a justificação de bondade própria, ora com a justificação das crianças serem posteriormente entregues a outras famílias. Foi apenas passado esses 2 anos, já depois de Luisa de Jesus ter morto 31 crianças, que uma mulher (Angélica Maria) encontrou cadáveres das. Debaixo de uma árvore nas imediações da Roda, Angélica encontra o cadáver de uma criança, reconhecendo imediatamente as orelhas (tiras de pano da Roda) dos cadáveres, houve a suspeita imediata de que seriam os dois neonatos mais recentemente recolhidos por Luísa. Estas suspeitas levaram a que fosse feita uma queixa contra Luísa sendo o caso rapidamente levado a tribunal. Ao longo de 1 mês, foram feitas várias investigações. Depois de encontrado o segundo corpo, as autoridades vão chamando as pessoas que alegadamente teriam recorrido à recoveira para obter crianças, embora muitas afirmaram nunca as ter recebido. Alguns desses nomes são reais, outros inventados. Junto a um monte de oliveiras em Monte-Arroio, são descobertos mais 13 cadáveres que, tal como os dois primeiros, mostravam ter sido violentamente mortos e garrotados. Perante estes achados hediondos, o juiz do crime manda fazer uma busca à casa de Luísa. (Lopes, 2015) Os relatos históricos de Frei Cláudio da Conceição descrevem um cenário dantesco:

“vários pedaços de cadaveres corrompidos, e fetidos, sem se poder divisar o seu numero senão por tres caveiras que nelle estavam. Debaixo de huma pouca de palha se acháráo quatro cascos de cabeças com a carne comida, e hum corpo de creança organizada, mas já corrupta. Ultimamente enterrados na mesma casa dez cascos de cabeças de inocentes sem o menor vestígio de outro algum osso”. (Fr. Cláudio da Conceição, 1772)

Pelos registos da Roda, entre 1770 e 1772, Luísa terá pedido 34 crianças à roda de Coimbra. Desconhece-se o desfecho da 34.^a criança cujo cadáver nunca foi encontrado. Luísa de Jesus é novamente interrogada a 12 de maio de 1772, confessando ter morto um total de 28 crianças. Do registo dos magistrados pode ler-se: “*Vindo assim a mostrar-se terem saído da dita Roda trinta e quatro Expostos. Achados mortos trinta e três. E confessado que foram por ela garrotados vinte e oito*”. (Lopes, 2015)

Margarida Joaquina e Leocádia Maria da Conceição, funcionárias da roda serão presas cinco dias depois por aquilo que hoje chamaríamos de ‘negligência criminosas’, pois entregaram todos esses meninos e meninas a uma mulher que ia buscá-los em nome de outras, sem que a responsável pela Roda averiguasse o destino das crianças.

Terão sido presentes a justiça e libertadas de forma célere dado ter sido justificado que não teriam associação criminosa de facto com o cometido.

Do ponto de vista de recompensa financeira pelo levantamento de crianças na roda, calcula-se que, no total, tenha arrecadado cerca de 20 mil réis, o equivalente ao ordenado de seis meses de uma cozinheira. O produto do roubo dos “benefícios públicos” pode, no entanto, ter sido partilhado com terceiros.

Pode ainda ler-se na sentença de suplicação de Lisboa contra Luísa de Jesus que

“E provando-se ter a Ré cometido a nunca neste Reino, suposta, nem ouvida crueldade de tantos infanticídios, nem se pode achar hum monstro de coração tão perverso, e corrompido, e de que não haverá facilmente exemplo no presente Seculo”, sentenciaram-na a 1 de julho de 1772, a um suplício atroz: “com barão e pregão atanazada pelas ruas, mãos decepadas em vida, garrotada e queimada até o corpo se reduzir “a cinzas, para que nunca mais houvesse memoria de semelhante monstro” (*A Sentença da Casa da Suplicação*, 1772)

Tal equivale a uma sentença em que Luísa foi obrigada a desfilar pelas ruas com uma corda de enforcar ao pescoço enquanto um funcionário apregoava em voz alta os crimes cometidos e a pena aplicada. A tal se acrescenta ter sido queimada com uma tenaz em brasa (acima dos 200°C) que provoca uma dor excruciante e que tem uma raiz bíblica. De seguida, foi ordenado que o carrasco lhe decepasse as mãos antes de a matar no garrote. Este método, um dos mais cruentos conhecidos, corresponde a uma perfuração gradual do pescoço do condenado, enquanto se encontra amarrado a uma cadeira. Por fim, o corpo foi queimado. Como se não bastasse, ainda foi condenada a pagar 50000 reis em despesas judiciais. Apesar do choque das descrições, este evento foi um dos acontecimentos do século com maior afluência na cidade de Lisboa.

Luísa foi assim a última mulher executada em Portugal. No entanto, a última mulher condenada à morte em Portugal foi-o em 1811, de seu nome Isabel e Roxas Lemos, conhecida por “Rainha Pamplona”, foi condenada à morte por traição. Escapou desse desígnio após ter conseguido fugir de Portugal antes de ser enforcada. Portugal vem a abolir a pena de morte em 1867. Na câmara dos deputados, Aires Gouveia, lembra e enfatiza precisamente o caso descrito neste artigo em como a pena de morte não impedira que nenhuma mulher se torne numa assassina. “Nunca a sociedade tenha o direito de cortar a cabeça, de uma vez, a qualquer que seja, para emendar ou corrigir (...) O cadáver não se corrige”. (Aires de Gouveia, n.d.)

Infanticídio e a sua relação com psicopatologia

Luísa de Jesus seria puérpera à data em que acedeu pela primeira vez à roda dos enjeitados. Este facto levanta o véu de uma eventual psicose pós-parto. Os dados que apontam nesse sentido serão o facto de ser condição psiquiátrica mais comumente associada a infanticídio. A psicose pós-parto é uma doença mental, que embora rara (1-2/1000 puérperas) é bastante grave e com risco para a mãe e o feto. Sabe-se que o período peri-natal é um período de maior vulnerabilidade e risco para o despontar de patologia psiquiátrica, sendo a psicose pós-parto um dos diagnósticos com maior gravidade. Este pode tratar-se de um evento isolado ou episódio de perturbação bipolar (o mais frequente), ou secundário a quadros de perturbação depressiva grave. Caracteriza-se por haver sintomatologia de flutuação do humor, disfunção comportamental e cognitiva, ideação delirante, alterações da percepção de evolução rápida. Quadro manifesta-se de forma alterna, coexistindo momentos de violência e hétero-agressividade com períodos de comportamento adequados. Hoje em dia considera-se uma emergência psiquiátrica, havendo a indicação de haver afastamento imediato entre a mulher e a criança durante o período agudo de doença. A psicose pós-parto ainda não é totalmente compreendida, mas considera-se que esteja geralmente relacionada com as mudanças hormonais durante e após a gravidez, bem como a fatores genéticos e ambientais. (Mauro Percudani, 2022) À época, não existem registos de Luísa ter sido observada por algum médico alienista ou neurologista que pudesse atestar algum destes achados, tão pouco existe descrição psicopatológica que se enquadre nos relatos que são feitos no mundo contemporâneo. Mas existe na história de vida de Luísa alguns fatores de risco que podem apontar neste sentido: Idade jovem; Puerpério; Primeira gravidez; Abandono pelo marido; Dificuldades socioeconómicas. Pode ainda equacionar-se a possibilidade de ter sido secundária a alterações neurológicas fruto de consanguinidade.

Podemos deduzir que com a devida leitura história, a brutalidade dos crimes cometidos, consonante com a pena aplicada não estaria compaginada com uma observação médica especializada e que pudesse colocar em causa a eventualidade de um tratamento como prevenção e resposta deste cenário. A primeira descrição da psicose pós-parto pode ser rastreada até o século XIX. Em 1858, um médico britânico chamado Louis Victor Marcé escreveu sobre casos de “insanidade puerperal”, agora conhecida como psicose pós-parto. (Marcé, 1858) O tratamento

destes casos passa por instituir medicação, que nem em 1772, nem em 1858 eram conhecidas ou podiam ser administradas perante estes quadros clínicos. Talvez nos dias de hoje a leitura contemporânea impedisse o desfecho brutal dos crimes e Luísa pudesse ter tido uma pena com diferente grau de humanismo.

Conclusão

Luísa de Jesus foi a última mulher executada em Portugal, em 1772. Foi sentenciada a um suplício atroz, presenciado por milhares de pessoas em Portugal. Esta barbárie foi usada como argumento por Aires de Gouveia para apelar à suspensão da pena da morte em Portugal, sendo o nosso país um farol europeu a esse nível em 1867. Pensa-se hoje que estes crimes cometidos poderão ter sido consequência de uma psicose pós-parto, hoje considerada uma emergência psiquiátrica e para a qual já existem tratamentos adequados e seguros.

Referências

- Conceição, Fr Cláudio. (1831). Gabinete histórico, vol. 17. Lisboa, Impressão Régia. pp. 36-49.
- Dias, E. N. (2017). *O sinal é este mesmo bilhete: uma tipologia documental para os escritos da roda dos expostos*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo
- Gouveia, A. (1860). *Reforma das cadeias em Portugal: resposta ao ponto proposto pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Lopes, M. A. (2013). As mulheres e as famílias na assistência aos expostos. Região de Coimbra (Portugal), 1708-1839. *Caderno Espaço Feminino -Uberlândia-MG*, 26(26).
- Lopes, M. A. (2015). Mulheres condenadas à morte em Portugal: de 1693 à abolição da pena última. In *As mulheres perante os tribunais do Antigo Regime na Península Ibérica*. Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/DOI:10.14195/978-989-26-1033-7_6
- Marcé, L. V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris: J.B. Baillière et Fils.
- Natário, A. (2016). Luísa de Jesus confessou ter assassinado 28 crianças. Talvez seja a única “serial killer” portuguesa. Expresso, publicado a 19 de novembro 2016, acesso a 23/09/2022. <https://expresso.pt/sociedade/2016-09-19-Luisa-de-Jesus-confessou-ter-assassinado-28-criancas.-Talvez-seja-a-unica-serial-killer-portuguesa>
- Percudani, M. (2022). Key Topics in Perinatal Mental Health. In M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, & C. Pariente (Eds.), *Key Topics in Perinatal Mental Health*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3>
- Sentença proferida na Casa da Supplicação contra a re Luiza de Jesus (1772)*. Lisboa: Na Officina de Antonio Rodrigues Galhardo.

“Cisne Negro” – O Bailado da Psicopatologia

Helena João Gomes, Raquel Alves Moreira, Joana Pereira Correia

Unidade Local de Saúde do Nordeste, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Bragança, Portugal

Emails: helena.j.gomes@ulsne.min-saude.pt, raquel.moreira@ulsne.min-saude.pt,

joana.correia@ulsne.min-saude.pt

Resumo

“Cisne Negro” (*Black Swan*) retrata a vida de uma bailarina profissional, Nina Sayers, uma jovem introvertida, doce, aparentemente frágil, mas extremamente perfeccionista. O filme desenvolve-se quando o diretor artístico da companhia decide que vão produzir a peça “O Lago dos Cisnes”, de Tchaikovsky e que quer como protagonista alguém que seja capaz de interpretar tanto o Cisne Branco, como o Cisne Negro. Ora, Nina é a personificação da fragilidade, da doçura e da inocência do Cisne Branco, mas o papel de Cisne Negro parece assentar melhor noutra bailarina. A partir deste momento, Nina começa a dançar e a ensaiar desenfreadamente e a sua ansiedade torna-se crescente ao longo filme, culminando com o desenvolvimento de alterações psicopatológicas, retratadas detalhadamente no filme. Assim, este trabalho pretende ser uma análise da psicopatologia apresentada por Nina Sayers em “Cisne Negro” fazendo uma reflexão sobre possíveis entidades nosológicas da personagem.

Palavras-chave: *Black Swan*, Cisne Negro, psicose, bailarina, psiquiatria

Abstract

“Black Swan” portrays the life of a professional dancer, Nina Sayers, an introverted, sweet, apparently fragile, but extremely perfectionist girl. The film develops when the company’s artistic director decides that they are going to produce the play “Swan Lake” by Tchaikovsky and that he wants as the protagonist someone capable of interpreting both the White Swan and the Black Swan. Nina is the personification of the fragility, sweetness, and innocence of the White Swan, but the role of the Black Swan seems to fit better with another dancer. From this moment on, Nina starts dancing and rehearsing wildly and her anxiety grows throughout the film, culminating in the development of psychopathological changes, portrayed in detail in the film. Thus, this work intends to analyze the psychopathology presented by Nina Sayers in *Black Swan*, reflecting on the character’s possible nosological entities.

Keywords: *Black Swan*, Cisne Negro, psychosis, dancer, psychiatry

Introdução

“Cisne Negro” (*Black Swan*) é um filme americano de 2010, realizado por Darren Aronovsky e protagonizado por Natalie Portman. Foi um enorme sucesso de bilheteira e aclamado pela crítica, tendo conquistado 92 prémios em diferentes categorias de vários festivais de cinema, destacando-se o Óscar de Melhor Atriz Principal. O género cinematográfico é suspense e terror, sendo o quinto filme de terror da história do cinema a ser nomeado para o Óscar de Melhor Filme.

Em Cisne Negro, vemos retratados diversos temas que podem ser alvo de discussão no âmbito da Psiquiatria, nomeadamente, o assédio no local de trabalho, as relações familiares e interpessoais e o seu papel no desenvolvimento de doença mental, a busca pela perfeição e o surgimento de psicopatologia na protagonista.

Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise da psicopatologia retratada em “Cisne Negro”, fazendo uma reflexão sobre as hipóteses diagnósticas mais prováveis.

Sinopse do filme

“Cisne Negro” inicia com um sonho da protagonista: Nina vê-se a dançar de forma irrepreensível no papel de Cisne Branco, em “O Lago dos Cisnes”. De seguida, Nina vai para a companhia onde trabalha, a companhia de *ballet* de Nova Iorque e, assim que chega, ouve outras bailarinas a criticar a antiga estrela da companhia, Beth. Desde o início, é notório que Nina é uma jovem introvertida, que se isola das restantes bailarinas, desviando o olhar

e usando um tom de voz baixo quando se dirige a alguém. Nina vê Lily pela primeira vez, uma nova bailarina da companhia, que se mostra, desde o início, confiante, destemida, excêntrica e sensual – o oposto de Nina.

O diretor da companhia, Thomas Leroy, comunica às bailarinas que, com o início da nova temporada, pretende produzir uma nova edição de “O Lago dos Cisnes” e que precisa de uma bailarina que seja capaz de interpretar tanto o papel de Cisne Branco, como de Cisne Negro. Na sequência disto, vemos Nina a dançar, enquanto Thomas a observa e fala sobre a história da peça de Tchaikovsky, acabando por dizer: “*If I was only casting the White Swan, she'd be yours. But I'm not. (...) Now show me your Black Swan, Nina!*” – Nina chora neste momento.

A partir daqui o enredo do filme desenvolve-se, focando-se na rotina de ensaios de Nina e nas suas interações com a mãe, Erica Sayers, uma antiga bailarina que abdicou do seu sonho por ter engravidado, acabando por viver essa fantasia através da filha e dedicando-se à pintura. Ao longo do filme, não é mencionado nenhum outro familiar de Nina.

No segundo dia de ensaios, Nina vai falar com Thomas, na tentativa de o convencer a escolhê-la para ambos os papéis. Este desafia-a novamente a abraçar o seu lado mais sensual e irreverente, acabando por beijá-la e, para sua surpresa, Nina morde-o. Quando os resultados são afixados, Nina percebe que foi escolhida para ser a Rainha dos Cisnes, ficando extasiada e ligando imediatamente à mãe a comunicar a sua conquista.

Segue-se a apresentação oficial de Nina como Rainha dos Cisnes, algo que desperta uma enorme inveja em Beth, a anterior estrela, que acaba por acusar Nina de se envolver sexualmente com Thomas para conseguir o papel de destaque. Posteriormente, vemos Nina em casa de Thomas, onde este mantém o tom provocador, acabando por assediá-la novamente.

Quando Nina regressa a casa, é a mãe que a despe, tornando-se clara a dinâmica disfuncional entre as duas. Neste momento, vemos também múltiplos arranhões nas costas de Nina, algo que vai sendo apresentado várias vezes ao longo do filme.

A partir deste momento, os ensaios tornam-se cada vez mais intensos, com a atmosfera de tensão a tornar-se crescente à medida que Nina tenta alcançar a perfeição em ambos os papéis. Assim, surgem inúmeras mudanças em Nina: começa a soltar-se, a ensaiar com o cabelo solto, a olhar Thomas nos olhos, a mostrar-lhe que consegue ser sensual. Os arranhões nas costas vão-se intensificando e começam a surgir cortes nos dedos.

Thomas promove um ambiente de competitividade e tensão nos ensaios, ofendendo e manipulando Nina e outras bailarinas. A relação entre mãe e filha começa também a tornar-se cada vez mais conflituosa: Erica acusa Nina de ser a culpada por ter abdicado da sua carreira, exige tirar-lhe a roupa para inspecionar a sua pele e verificar se existem arranhões.

Mais tarde, durante uma discussão entre mãe e filha, Lily surge em casa de Nina, convidando-a para sair. Aqui torna-se claro que Nina não tem qualquer liberdade ou autonomia: Erica tenta impedir que a filha fale com Lily. Neste momento, Nina surpreende a mãe ao enfrentá-la, pela primeira vez, saindo de casa com a colega. Juntas vão a um bar e Lily oferece álcool e um comprimido a Nina que, inicialmente, recusa, mas acaba por tomá-lo. Fica claro nesta cena que se trata de uma substância ilícita. Nina e Lily vão juntas para casa e acabam por se envolver sexualmente – nesta cena, Nina vê a sua própria imagem em Lily e acorda no dia seguinte sozinha. Volta para a companhia e encontra a colega, mas esta nega que tenha dormido em sua casa. Fica, assim, a dúvida se seria um sonho ou realidade – algo que acontece várias vezes ao longo do filme.

Posteriormente, Lily é nomeada bailarina substituta de Nina, que reage muito mal a esta escolha: grita com Thomas e diz-lhe que esta lhe quer roubar o papel, que a está a perseguir, implora-lhe que acredite nela, apesar de Thomas dizer que nada disso é verdade e que tem de existir sempre uma bailarina substituta em todas as peças.

Os ensaios continuam e Nina vê o seu próprio reflexo em vários contextos – no espelho, no banho, no comboio. A atmosfera do filme muda, tornando-se mais negra e assustadora. Nina começa a ouvir vozes que choram, gritam, dizem-lhe coisas más, vê caras a chorar nos quadros que a mãe pinta, surgem penas pelo seu corpo e torna-se hostil e agressiva com a mãe.

Nina acorda no seu quarto no grande dia: o dia da estreia de “O Lago dos Cisnes”. A mãe entra no quarto e diz-lhe que avisou a companhia que ela não se estaria a sentir bem. Neste momento, Nina enfurece-se, chora e grita, agredindo a mãe e saindo do quarto – “*I am the Swan Queen*”.

Durante a estreia da peça, inicialmente, a sua prestação não é a desejada, acabando por cair em palco. Nina chora e foge para o camarim, onde encontra Lily a vestir-se e a maquilhar-se para interpretar o papel de Cisne Negro. As duas envolvem-se numa discussão e agridem-se. Nina empurra Lily (Cisne Negro), mas volta a ver-se a si mesma em Lily. O Cisne Negro aperta o pescoço de Nina, que pega num vidro e desfere-lhe um golpe no abdómen. Vemos o corpo sem vida de Lily no chão, que Nina tenta esconder.

Nina volta para o palco e, enquanto dança, vemos que se transforma no Cisne Negro: surgem penas pelo corpo, asas e os seus olhos tornam-se vermelhos. No final desta cena, Nina volta para o seu camarim, vendo o sangue a aparecer pelo chão, até que alguém lhe bate à porta: é Lily, a parabeniza-la pela sua prestação. Neste momento, Nina percebe que não matou Lily, que não existe nenhum cadáver ou sangue. Olha-se ao espelho e vê uma ferida no seu próprio corpo, com um vidro e sangue. Nina chora, mas volta ao palco para a cena final: vemos Nina a dançar, com a lesão e o sangue a aumentarem.

Termina a peça e todos elogiam Nina, até que veem o sangue no seu vestido. Nina, quase a perder os sentidos, diz “*I felt it. Perfect. I was perfect.*”. O filme termina neste momento, com luzes brancas, aplausos e o público em apoteose a gritar pelo nome de Nina.

Personalidade Prévia da protagonista

Ao longo do filme, é possível avaliar algumas das características da personalidade da protagonista, Nina. Relativamente às **interações e relações sociais**, não vemos Nina com nenhum amigo ou familiar além da mãe durante todo o filme, pelo que, parece não ter nenhuma relação de amizade ou amorosa. Vive apenas com a mãe e não convive com as colegas da companhia de *ballet*.

Quanto às **atividades**, não se dedica a nenhuma atividade sem ser o *ballet* durante toda a ação. O filme transmite a sensação de que Nina vive para dançar, vive para conseguir o papel de protagonista e para o desempenhar na perfeição, não sobrando tempo nem vontade para qualquer atividade de lazer.

O **humor** mostra-se instável desde o início do filme. Vemos Nina como uma pessoa ansiosa desde o começo, embora isso se torne mais perceptível a partir do momento em que consegue o papel de Rainha dos Cisnes. Nina é vítima de assédio sexual do diretor da companhia, tem uma relação conflituosa com a mãe e sente uma enorme pressão para ser a melhor bailarina, pelo que tudo isto contribui para que o seu humor se torne disfórico, alternando períodos de tristeza, choro, raiva, com períodos de euforia.

Em relação ao seu **carácter**, é óbvio que a protagonista é extremamente dedicada ao seu trabalho, meticulosa, disciplinada, perfeccionista, não aceitando qualquer falha e centrando toda a sua vida na carreira, procurando de forma obsessiva atingir a perfeição. É também introvertida e extremamente suscetível à crítica.

Aplicando o *Five-Factor Model in Personality*, podemos caracterizar a protagonista como uma pessoa pouco curiosa e aberta a novas experiências (*Openness*). Nina é extremamente organizada, dedicada, trabalhadora e persistente para alcançar os seus objetivos (*Conscientiousness*). Relativamente à extroversão, Nina apresenta baixos níveis de extroversão, sendo uma pessoa pouco sociável (*Extraversion*). Mostra-se ainda como uma pessoa pouco empática, sendo extremamente competitiva e não se mostrando preocupada com as necessidades dos outros (*Agreeableness*). Em termos de neuroticismo, a protagonista é uma pessoa ansiosa, com tendência a experienciar emoções negativas, como tristeza e raiva. (*Neuroticism*).

As perturbações da personalidade são diagnosticadas através da observação e entrevista clínica, existindo, efetivamente, entrevistas standardizadas, de modo a tornar a entrevista menos subjetiva e a permitir uma avaliação mais objetiva e menos dependente do observador. Deste modo, não seria adequado estabelecer o diagnóstico de uma perturbação da personalidade através da visualização de um filme. Ainda assim, através da avaliação dos diversos traços de personalidade de Nina retratados durante a ação, é possível enquadrar a personalidade da protagonista no *cluster C*, que corresponde ao grupo das personalidades mais ansiosas e receosas, onde se incluem as perturbações da personalidade obsessivo-compulsiva, dependente e evitante, sendo que Nina apresenta vários traços que se podem enquadrar nestas três perturbações da personalidade. (American Psychiatric Association, 2013).

Ambiente Familiar: a Mãe

Nina vive sozinha com a mãe num pequeno apartamento e a relação entre ambas é um dos temas centrais no filme. É bastante notório que a mãe de Nina, Erica, é extremamente exigente com a filha, forçando-a a dançar e a dedicar-se árdua e exclusivamente ao *ballet*, usando, várias vezes, a manipulação e a culpa para obter aquilo que pretende. Torna-se também perceptível que Erica se sente frustrada por ter abdicado da sua carreira quando engravidou, motivo pelo qual projeta em Nina os seus sonhos e objetivos de vida.

Vemos a mãe a ser extremamente protetora com Nina, não promovendo a sua autonomia, nem lhe dando qualquer privacidade ou liberdade.

Algo que também é mostrado várias vezes ao longo do filme é o facto de Erica pintar apenas autorretratos, com a sua cara em diferentes ângulos e circunstâncias.

Por outro lado, Nina esforça-se por agradar à mãe e por corresponder às suas expectativas, acabando por abdicar das suas vontades, em detrimento das da mãe. Exemplificando, isto torna-se notório numa cena do filme em que Erica compra um bolo para Nina e esta lhe diz que não quer comer. Nesse momento, Erica mostra-se muito irritada, ameaçando colocar o bolo no lixo, pelo que, Nina acaba por comer.

Análise Psicopatológica

Com o desenvolvimento do filme, vemos múltiplas alterações psicopatológicas a surgirem em Nina e a serem retratadas de diversas formas. É importante realçar que *Cisne Negro* é uma obra de ficção, pelo que, algumas destas alterações são representadas de forma diferente daquilo que acontece na prática clínica, de forma a tornar o filme mais apelativo cinematograficamente.

Humor deprimido e Ansiedade: A protagonista mostra-se, inúmeras vezes, triste, com labilidade emocional, irritabilidade, com diminuição do apetite e insónia. Nina procura, a todo o custo, atingir a perfeição no *ballet*, procurando manter a inocência e candura do Cisne Branco e alcançar a sensualidade e escuridão simbolizadas no Cisne Negro.

Comportamentos autolesivos e *Skin picking*: Nina surge, várias vezes, com arranhões e cortes nas costas e corta as unhas até sangrar, sendo que estes comportamentos se tornam mais frequentes ao longo do filme, como forma de punição por não conseguir alcançar a perfeição que almeja e como forma de aliviar a ansiedade crescente.

Atmosfera delirante: Corresponde ao fenómeno em que um indivíduo tem a sensação de que algo ameaçador ou perturbador está a acontecer à sua volta, de que algo está diferente apesar de ainda não saber exatamente o quê. Assim, pode ocorrer perplexidade, despersonalização e desrealização. (Telles Correia, 2014) (Sims, 1988). Em *Cisne Negro*, vemos exatamente esta mudança a ser retratada, com Nina a sentir que o mundo há sua volta está a mudar e que ela própria está diferente.

Ideias Delirantes de teor Persecutório/Paranoide: As ideias delirantes ou delírios persecutórios/paranoides correspondem às ideias delirantes mais comuns, em que o indivíduo acredita que o próprio ou alguém próximo está a ser vítima de uma conspiração, ou a ser vigiado, manipulado, perseguido ou prejudicado. (Figueira, 2020) Apesar de serem mais comuns na esquizofrenia, podem acontecer em qualquer perturbação com sintomatologia psicótica. (Sims, 1988). Em *Cisne Negro*, Nina afirma que está a ser perseguida por Lily, que esta lhe quer roubar o papel na companhia, falando sobre isto com o diretor e insistindo neste assunto mesmo quando confrontada com argumentos que demonstram que tal não corresponde à verdade.

Alucinações auditivas: Nina ouve gritos, murmúrios (alucinações auditivas do tipo elementar), mas também ouve vozes que fazem comentários negativos a seu respeito e outras que a incentivam a dançar e a libertar-se (alucinações auditivo-verbais ou completamente organizadas) (Sims, 1988).

Alucinações visuais: A protagonista vê-se com penas e asas de cisne e vê figuras assustadoras nos quadros que a mãe pinta. Apesar de as alucinações visuais serem mais comuns em patologias orgânicas, também podem ocorrer em perturbações do espectro da esquizofrenia. (Telles Correia, 2014).

Alucinações tácteis/ da sensibilidade superficial: Nina começa a sentir alterações na sua pele, com a textura a mudar e sente as penas de cisne a crescerem.

Autoscopia: A autoscopia corresponde a um fenómeno alucinatório em que ocorre a experiência de ser ver a si mesmo e reconhecer-se como tal. A autoscopia não é apenas uma alucinação visual, uma vez que as sensações somáticas e cinestésicas também devem estar presentes para dar ao indivíduo a impressão de que a alucinação é ele mesmo. (Telles Correia, 2014) (Sims, 1988). Além do componente alucinatório, a autoscopia também corresponde a uma alteração da vivência do Eu, nomeadamente, da unidade. (Sims, 1988). Em *Cisne Negro*, Nina vê-se várias vezes a ela própria em diferentes lugares. A autoscopia pode acontecer em pessoas sem doença mental (perante exaustão emocional, por exemplo, mas também em doenças não psiquiátricas, como a epilepsia) e também nas perturbações do espectro da esquizofrenia e na depressão. (Telles Correia, 2014).

Fenómeno de duplo (*Doppelgänger*): Corresponde ao fenómeno subjetivo de duplicação (Sims, 1988). Nina vê-se a ela própria, a andar, vestida de forma diferente, como se tivesse uma vida e uma personalidade diferente das suas. Também corresponde a uma perturbação da unidade do Eu.

Perturbações da Vivência do Eu: Nina apresenta alterações na Unidade do Eu, isto é, há a alteração na consciência de ser uma pessoa única e também na Identidade do Eu, uma vez que Nina sente que já não é a mesma pessoa, que está diferente, como se houvesse um corte na sua identidade, o que cursa com fenómenos de despersonalização.

Heteroagressividade: Com o desenrolar da ação, Nina acaba por se tornar agressiva com a mãe, agredindo-a, quando esta a tenta impedir de sair de casa.

Ideação suicida: O filme culmina com o suicídio da protagonista, à semelhança do que acontece em “O Lago dos Cisnes”, de Tchaikovsky.

Hipóteses Diagnósticas

Através da visualização do filme e do retrato da psicopatologia de Nina, é possível apontar algumas hipóteses diagnósticas para a protagonista. Ainda assim, importa realçar que, sendo “Cisne Negro” um filme, não é possível fazer qualquer diagnóstico definitivo através da sua visualização.

Nina apresenta uma grande diversidade de sintomatologia psicótica, nomeadamente, alucinações (visuais, auditivas e táteis), ideias delirantes de teor persecutório, com desorganização do pensamento e alterações da vivência do Eu, pelo que, podemos equacionar o diagnóstico de uma perturbação do espectro da esquizofrenia, nomeadamente, perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme e esquizofrenia. Para poder fazer o diagnóstico diferencial entre estas três perturbações, teríamos de ter em conta a evolução temporal do quadro, uma vez que, segundo o DSM-5, na perturbação psicótica breve, o episódio psicótico demora mais que um dia, mas menos que um mês; na perturbação esquizofreniforme o episódio tem a duração de um mês a seis meses e na esquizofrenia os sintomas e sinais persistem por, pelo menos, seis meses. Ora, no filme, não temos informação de quanto tempo decorre desde o início dos ensaios até à representação da peça, pelo que, não é possível fazer este diagnóstico de forma concludente. (American Psychiatric Association, 2013).

Dadas as alterações do humor apresentadas por Nina, poderíamos também pensar numa depressão com sintomas psicóticos. Além disso, dada a sintomatologia psicótica e as alterações do humor, um diagnóstico a ser considerado seria o de perturbação esquizoaffective. Contudo, através do filme, não é possível avaliar se Nina cumpre critérios para esta perturbação, particularmente, se apresenta sintomas psicóticos sem sintomas afetivos associados durante, pelo menos, duas semanas. (American Psychiatric Association, 2013).

Ao longo do filme, vemos Nina a restringir a sua ingestão alimentar e a apresentar comportamentos purgativos (vómito), assim, pode ainda ser considerada uma perturbação do comportamento alimentar, nomeadamente, anorexia nervosa (subtipo purgativo) ou bulimia nervosa.

Uma vez que a protagonista surge diversas vezes com arranhões nas costas não é possível descartar a presença de uma perturbação de escoriação (*skin picking*) que corresponde a uma das perturbações relacionadas com a perturbação obsessivo-compulsiva (POC). (American Psychiatric Association, 2013).

Conclusão

“Cisne Negro”, filme de terror e suspense, retrata, de forma muito interessante e peculiar, o desenvolvimento de psicopatologia e doença mental numa jovem bailarina da companhia de *ballet* Nova Iorque, permitindo diferentes análises à personalidade da protagonista, à psicopatologia apresentada e possibilitando uma rica discussão acerca de prováveis hipóteses diagnósticas. Deste modo, torna-se claro em “Cisne Negro” o papel das relações interpessoais, do ambiente familiar, da competitividade e exigência no local de trabalho no desenvolvimento de doença mental.

Bibliografia

- Aronofsky, D. (Director) & Franklin, S., Medavoy, M., Messer, A., Olivier, B. (Producers). (2010). *Black Swan* [Film]. United States. Cross Creek Pictures; Protozoa Pictures; Phoenix Pictures; Dune Entertainment.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition* (DSM-5). Arlington.
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD-11). Geneva: WHO.
- Sims, A. (1988). *Sintomas da Mente: Introdução à Psicopatologia Descritiva*. 4.^a edição, Libri-Faber. Maia.
- Telles Correia, D. (2014). *Manual de Psicopatologia*. 2.^a edição, Lidel. Lisboa.

- Figueira, M. L., Afonso, P., & Madeira, L. (2020). *Dicionário de Psicopatologia: Na procura das palavras para o sofrimento humano*. 1.^a edição, Texto Editores. Lisboa.
- Altavini, C. S., & Espírito Santo, L. (2011). *Narcisismo e Psicose: Nina em Cisne Negro*. Dissertação, Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.
- DAS, S., Doval, N., Mohammed, S., Dua, N., & Chatterjee, S. S. (2017). Psychiatry and Cinema: What Can We Learn from the Magical Screen?. *Shanghai archives of psychiatry*, 29(5), 310-313.
- Friedman, S. H., Forcen, F. E., & Shand, J. P. (2014). Horror films and psychiatry. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 22(5), 447-449.

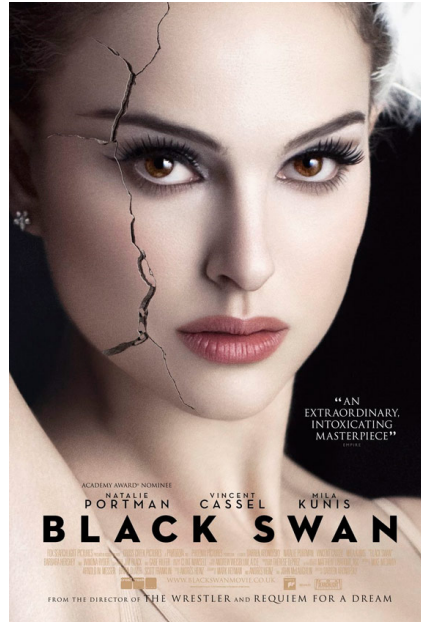


Figura 1. “Cisne Negro” (2010) – poster do filme

“A Rapariga Dinamarquesa”

A História de uma das Primeiras Mulheres Transgénero

Raquel Alves Moreira, Helena João Gomes, Joana Pereira Correia

Unidade Local de Saúde do Nordeste, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Bragança, Portugal

E-mail: raquel.moreira@ulsne.min-saude.pt, helena.j.gomes@ulsne.min-saude.pt, joana.correia@ulsne.min-saude.pt

Resumo

Lili Elbe, nascida como Einar Wegener na Dinamarca em 1882, foi uma pintora e mulher transgénero e uma das primeiras pessoas a efetuar uma cirurgia de redesignação sexual. Depois de casar com Gerda Gottlieb, também ela uma famosa pintora, Wegener afirmou-se socialmente como mulher adotando o nome de Lili e efetuou várias cirurgias com o objetivo de transformar o seu corpo. Lili faleceu devido a complicações após uma cirurgia de transplante de útero pouco antes do seu 49.º aniversário. A sua história foi transformada no livro aclamado mundialmente, *A Rapariga Dinamarquesa*, posteriormente também adaptado ao cinema.

Deste modo, a partir de uma breve biografia de Lili Elbe, pretende-se dar a conhecer a sua história e compreender as dificuldades que uma das primeiras mulheres transgénero teve de ultrapassar no início do século vinte, muitas delas ainda presentes nos dias de hoje e que podem condicionar negativamente a saúde mental das pessoas transgénero.

Palavras-chave: Lili Elbe, A Rapariga Dinamarquesa, transgénero

Abstract

Lili Elbe, born Einar Wegener in Denmark in 1882, was a painter and a transgender woman and one of the first people to undergo sex reassignment surgery. After marrying Gerda Gottlieb, also a famous painter, Wegener asserted herself socially as a woman, adopting the name Lili and performing several surgeries with the aim of transforming her body. Lili passed away due to complications following uterus transplant surgery shortly before her 49th birthday. Her story was turned into the world-acclaimed book, *The Danish Girl*, later also adapted into film.

In this way, from a brief biography of Lili Elbe, we intend to understand the difficulties that one of the first transgender women had to overcome at the beginning of the twentieth century, many of them still present today and that can negatively condition the mental health of transgender people.

Keywords: Lili Elbe, The Danish Girl, transgender

Introdução

Lili Elbe, nascida Einar Wegener, foi uma pintora dinamarquesa e uma das primeiras mulheres transgénero documentadas na história. Em 1930, Lili tornou-se numa das primeiras pessoas a ser submetida a uma série de cirurgias inovadoras de redesignação sexual. Cerca de cem anos depois, estima-se que existam dezenas de países onde ser transgénero é ainda ilegal. Além disso, mesmo nos países desenvolvidos, trata-se de uma população frequentemente estigmatizada, o que em última instância conduz a uma maior incidência de perturbações depressivas e maior risco de suicídio face a pessoas cisgénero.

Deste modo, a partir de uma breve biografia de Lili Elbe, o objetivo deste trabalho visa compreender as dificuldades que uma das primeiras mulheres que se afirmaram publicamente como transgénero teve de ultrapassar no início do século vinte, muitas delas ainda relevantes atualmente.

O nascimento de Einar Wegener

Einar Magnus Andreas Wegener nasceu a 28 de dezembro de 1882, em Vejle, uma cidade no centro da Dinamarca. Einar cresceu numa típica família de classe média, constituída pelo seu pai, Justus Wegener, um empresário bem-sucedido, a sua mãe e cinco irmãos mais velhos.

Na sua infância, Einar demonstrou um talento precoce para pintar, tendo sido incentivado pela família a perseguir os seus interesses artísticos. Em 1902, Einar mudou-se para Copenhaga para estudar na Academia Real Dinamarquesa

das Artes, uma das mais prestigiadas escolas de arte na Europa. Desde cedo que revelou ser um aluno brilhante, recebendo rapidamente reconhecimento pelo seu talento. Ganhou vários prémios, incluindo o prémio *Neuhausens* pela obra intitulada “Primavera” em 1904, e a medalha de ouro na Exposição de *Charlottenborg* em 1907, pelo retrato da sua irmã Anna (Elbe & Hoyer, 2004).

Einar conheceu a sua futura esposa, Gerda Gottlieb, também ela de nacionalidade dinamarquesa, quando ambos frequentavam a Academia Real Dinamarquesa das Artes. Casaram em 1904, quando Einar tinha vinte e dois anos e Gerda dezanove, e permaneceram em Copenhaga. Ambos estabeleceram carreiras prósperas enquanto artistas: Einar era exímio a retratar paisagens de tons soturnos, no estilo pós-impressionismo, enquanto Gerda se dedicava predominantemente a retratos de figuras proeminentes para a época e a ilustrar revistas de moda. Apesar de inicialmente Einar ter atingido uma posição mais notória no mundo das artes do que a da sua esposa, Gerda acabaria por se tornar num símbolo no movimento Arte Deco da época, ao ser pioneira no retrato de mulheres glamorosas numa posição de poder, imagens que por vezes aludiam a cenas eróticas e provocadoras. Uma das mulheres por si mais vezes retratadas acabaria por se tornar Lili (Morales, 2022).

A transição para Lili Elbe

Com o sucesso precoce enquanto artista, Einar parecia viver uma vida tranquila nos seus primeiros anos de casamento. Contudo, revelaria mais tarde que a luta interna contra a sua identidade de género estava já presente na sua juventude e que o sofrimento e sentimentos de inadequação daí decorrentes apenas se tornaram mais intensos com o tempo (Elbe & Hoyer, 2004).

De acordo com a sua autobiografia publicada postumamente, a exploração ativa da identidade feminina de Einar teve início acidentalmente, quando Gerda lhe pediu para posar com um vestido para um dos retratos que pintava, após uma das suas modelos ter faltado à sessão. Einar afirma, mais tarde:

“I enjoyed myself in this disguise. I liked the feel of soft women’s clothing; indeed, I seemed to take them as a matter of course. I felt very much at home in them from the first moment.” (Elbe & Hoyer, 2004)

Tornou-se comum para Einar usar indumentárias tradicionalmente femininas para ajudar Gerda com os seus retratos – juntos, criaram um *alter-ego* a quem chamaram de Lili, que passou a ser o objeto da maioria dos retratos de Gerda. Inicialmente, tratava-se de um assunto privado, limitado ao círculo de amigos e familiares do casal. No entanto, Lili tornou-se mais destemida e confiante, comparecendo eventos públicos frequentemente na companhia de Gerda, que a apresentava à sociedade como sendo prima de Einar.

Retrospectivamente, é inegável que a arte de Gerda foi crucial para o nascimento de Lili. Através destes retratos, surgiu um meio e um espaço onde Einar foi capaz de explorar aquela que considerava ser a sua verdadeira identidade, numa época onde a sociedade não permitia e condenava este tipo de experimentação (Chare, 2016).

A transição de Einar para Lili não foi isenta de desafios, dado que as normas que vigoravam na altura dificultaram a sua aceitação na sociedade. Em 1912, o casal acabou por ser compelido a restabelecer-se em Paris, uma cidade mais livre onde a probabilidade de represálias era menor, quando começaram a circular rumores por Copenhaga sobre a verdadeira identidade de Lili. (Elbe & Hoyer, 2004).

Nos anos seguintes, Lili comparecia com frequência em festas e eventos de Paris, vivendo uma espécie de vida dupla, alternando entre Lili e Einar, com o apoio de Gerda e dos seus amigos mais próximos. Este foi um período de grande sofrimento para o jovem artista, que revela nas suas cartas sentir-se aprisionado num corpo que não era o seu (Elbe & Hoyer, 2004). Ao mesmo tempo, culpabilizava-se pelo surgimento de Lili e por esta ser responsável pelo desaparecimento de Einar. Torna-se clara a dicotomia vivenciada entre Einar e Lili – um só existe sem o outro, só um deles poderia sobreviver.

A batalha interna entre o género que lhe havia sido atribuído à nascença e o género a que sentia pertencer marcava os dias de

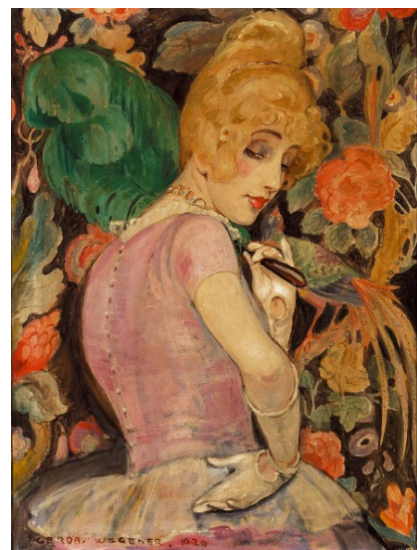


Figura 1. *Lili with a Feather Fan*, por Gerda Wegener, 1920
(Fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gerda_Wegener_-_Portr%C3%A6t_af_Lili_Elbe_med_gr%C3%B8n_fjerfifte_-_1920.png)

Einar/Lili, cada vez mais assoberbado com a vergonha e culpa em torno desta situação. No entanto, é inegável que a necessidade de se transformar fisicamente em Lili se ia tornando mais forte. Pela sua correspondência, é possível inferir que sofreu de sintomas compatíveis com uma perturbação depressiva nos seis anos que antecederam o início das cirurgias, marcando até uma data para o seu suicídio caso não conseguisse definitivamente transformar-se em Lili.

"I am finished, Lili has known this for a long time. That's how matters stand. And consequently, she rebels more vigorously every day. What shall I do with myself?" (Elbe & Hoyer, 2004)

O surgimento de Lili significava que Einar pintava cada vez menos — uma vez que Einar era o artista, e não Lili. Apesar disso, a ideia de que Einar se está a esforçar para criar um espaço para Lili se expressar, ou pelo menos expressar a sua incapacidade para existir, está representada no seu quadro de 1916, *Fra et boudoir*. Este quadro representa uma mudança nas habituais paisagens soturnas de Wegener, que retrata aqui um quarto de uma senhora, vazio, um espaço intrinsecamente detalhado e feminino — um espaço onde Lili poderia existir (Chare, 2016).

Durante este período conturbado, Einar contou com o apoio da sua esposa, que reconhecia Lili como a verdadeira identidade do homem com quem um dia se havia casado, apesar de viver num tempo e numa época onde tal não só era desconhecido como condenável.

Einar consultou neste período vários médicos, inclusive endocrinologistas e psiquiatras. No entanto, os tratamentos prescritos visavam frequentemente a supressão da sua identidade feminina e não a sua aceitação. Foram-lhe atribuídos vários diagnósticos e Einar foi considerando homossexual e esquizofrênico, tendo sido até sujeito a tratamentos com radiação ionizante.

Em 1930 encontraram o Dr. Magnus Hirschfeld (1968-1935), um médico alemão que se especializou em sexologia e medicina reprodutiva, tornando-se um dos primeiros especialistas nestas áreas. Fundou em 1919 uma clínica privada, o Instituto para as Ciências Sexuais, destinada exclusivamente à sexologia, local onde se realizaram as primeiras cirurgias de redesignação sexual (Mancini, 2010). Os termos travesti e transexual foram utilizados pela primeira vez por Hirschfeld em 1910 e 1923, respetivamente (Poteat, 2019). É também considerada a primeira pessoa a distinguir homossexualidade do travestismo e transexualismo e foi o primeiro a encaminhar indivíduos transgênero para cirurgia (Beek, 2016).

Foi em 1930 que Lili se mudou para Dresden, na Alemanha, para se submeter a uma série de cirurgias experimentais que teriam o objetivo de transformar um corpo masculino em feminino. Foi também nesta altura que adotou o nome Lili Elbe, dado que Elbe é o nome do rio que atravessa Dresden, o lugar onde Lili deu início à transformação que almejava.

Durante os dois anos seguintes, Lili foi submetida a uma série de cirurgias pioneiras de elevado risco. Após a terceira cirurgia, passou a viver abertamente como mulher. Algumas fontes indicam ainda que neste período conseguiu mudar legalmente o seu nome para Lili Elbe e o seu gênero para feminino. Foi ainda em 1930 que Lili conseguiu a anulação do seu casamento com Gerda, uma vez que o casamento entre duas mulheres não era permitido. Apesar disto, Lili e Gerda permaneceram amigas próximas até à sua morte (Elbe & Hoyer, 2004).

Lili Elbe morreu a 13 de Setembro de 1931, aos 48 anos, em Dresden. Lili passou os últimos meses da sua vida hospitalizada, onde lutava contra várias complicações resultantes da sua última cirurgia, um transplante uterino. Morreu sem nunca ter alcançado o seu principal objetivo de completar a série de cirurgias de redesignação sexual a que se propôs, vivendo apenas cerca de um ano como Lili Elbe. No entanto, numa das suas últimas cartas afirma sentir-se em feliz com a sua decisão:

"But that I, Lili, am vital and have a right to life I have proved by living for fourteen months. It may be said that fourteen months is not much, but they seem to me like a whole and happy human life. The price which I have paid seems to me very small." (Elbe & Hoyer, 2004)



Figura 2. *Fra et boudoir*, de Einar Wegener
(Fonte: https://arthive.com/artists/68583-Einar_Wegener_Lily_Elbe/works/391456-The_interior_of_the_boudoir)

Lili Elbe: a popularização de um mito?

Postumamente, em 1933, foi publicado o livro *Man into Woman*, da coautoria de Lili Elbe e de Niels Hoyer, um jornalista dinamarquês amigo de Lili. A obra começou a ser escrita antes da sua morte, tendo posteriormente sido editada e publicada por Niels. Neste texto, é abordada a infância de Einar, a sua luta contra a sua identidade de género e a decisão de se submeter a cirurgias inovadoras e perigosas de modo a fazer a transição para um corpo feminino (Elbe & Hoyer, 2004). Este livro é considerado um importante documento histórico dado que é a primeira narrativa conhecida que relata a experiência de uma pessoa transgénero. Consiste atualmente na principal fonte de informação sobre a história de Lili, dado que os registos médicos presentes no instituto de pesquisa sexual alemão foram destruídos aquando da segunda guerra mundial.

Existem algumas incongruências e mitos na história de Lili Elbe que se popularizaram nos últimos anos, após a publicação do livro de David Ebershoff intitulado *The Danish Girl*. No entanto, Ebershoff adverte o leitor para não considerar o romance como uma fonte de detalhes autobiográficos para a vida de Einar, tratando-se de uma obra de ficção baseada em factos reais (Ebershoff, 2015). A adaptação cinematográfica desta obra chegou aos cinemas em 2015 com o mesmo título, realizada por Tom Hopper, com Eddie Redmayne no papel de Einar e Lili. Este filme foi sujeito a diversas críticas, nomeadamente o facto de ter sido maioritariamente baseado numa obra ficcionada e não autobiografia de Lili Elbe.

Ao contrário do que se popularizou na história, Lili não foi a primeira pessoa a submeter-se a cirurgias de redesignação sexual – a maioria das fontes atribuí este feito a Dora Ritcher, uma mulher austríaca que foi também auxiliada por Magnus Hirschfeld em 1922, oito anos antes de Lili Elbe (Mancini, 2010). Ao contrário de Lili, Dora sobreviveu às cirurgias – especula-se que tenha morrido anos depois, durante a segunda guerra mundial.

Além disso, algumas fontes apontam Lili como sendo intersexo, um termo vulgarmente usado para designar uma variedade de condições em que uma pessoa nasce com uma anatomia reprodutiva ou sexual que não se encaixa na definição típica de sexo feminino ou masculino – o que não pode ser confirmado, dado que os seus registos médicos foram perdidos (Gailey, 2017).

Assim, por não existir um relato completamente fiável da história de Lili, torna-se por vezes difícil distinguir a realidade da ficção.



Figura 3: Fotografia de Lili Elbe em Dresden, 1930
(Fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lili_Elbe_1930b.jpg)

A evolução da disforia de género da antiguidade até aos dias de hoje

Existem vários exemplos de como as pessoas transgénero estão presentes em diferentes culturas ao longo da história – desde a Grécia Antiga aos *Hijra* na Índia, a tribos indígenas da América do Norte – e em como eram partes integrantes e aceites por estas sociedades (Bullough, 1975). Aliás, a primeira evidência de tentativa de mudança de sexo por forma cirúrgica surge no período romano, aproximadamente 200 anos a.C. (Berlin, 2016). No entanto, é também inegável que estas pessoas foram perseguidas e vítimas de discriminação e violência ao longo da história.

Atualmente, a definição mais aceite de género é que se refere ao conjunto de papéis, comportamentos e expectativas sociais e culturais associadas com ser feminino ou masculino, numa determinada sociedade ou cultura. Trata-se, portanto, de um construto social, e pode variar com o tempo ou com a cultura onde se insere o indivíduo. Assim, uma pessoa transgénero é a pessoa que tem uma identidade de género diferente da que lhe foi atribuída à nascença (*versus* uma pessoa cisgénero, cuja identidade de género corresponde àquela que lhe foi atribuída à nascença) (Semple, 2019).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), nem o DSM-I (1952) nem o DSM-II (1968) tinham presentes um diagnóstico equivalente à disforia de género. A perturbação de identidade de género surgiu pela primeira vez no DSM-III (1980), na categoria “perturbações psicosexuais” (Drescher, 2010). A última alteração surgiu com a DSM-V (2013) que introduziu o termo disforia de género, numa tentativa de evitar o estigma associado ao termo perturbação. Além disso, a disforia de género foi introduzida

numa secção própria e separada das disfunções sexuais e parafilias (Drescher, 2016). Atualmente, a disforia de género pode ser definida como a incongruência marcada entre o género experimentado e/ou expresso de uma pessoa e o género que lhe foi atribuído ao nascimento (APA, 2014).

Além disso, hoje discute-se ainda se a disforia de género deve ou não ser classificada como uma perturbação/doença. Por um lado, a sua classificação como doença pode facilitar o acesso a tratamentos médicos como as cirurgias de redesignação sexual; por outro lado, pode contribuir para o estigma associado a esta população e reforçar o modelo de género binário (Rodríguez, 2018).

Sabe-se ainda que certas doenças psiquiátricas são mais comuns em pessoas com disforia de género, como perturbações do humor, de ansiedade e do uso de substâncias (APA, 2014). Um estudo refere ainda que para além de existirem maiores taxas de comorbilidades psiquiátricas existe também maiores taxas de mortalidade precoce e suicídio que se mantêm mesmo após o tratamento para a disforia de género (Dhejne, 2011).

Estima-se que atualmente existam cerca de 25 milhões de pessoas que se identificam como sendo transgénero (Winter, 2016). No entanto, é difícil determinar a prevalência real dos indivíduos com disforia de género, dado que existe ainda um grande estigma sobre nesta população e que a investigação é maioritariamente feita com as pessoas que procuram tratamento, subestimando assim esta prevalência.

De facto, nem todas as pessoas com disforia de género procuram a cirurgia de redesignação sexual nem outros tipos de tratamento. Atualmente, está recomendado que o tratamento para a disforia de género seja flexível e individualizado e que englobe tanto medidas cirúrgicas como não cirúrgicas, tal como terapia da fala, psicoterapia e hormonoterapia (Anderson, 2022). De ressaltar ainda que a cirurgia de redesignação sexual é hoje um procedimento seguro com baixas taxas de complicações. A maioria dos estudos demonstra que o tratamento tem um impacto positivo na disforia de género, com melhorias no bem-estar físico, psicológico e aumento da qualidade de vida (Semple, 2019).

Considerações diagnósticas

Segundo a sua autobiografia, Lili experimentava uma marcada incongruência entre a sua identidade de género feminina e o género que lhe havia sido atribuído ao nascimento, daí decorrendo sentimentos de angústia tão marcados que a levariam a submeter-se a cirurgias experimentais que, em última instância, resultariam na sua morte. Assim, de acordo o DSM-V, Lili cumpriria os critérios para diagnóstico de disforia de género. Além disso, os sentimentos de tristeza profunda e anedonia relatados na sua autobiografia podiam configurar um quadro de perturbação depressiva major concomitante, uma comorbilidade importante da disforia do género. Todavia, é importante salientar que estabelecer um diagnóstico definitivo neste caso se torna impossível dado que o único documento a que temos acesso se trata da autobiografia de Lili publicada postumamente.

Conclusões

Apesar de a sua história ter sido nos últimos anos popularizada por uma obra largamente ficcionada, Lili Elbe é uma figura incontornável da história das pessoas transgénero.

Quase um século depois da sua morte, a discriminação e as dificuldades que teve de enfrentar são ainda relevantes nos dias de hoje, e comuns a muitas pessoas que não se identificam com o género que lhes foi atribuído ao nascimento. A coragem de Lili, ao arriscar a vida pela identidade que sabia ser a sua, abriu caminho para as futuras gerações e é ainda hoje um símbolo de esperança e resiliência para esta comunidade.

Bibliografia

- Elbe, L., & Hoyer, N. (2004). *Man Into Woman: The First Sex Change, a Portrait of Lili Elbe: the True and Remarkable Transformation of the Painter Einar Wegener*. Blue Boat Books.
- Morales, A. I. G. (2022). *Gerda Wegener and Lili Elbe: Two Danish Girls*. Cadernos Pagu.
- Chare, N. (2016). Landscape into Portrait: Reflections on Lili Elbe and Trans* Aesthetics. *Parallax*, 22(3), 347-365. <https://doi.org/10.1080/13534645.2016.1201924>
- Ebershoff, D. (2015). *The Danish Girl*. Penguin Books. ISBN 978-0-14-310839-9.
- Mancini, E. (2010). *Magnus Hirschfeld and the Quest for Sexual Freedom: A History of the First International Sexual Freedom Movement*. Google Books.

- Poteat, T., Rachlin, K., Lare, S., Janssen, A., & Devor, A. (2019). History and prevalence of gender dysphoria. In L. Poretsky & W. Hembree (Eds.), *Transgender Medicine: A Multidisciplinary Approach* (pp. 1-24). New York: Humana Press.
- F. Beek, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 5-12.
- Gailey, N. (2017). "Strange Bedfellows: Anachronisms, Identity Politics, and the Queer Case of Trans*". *Journal of Homosexuality*. 64(12), 1713-1730. doi:10.1080/00918369.2016.1265355.
- Bullough, V. L. (1975). Transsexualism in history. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 561-571.
- Semple, D., & Smyth, R. (2019). *Oxford handbook of psychiatry*. Oxford university press.
- Berlin, F. S. (2016). A conceptual overview and commentary on gender dysphoria. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 44(2), 246-252
- Drescher, J. (2010). Transsexualism, gender identity disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 109-122.
- Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *International review of psychiatry*, 27(5), 386-395.
- APA (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodríguez, M. F., Granda, M. M., & González, V. (2018). Gender incongruence is no longer a mental disorder. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 2(5).
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, 6(2), e16885.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., *et al.* (2016). Transgender people: health at the margins of society. *Lancet*. 388(10042), 390-400. doi:10.1016/s0140-6736(16)00683-8
- Anderson, D., Wijetunge, H., Moore, P., Provenzano, D., Li, N., Hasoon, J., Viswanath, O., Kaye, A. D., & Urits, I. (2022). Gender Dysphoria and Its Non-Surgical and Surgical Treatments. *Health Psychol Res*. Sep 23, 10(3), 38358. doi: 10.52965/001c.38358. PMID: 36168640; PMCID: PMC9501960.

**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 24

Título

Mulheres e Loucura – V

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 *Mulheres e Loucura – V* resulta da reunião de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que serviram de base a apresentações realizadas *V Simpósio Internacional Mulheres e Loucura*, integrado 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
24. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Mulheres e Loucura – V*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2022. 71 p. ISBN: 978-989-53831-4-6

