

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIV

25

Ana Leonor Pereira | João Rui Pita (Coord.)

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

2024

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita
(Coordenadores)

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

Coimbra
Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS
2024

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

DIRETORES:
Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “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 25

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

Ficha Técnica

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

COORDENADORES: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

LOCAL: Coimbra

EDIÇÃO: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

ANO DE EDIÇÃO: 2024

ISBN: 978-989-53831-7-7

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

Índice

Introdução	9
“Meus sentidos não me enganam...”: sensibilidades da loucura em narrativas manicomiais	11
Nádia Maria Weber Santos	
«Terra incognita»: a cultura do narcisismo	17
Pedro Urbano	
Biógrafos de Egas Moniz: da apologética dominante aos meandros do poder biográfico	25
Manuel Correia	
Démence précoce: conceptualização histórica do conceito	31
Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Joana Alexandra Garrido Ramos	
Da demência precoce à esquizofrenia: a evolução histórica da terminologia	39
Daniela Moura Jeremias	
Evolução conceptual de demência: uma perspetiva histórica	45
Miguel Pão Trigo, Joana Cavaco Rodrigues, Bruno Afonso da Luz	
Da histeria à anorexia nervosa: a mesma doença em diferentes momentos da história	49
Sónia Pereira, João Pais	
Evolução histórica da disforia de género até à atualidade – perturbações psiquiátricas ou preconceito?	55
Beatriz Calado Araújo, Miguel Pão Trigo, M. Mota Oliveira	
A história da melancolia e a origem da depressão	61
Margarida Vieira, Beatriz Silva, Joana Silva Ribeiro	
Parafrenia: um diagnóstico à deriva?	65
Duarte Viegas Cotovio, Rita Lousada, Mariana Mendes Melo	
Evolução histórica do conceito de alcoolismo	71
Filipa Alves da Silva, Rita Lousada, Maria João Amaral	
A eletrificante história da epilepsia: da loucura às neurociências	77
Luísa Santa Marinha, Maria do Rosário Basto, Adriana Horta	
<i>Gaslighting</i>: iluminar a história para compreender a atualidade	83
Francisco S. Silva, Patrícia Baronet, Filipe Varino	
A Síndrome Hikimori como fenómeno transcultural	87
Inês Mateus Figueiredo	
Síndromes raras na psiquiatria	93
Joana Tavares Coelho, Sertório Timóteo	
Eco-anxiety – far from an icd code?	99
Marta Loureiro Ribeiro, Ana Lourenço, João Miguel Pereira	
Golden Gate Bridge: a liderar as manchetes nas temáticas da arquitetura e... do suicídio	103
Afonso Carvalho Ramos, Sofia Silveira Carvalho, Nuno Borja Santos	

A iconografia de dois suicídios: enquadramento segundo a visão de Émile Durkheim	107
Rita Ortiga, João Basto Fonseca, Elisa Lopes	
A história controversa da malarioterapia no tratamento de doenças mentais	115
Ana Salomé Pires, Miguel Pires, Diana Cruz e Sousa	
A cloropromazina a revolucionar a psiquiatria: a inédita jornada do largactil	121
Carlos Siopa, Ana Duarte, Carlos Góis	
Canábis na ansiedade – percepções	127
Catarina Paiva, João Rui Pita, Ana Leonor Pereira	
As guerras do ópio: revisão narrativa	133
Eliana Almeida, Francisco Cunha, Elsa Monteiro	
A doce sedação: redescobrimo a terapia de choque de insulina	137
Miguel Pires, Isabel Fonseca Vaz, Juliana Nunes	
A dança da morte: do tratamento da tuberculose ao nascimento dos primeiros antidepressivos	143
Ricardo Soares Nogueira, Francisco Agostinho, Filipa Alves da Silva	
A história da fotografia médica na psiquiatria	147
Marina Cruz, Beatriz Peixoto, Henrique Medeiros	
Vincent van Gogh: uma criança de substituição?	153
Beatriz Cerqueira da Silva, Filipa Cordeiro, Graça Fernandes	
O artista torturado	159
Salomé Mouta, Isabel Fonseca Vaz, Ana Pires	
O ponto final trágico da narrativa de Ernest Hemingway	165
Ana Carolina Pires, Carolina Pinto-Gouveia, Miguel Bajouco	
O homem sem órgãos nem função, mas de vontade: vida e obra de Antonin Artaud	171
Ana Inês Gomes, Gisela Simões, Sandra Vicente	
Robert Lowell: a arte na fusão da mania com a genialidade	175
Da debilidade intelectual à sobredotação no livro “Flores para Algernon”	179
Francisca Bastos Maia, Pedro Cotta, Inês Cardoso	
Memórias de uma Doença Nervosa: uma viagem ao “aufschreibesysteme” de schreber	183
Joana Marques Pinto, Isabela Faria, Joana Andrade	
Surrealism and the exploration of the subconscious	189
Ana Monteiro Fernandes, Maria Cameira, Pilar Froes	
“Touched with fire” (2015): a escolha entre a sanidade e o amor	193
Andreia Filipe, Márcia Fonseca	
Leonard Cohen: da palavra à terapia. Exercício de medicina narrativa	199
António de Vasconcelos Nogueira	
O “génio louco” – a história de Bobby Fischer	207
Diogo Ribeiro	
Escuelas especiales para infancias anormales en Antioquia (Colombia) 1935-1948	213
Erika Giraldo Gallego	
Um olhar sistémico sobre os comportamentos autolesivos na série “Ginny and Georgia”	219
Francisca Bastos Maia, Maria do Rosário Monteiro, Inês Cardoso	
As mortes de Jaime: um delírio cinematográfico	223
Francisco Cunha, Nuno Castro, Sandra Borges	

Joker – será isto loucura?	227
Iara Santos, Bruna Melo	
Uma paleta de horrores: a vida e obra de Zdzislaw Beksinski	231
João Barreira, Maria Luís Aires, Mário Marques dos Santos	
BoJack Horseman à luz da psicoterapia existencial de Irvin D. Yalom	235
Laura Silva Carvalho, João Oliva Alves, Fábio Monteiro	
Além das sombras: explorando a melancolia na gravura de Durer	239
Daniel Areias, Sara Martins Sousa, Eduardo Gomes Pereira	
“Melhor é impossível” (1997): uma jornada improvável pela perturbação obsessivo-compulsiva	243
Márcia Fonseca, Andreia Filipe	
Mário Eloy: o homem em fuga	247
Mariana Lima Magalhães, Mariana Andrade, Gonçalo Soares	
Dopesick – a série televisiva que retrata o lado negro dos opioides	253
Pedro Brito, Tânia Alves	
A simbiose entre a música e os psicadélicos	259
Rebeca Cohen, Inês M. Pereira, Miriam G. Marguilho	
Casos mediáticos da história da psiquiatria forense portuguesa: aspetos comuns entre os autores dos crimes sobre Sousa Refoios (1905), Miguel Bombarda (1910) e Egas Moniz (1939)	263
Inês Pinto da Cruz	
Teria Hitler uma doença mental?	269
Beatriz Peixoto, Marina Cruz, Margarida Bicho	
Os resquícios psiquiátricos da guerra colonial portuguesa	273
Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Joana Alexandra Garrido Ramos	
Viajes y redes profesionales en la psiquiatría del franquismo: Cabaleiro Goás e hispanoamérica (1962-1973)	279
David Simón-Lorda	
Existentialism and the psychopathology of suicide in francoist Spain (1939-1975)	287
Joaquín Gil Badenes	
À procura de um significado na vida: o legado De Viktor Frankl	293
Mariana Remelhe, Pedro Miguel Barbosa, Raquel Ribeiro da Silva	
Direitos humanos e coerção em saúde mental: revisão histórica e ponto de situação atual	297
Andreia S. Gonçalves, Francesco Monteleone, Rosa Rodrigues	
Francis Willis, a psiquiatria do século XVIII e a loucura real	303
Cláudia Sousa Reis	
Spinoza’s philosophy of affects	309
Daniel Terêncio, Sousa, Mariana Sousa, Filipa Ramalheira	
Some issues on biomedical law and mental health: ethical and legal reflections on the protection of transgender persons	313
Elena Atienza Macías	
Curar o que não é doença: as terapias de conversão sexual na homossexualidade	317
Helena João Gomes, Raquel Alves Moreira, Joana Pereira Correia	
Psiquiatria como ferramenta de opressão política: a esquizofrenia progressiva	323
João Costa Pedro, Marta Santana	

Hospital Colônia de Barbacena: um campo de concentração?	329
Margarida Bicho, João Mendes Coelho, Beatriz Peixoto	
Épidémies dans les principautés roumaines entre 1700-1830	335
Chicoș Bogdan Horia	
Monogamia: biologia ou cultura?	341
Maria Pires Cameira, Patrícia Abreu	
George III – de rei culto a rei louco, a “grande experiência”	347
Marta Rebelo, Francisca Pais, José Abrantes	
Psicopatologia em tempos coloniais: revisitar Fanon	353
Matilde Gomes, Afonso Gouveia	
Revisão histórica sobre estigma e doença mental	359
Patrícia Perestrelo Passos, Maria João Amorim, Filipa Araújo	
«Let's psycho-scrabble!»: Psiquiatria e linguagem	365
Pedro Cotta, Márcia Rodrigues, Graça Fernandes	
Quando a identidade deixa de ser implícita à existência humana: a ténue fronteira entre a vivência do self normal e patológica	371
Sofia Carvalho, Afonso Carvalho Ramos, Bruno Vale Trancas	
Ozzy Osbourne, o príncipe das trevas sob a lente da psiquiatria	377
Tânia Alves, Pedro Brito	
Para sempre belo: a Síndrome de Dorian Gray	383
Maria Mouzinho, Ana Pedro Costa	
XIV Congresso Internacional História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental /XIV International Congress history of Madness, Psychiatry and Mental Health – VI Simpósio Internacional Mulheres e Loucura / VI International Symposium Women and Madness	389
Coleção Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI	397

Introdução

Esta obra contém textos admitidos a publicação que estiveram na base de comunicações apresentadas no *XIV Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / XIV International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizado em Coimbra, via online, nos dias 4 a 6 de outubro de 2023. Este livro não é o livro de atas do congresso. Várias comunicações apresentadas no congresso não foram selecionadas e outras convertidas em capítulos não passaram na última avaliação científica.

Uma palavra de especial agradecimento à Professora Doutora Nádia Maria Weber Santos e ao Professor Doutor Pedro Urbano pois, além de terem proferido duas magníficas conferências plenárias, enriqueceram esta obra com a publicação de dois textos cientificamente robustos e inovadores.

Em 2023, à semelhança dos anos anteriores, deu-se continuidade à natureza internacional e interdisciplinar do congresso. Como vem sendo norma, estiveram presentes nesta reunião científica investigadores de diversas áreas do conhecimento, desde as ciências da saúde às ciências sociais e humanas, tanto portugueses como estrangeiros.

Continuamos com a periodicidade anual do congresso, um princípio chave da dinâmica científica da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS que contou mais uma vez com o apoio divulgativo do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra – CEIS20 e da Faculdade de Farmácia desta Universidade, instituições com quem a SHIS se tem articulado em várias das suas organizações.

Desde a sua criação em 1997 e institucionalização em 1998, o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20 tem mantido uma significativa atividade científica no âmbito da história das ciências da saúde. E dentro destas sublinhem-se os interesses de vários dos seus investigadores pela história da psiquiatria, saúde mental e respetivas terapêuticas. Sublinhe-se neste campo a prossecução de projetos de investigação, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais. Também foram várias as reuniões de divulgação, exposições e diversas publicações sob a forma de: livros, capítulos de livros, artigos científicos e de divulgação.

O *XIV Congresso* foi uma organização da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS. A SHIS é uma sociedade científica que tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de outros ramos de história das ciências e da cultura científica. Desde a sua fundação, em 2011, que as temáticas da História da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental constituem alguns dos seus focos relevantes que continuam a ser objetivados de diversas formas.

Em 2023, o *XIV Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centrou-se nos seguintes tópicos:

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

À semelhança de anos anteriores o *Congresso* incluiu um Simpósio temático intitulado “Mulheres e Loucura”. Trata-se, igualmente, de uma organização internacional, que se realiza anualmente desde 2018. A publicação de textos que serviram de base às apresentações é feita em volume autónomo.

No VI *Simpósio Internacional Mulheres e Loucura* realizado em 2023, 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. Violência doméstica, loucura e saúde mental.

Ao terminar estas palavras introdutórias, é com muito gosto e reconhecimento que agradecemos a todos os autores que colaboram nesta obra. Eles são os autores deste livro. Sem a sua dedicação, interesse, pesquisa e redação de textos, de acordo com as normas científicas, este livro não teria sido possível.

Ana Leonor Pereira

João Rui Pita

Professores da Universidade de Coimbra
Investigadores e Coordenadores Científicos
do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20

“Meus sentidos não me enganam...”: sensibilidades da loucura em narrativas manicomiais

Nádia Maria Weber Santos¹

Universidade Federal de Goiás, Brasil/UFG

E-mail: nnmmws@gmail.com

Resumo

Este texto objetiva apresentar o estudo das Sensibilidades na História Cultural (HC), conceito central que permite entender a forma pela qual os indivíduos do passado percebem e traduzem o mundo em representações e imaginários, processo que envolve os sentidos, mas também as emoções, sentimentos, elaborações racionais. O resgate das sensibilidades será evidenciado através do percurso de um indivíduo comum internado em manicômio e que se apresenta como um “operador de sensibilidades” do seu tempo. Através de suas produções escritas (um conjunto de cartas) durante sua internação psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) de Porto Alegre/Brasil, em 1937, ele deixou significativas marcas de historicidade. A sensibilidade “fina” sobre a loucura, que aparece na correspondência examinada, mostra-nos algumas discussões históricas contemporâneas à época, através das metáforas, dos simbolismos e das críticas realizadas por seu autor, bem como da imagem sensível que o doente faz dele mesmo e de sua doença.

Palavras-chave: loucura, sensibilidades, cartas, criatividade, manicômio

Abstract

This text aims to present the study of Sensibilities in Cultural History (HC), a central concept that allows us to understand the way in which individuals from the past perceive and translate the world into representations and imaginaries, a process that involves the senses, but also emotions, feelings, rational elaborations. The rescue of sensibilities will be evidenced through the journey of an ordinary individual admitted to an asylum and who presents himself as a “sensitivity operator” of his time. Through his written productions (a set of letters) during his psychiatric hospitalization at the Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) in Porto Alegre/Brazil, in 1937, he left significant marks of historicity. The «thin» sensitivity about madness, which appears in the correspondence examined, shows us some contemporary historical discussions at the time, through metaphors, symbolisms and criticisms made by its author, as well as the sensitive image that the patient makes of himself and his illness.

Keywords: madness, sensibilities, letters, creativity, asylum

Introdução

Apresentarei aqui alguns pressupostos da História das Sensibilidades, permitindo compreender a forma pela qual os indivíduos do passado percebem e traduzem o mundo em representações e imaginários, processo que envolve sensações, emoções, sentimentos, elaborações racionais, conceitos. Através de minha trajetória como psiquiatra

¹ Médica, psiquiatra junguiana e historiadora. Possui Mestrado e Doutorado em História pela UFRGS e Pós-Doutorado pela Université Laval (Québec/Canadá). É bolsista de produtividade do CNPq nível 2 desde 2016. É membro pesquisadora do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul e curadora do Acervo Sandra Jatáhy Pesavento nesta instituição. Pesquisadora do EFISAL/EHESS (École des Hautes Études em Sciences Sociales) de Paris. Integra o comitê editorial da revista *Artefologie*, vinculada ao CRAL/EFISAL – EHESS de Paris. Atualmente é professora permanente do PPG em Performances Culturais da UFG (Universidade Federal de Goiás). Autora de vários livros e artigos na área da História Cultural, com ênfase em História da Loucura e da Psiquiatria, Memória Social, Sensibilidades, Arquivos pessoais e Performances Culturais. Destacam-se as obras: *Histórias de vidas ausentes: a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental* (2ª edição ampliada e revista, SP: Edições Verona, 2013); *Histórias de sensibilidades e narrativas da Loucura* (Porto Alegre, Ed. da Universidade/UFRGS, 2008); SANTOS, N.M.W.; Lima, Z. M Menezes (Orgs.). *Saúde e Doenças no Brasil – Perspectivas entre a História e a Literatura*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Fi, 2018. SANTOS, N. M. W.; MACHADO JR, CLAUDIO DE SÁ; ROSSINI, Miriam de Souza (Orgs.). *Representações e visibilidades na História Cultural: imagens, imaginários e memórias*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2015. Performances Culturais, memórias e sensibilidades (volumes 1 e 2, Porto Alegre: Editora Fi, 2019 e 2020, organizados com colegas Robson Corrêa de Camargo e Eduardo Reinato).

junguiana, historiadora e pesquisadora no campo da HC, apresento, na confluência destes dois campos do saber (Psiquiatria e História), uma abordagem original, tendo como tema e objeto a loucura e suas produções em seus aspectos criativos oriundos do próprio louco. O resgate das sensibilidades será evidenciado através do percurso de um indivíduo comum, que chamei de TR (suas iniciais), internado em manicômio e que se apresenta como um “operador de sensibilidades” do seu tempo. Através de sua produção em manicômio, ele deixou significativas marcas de historicidade, sendo privilegiada a escrita de si: um conjunto de cartas escritas por ele durante sua internação no HPSP/ Porto Alegre/Brasil, em 1937.

As Sensibilidades na Psiquiatria e na História

Sendo médica psiquiatra e trabalhando com Psicologia Analítica desde 1986, a vertente junguiana da psiquiatria, costumo considerar a psique em seu processo histórico e cultural – ou seja, para além do plano biológico das neurociências. Por outro lado, sou historiadora da cultura, pesquisando e trabalhando com as representações, o imaginário, as sensibilidades, com tese de doutorado defendida em 2005. Em ambas vertentes, que não se excluem nem na teoria e nem em minha práxis, a questão das sensibilidades está atuamente presente, ao procurar compreender seja um fenômeno histórico passado ou a história de vida de um indivíduo.

Desde sempre questioneei os métodos organicistas empregados na maioria de nossos hospitais e aprendidos nas faculdades. Tive, então, a necessidade de pensar como, ou de que forma, se instalou no Rio Grande do Sul (sul do Brasil) essa psiquiatria organicista, sua ligação com a prática da exclusão de pacientes em hospitais e as representações que os médicos, a sociedade, familiares e os próprios pacientes faziam sobre a doença mental. Rumei, então, para a História, a fim de pesquisar o imaginário sobre a “loucura” em nossa sociedade, em determinado período histórico.

Sempre tive uma preocupação em compreender a loucura desde o ponto de vista daquele que a imagina, a sente e a vive desde dentro – e não somente através da visão do saber médico institucionalizado e “apto” cientificamente para caracterizá-la – em suma, sempre partilhei da ideia de que o médico não sabe tudo e não pode saber tudo a respeito de uma doença ou de um paciente doente. A voz do doente sempre teve ressonância dentro mim, mesmo quando não entendia o que isto poderia significar.

Refletir historicamente sobre a loucura serviu a um duplo propósito: primeiro, diagnosticar e interpretar as ações humanas que excluem a possibilidade de uma renovação psicológica, exatamente por seus atos de exclusão do “louco” da sociedade, fazendo de muitos sujeitos, “sujeitos não históricos”. Segundo, mostrar o quanto, pela “via” da sensibilidade e do ato criador, estes mesmos sujeitos excluídos podem ser encarados de forma diferente daquela que exclui, levando a outras possibilidades históricas, mais “humanas”.

Gostaria de ressaltar que para mim, que tenho como base epistemológica os pressupostos da Psicologia Analítica, doença mental ou crise psicológica não significa uma patologia ou uma categoria estanque, mas sim um desequilíbrio que pode ser momentâneo se corretamente tratado, dependente estritamente da relação do sujeito que sofre com o seu próprio sofrimento e sua capacidade de lidar com ele.

O que chamamos de sensibilidades diz respeito àquela sintonia fina em que percebemos as emoções e os sentimentos de outrem, uma forma não racional de apreender o mundo; expressam representações sensíveis e subjetivas do mundo. A preocupação com as sensibilidades na História Cultural também trouxe à tona a questão do indivíduo, da subjetividade e das histórias de vida. (Pesavento, 2003, 2007) A partir da experiência histórica pessoal resgatam-se emoções, sentimentos, ideias, temores, desejos e toda uma gama de ‘representações do sensível’. A historiadora gaúcha Sandra Pesavento define bem o que são as sensibilidades na História: elas corresponderiam a este núcleo primário de percepção e tradução da experiência humana que se encontra no âmago da construção de um imaginário social. “O conhecimento sensível opera como uma forma de reconhecimento e tradução da realidade que brota não do racional ou das construções mentais mais elaboradas, mas dos sentidos e dos sentimentos, que vêm do íntimo de cada indivíduo.”, diz ela. (Pesavento, 2005, s/p)

Através do diálogo de conceitos da Psicologia Analítica de Jung – com a qual trabalho há mais de 37 anos – com conceitos da História Cultural – que trabalha com conceitos como o de representação e imaginário – e, mais especificamente, com a História das Sensibilidades, e da articulação destes com os dados encontrados nas fontes, que encontrei um meio de traçar um certo panorama a respeito do imaginário social sobre a doença mental. Sendo as fontes a âncora do historiador na realidade, menciono rapidamente que as fontes principais que utilizo são os prontuários médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. (Santos 2008, Santos 2013)

As cartas de TR e suas narrativas sensíveis

Cartas expressam sensibilidade através das palavras, destilam sentimentos, sensações, pensamentos, intuições, imagens, tanto relacionados aos estados afetivos, como aos “sentidos” e aos pensamentos mais interiores. Refúgio privilegiado do sentimento. Espaço da espontaneidade. Registro marcado pela subjetividade. Registro de memória individual e coletiva.

No período histórico em questão, estavam sendo sedimentados, no Brasil, os primeiros estudos científicos sobre psiquiatria e, apesar de quase todos os grandes hospícios do país já estarem construídos, estes estavam sendo reorganizados e reformados, após a República, colocando em pauta estas novas noções sobre doença mental – o que inclui preceitos básicos sobre a teoria eugenista, em voga na Europa desde o século anterior e atingindo seu auge com o nazismo. A sensibilidade “fina” sobre a loucura, que aparece na correspondência examinada, mostra-nos algumas destas discussões, através das metáforas e simbolismos dos personagens e das críticas realizadas por seu autor, bem como a imagem sensível que o doente faz dele mesmo e de sua doença. Pensar o “fenômeno social” da loucura e de internações psiquiátricas no Brasil, a partir traços sensíveis deixados por pacientes, dentro do hospício, no percurso de uma internação, mostraram-nos uma outra sensibilidade, aquela que vem a partir de personagens que puderam perceber e discutir a “loucura”, a partir de suas próprias experiências como “loucos”, ou como escritores e autores sensíveis a este tema.

Em maio de 1937, um homem de 34 anos foi internado (identificado aqui como TR) no Hospício São Pedro de Porto Alegre, e lá permaneceu por quatro meses. Seu diagnóstico: parafrenia, um nome dado às antigas síndromes de delírio crônico.²

No hospital, ele escrevia... Ele amava ler e escrever. Deixou-nos, para a satisfação de historiadores e pesquisadores, mas para a tristeza de sua vida pessoal, um legado de treze cartas escritas durante a internação e não enviadas, obviamente, a seus destinatários. Elas não somente permitem que possamos traçar um retrato de uma vida particular, mas também mostram aspectos de uma época, de uma cidade, de um imaginário coletivo...

Estas cartas constituem um depoimento contundente, dramático, de uma pessoa em sofrimento psicológico profundo, bem como da experiência transcorrida durante a internação psiquiátrica. Resgatam, de certa forma, as representações e as sensibilidades sobre a loucura de um momento histórico, bem como aquelas que o próprio “louco” tem de si mesmo e de sua situação. Além disso, o grau de instrução e o nível cultural elevado do paciente em questão – detectados pela leitura de sua correspondência – proporcionaram um outro olhar sobre este material: os textos das cartas podem ser considerados, sem dúvida alguma, pequenas obras literárias, devido ao conteúdo que expõem, bem como à forma dada quando vieram à luz. A história de vida de TR foi recolhida de seu prontuário. (Santos, 2013) Tanto a anamnese feita com ele, como a ficha que foi preenchida pelo médico e pela assistente social, no momento da baixa, após entrevista com familiares, serviram de fonte privilegiada para a pesquisa dos dados que interessam sobre sua vida. Estes, por sua vez, revelam um material bastante rico, para que se possa cotejar com a análise do “sensível”, aquilo que aparece no imaginário do doente, e constitui a sua verdade, a sua sensibilidade. Sensibilidade, esta, relacionada à problemática de sua vida, mas também referente a questões mais amplas, sobre o mundo em que vivia, agora eclodindo em guerras, crises políticas e econômicas, um mundo que enclausura em hospícios aqueles que deliram pela paz.

O conjunto de cartas de TR, pessoais e privadas – são doze cartas e um versinho – estavam à disposição num arquivo público, “arquivadas”, se assim se pode dizer, dentro de um velho prontuário médico de hospício, do ano de 1937, o que demonstra que as mesmas jamais foram enviadas e entregues a seus destinatários. Eram cartas para serem esquecidas. Aqueles que as guardaram e não as enviaram, provavelmente, não queriam expor a loucura de TR – tudo era alucinação e delírio! Mas expuseram, sim, neste ato, seu próprio modo de pensar, suas próprias noções e convicções sobre a loucura.

As cartas de TR têm uma relação direta com sua história de vida, passada e presente do momento da escritura. Ele recupera, também, várias discussões, internas e externas à psiquiatria de sua época, bem como constrói, desde dentro de seus delírios, uma visão própria sobre a loucura e sobre alguns “acontecimentos históricos” do momento, como a Guerra Civil Espanhola e os regimes totalitários que estão ganhando espaço no mundo político de então.

² Os dados expostos aqui constam em minha dissertação de mestrado em História na UFRGS, defendida no ano 2000, intitulada “A tênue fronteira entre a doença e a saúde mental – um estudo de casos psiquiátricos à luz da História Cultural”; e em minha tese de doutorado no mesmo Programa (PPGH) da mesma instituição, e defendida em 2005, nomeada “História de sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos (Brasil: 1905, 1920, 1937). Ambos os trabalhos foram publicados, posteriormente, em livro e o leitor pode acompanhar nas referências finais em Santos, 20013 e Santos, 2008, respectivamente.

Suas cartas são testemunhos de uma sensibilidade única e pungente. Elas evocam, através de um “sistema simbólico”, inserido em seus delírios – narrativas de sua loucura – a memória de um passado que foi, para ele, ousado e cruel, e que o atirou num abismo chamado loucura – aos olhos dos outros.

De antemão, todas pareceram muito bem escritas em sua forma geral, com poucas rasuras, uma letra cursiva agradável à leitura. O alemão das cartas 4 e 5 foi escrito na língua “formal”, naquela época provavelmente aprendida em colégios religiosos, como foi o que ele frequentou quando jovem, provavelmente. Escreve muito bem, num português corretíssimo para a época, em todos os sentidos (tanto o formal, quanto o coloquial).³

Eram missivas em geral de muitas páginas, escritas a maioria em papel-almaço, dirigidas a um suposto “amigo” (Vianna Moog, historiador seu conterrâneo), a editores de jornais, artigos para a imprensa – há um cujo título é “A avareza” e versa sobre o problema da avareza no mundo contemporâneo, que para ele era “uma das qualidades mais desprezíveis que o ser humano adquire e que está na vanguarda do mundo” –, desabaços “filosóficos” – “Meditações e previsões sobre o futuro” –, bem como aquelas dirigidas a “personalidades” de destaque da época como o Arcebispo Metropolitano e o Governador do Estado do Rio Grande do Sul. Algumas cartas são importantes, no sentido de ele contar sobre os problemas que teve com o pai e a família.

Há, nestas cartas, um irreverente senso de humor, misturado com pitadas de ironia e sarcasmo, ao mesmo tempo que TR demonstra muito ressentimento. Utiliza-se, também, delas para ludibriar os médicos, mostrando que não está louco, para poder sair mais rápido do hospital. O abuso de figuras de linguagem, como uma profusão de oxímoros, ressalta na leitura de uma das cartas, dando uma aparência de verso à prosa de sua ficção. É naquela carta de número 4, por ele mesmo chamada de “A confissão”, onde, ao final, ele endereça a Hitler a confissão de seu pecado. Ele utiliza-se da carta para confessar seu “pecado”, não o confessando, pois esta, e somente esta, ele escreve em alemão.

Esta correspondência revela a história de um homem de 34 anos, de origem alemã, casado e “pai de família”, que permaneceu internado no HPSP por quatro meses, de maio a setembro de 1937, tendo alta a pedido de seu pai, para acompanhamento em casa. Na baixa deste paciente o médico descreveu-o como “tranquilo, ar de imperiosidade, sorriso irônico; diz o paciente sentir fraqueza na cabeça ao que devia excesso de trabalho mental e preocupações; é da profissão de padeiro; dedica-se desde algum tempo a estudar correntes filosóficas, religião, política. Uma noite teve uma intuição mística que lhe revelou o seu destino. Prevê acontecimentos futuros: a guerra da Espanha foi uma de suas previsões. Não tem quase afetividade: da própria internação não se queixa”. (Santos, 2013, 136) Sobre a “doença atual”, seu pai e irmão, pessoas que o levaram para a internação, atribuíram-na a desgostos familiares e ciúmes: TR também apresentava mania de grandeza, escrevia muito, tinha ideias extravagantes e lia demais.

Ele apresentava, ao que se lê nestas várias cartas, ideias definidas sobre a religião católica, mas coloca-se como cristão (e não católico). Deixa transparecer uma certa admiração pelo nazismo e pela pessoa de Hitler e foi adepto do integralismo e do positivismo. Queria a paz no mundo, embora seu mundo interno não vivesse em paz. Ao mesmo tempo, ele diz ser ex-integralista, refere a si mesmo como um judas, ou assemelha-se a Deus, e briga com a Igreja Católica e seus padres. Ama e odeia ao mesmo tempo: “Apaixonado por vós, vos odeio, porque pregais na igreja o cúmulo da imperfeição-perfeita.” Esta dualidade de sentimentos e opiniões perpassam todas as cartas, o que é típico na sua condição patológica do momento, isto é, uma cisão psíquica. Notou-se, também, a partir do conteúdo da carta 4, que este homem queria ser um escritor, ou pelo menos era escrevendo que ele se sentia livre...

Suas opiniões não estão aqui para serem julgadas, se são certas ou erradas. Importa constatar que, para nós, elas não representam tão simples e necessariamente “ideias delirantes”, pois retratam uma realidade, tanto interna (psicológica), quanto externa a ele próprio. Também se ressalta que não se trata de anular a presença de uma doença, de uma dissociação; mas sim atenta-se ao fato de que se pode ter um outro olhar para ela. Conforme Jung afirma em seu livro de memórias “Ao debruçar-me sobre os doentes e seu destino, compreendia que as ideias de perseguição e as alucinações se formam em torno de um núcleo significativo. No fundo, há os dramas de uma vida, de uma esperança, de um desejo. Se não lhes compreendemos o sentido, é uma falha nossa. Nessas circunstâncias, compreendi pela primeira vez que na psicose jaz e se oculta uma psicologia geral da personalidade e nela se encontram todos os eternos incuráveis, obtusos, apáticos, se agita mais vida e sentido do que pensamos. No fundo, não descobrimos no doente mental nada de novo ou de desconhecido; encontramos nele as bases de nossa própria natureza.” (Jung, 1984, 117-118)

³ As cartas, em sua íntegra, aparecem como apêndice de minha tese de doutorado citada na nota anterior. Aqui, apenas alguns pequenos excertos e trechos são mencionados.

Conforme uma das cartas (carta número 11) ele foi afastado do negócio da família (padaria), embora as ideias que revertissem em lucro fossem suas, e relata que seu pai não gostava que ele passasse bom tempo de sua vida escrevendo (“isto era loucura”) e lendo filosofia e outros assuntos como política e religião.

Existem, também, cartas com depoimentos desesperados, de quem está sofrendo e, também, passando por uma internação psiquiátrica, tendo contato com a realidade diária e aviltante de um hospício: “a todo instante sou interrompido por loucos que, ora me pedem cigarro, ora fogo, ora a penna. Para dizer-vos basta que estou escrevendo encostado da latrina e de cigarro na boca...” – carta 3; “ando sebooso, quando vão me tirar daqui?”; “aqui no hospital começo a ver fantasmas...” – carta 4. Com frequência, ele deixa transparecer em seus desabafos, a indignação sobre a falta de condições, lá dentro mesmo do hospital, de receber um pouco de papel para escrever: “...aqui nem a muque dão-me papel; Regime de hospital...” – carta 9; “rogo desculpar-me o feitio desta que é cara como tudo, aqui no hospital, onde estou e tenho que lutar com sérias dificuldades para adquirir um pouco de papel e tinta na altura, pois crêem que sou maníaco” – carta 7. Mas não deixa de admitir, em outros momentos, que está doente e precisa de tratamento (carta 6), quando diz, com ironia: “...attestando o meu estado de hyper-excitação nervosa, que claramente transparece naqueles versinhos rudes, pelo facto de reviver dias amargos e estar actualmente adoentado e em tratamento achando-me sob o açoite da medicina que desequilibra para equilibrar...”.

A carta escrita em alemão é endereçada a Hitler e nela consta uma confissão de fatos acontecidos a ele no passado: foi seduzido por padre da igreja, este era seu “pecado”. Existem duas versões desta carta, já mencionado, como se uma (carta 5) fosse o rascunho e a outra aquela que deveria ser enviada (carta 4). Na primeira consta a confissão, na segunda não. Chegou-se a esta conclusão, pois a quarta carta está escrita em português até o final, onde então aparece o trecho alemão, exatamente igual ao outro trecho alemão – sem apenas as frases que fazem o ato confessional – o qual está isolado num outro pedaço de papel. Comparando com as outras cartas, em português, encontramos nestas, em alemão, conteúdos que vão além, em termos de subjetividade, deixando uma pergunta no ar: por que exatamente esta, e somente esta, foi escrita em alemão?

Assim, a carta 4 (“A confissão”) tornou-se a mais importante, num primeiro momento, na medida em que retrata, através do imaginário do doente, os conteúdos psicológicos que o afligem. O simbolismo que nesta aparece – e é aquela que tem o “tom” mais “delirante” –, tanto aqueles referentes a conteúdos pessoais como àqueles arquetípicos, revelam, aos poucos, toda a “trama” que sua vida teceu, até desembocar na “loucura”, na sua dissociação psíquica. Como se fosse um filme passando diante de nossos olhos, aponta para a dualidade de sentimentos, para um drama não compreendido de um homem que manteve relações íntimas com um padre, a quem ele possivelmente amou e odiou... Esta carta apresenta a história psicológica de TR, história esta que faz a síntese entre a história pessoal e a história coletiva.

Traçando um breve perfil de “TR por ele mesmo”, a partir de seus escritos, ele era um homem que gostava muito de ler e escrever (carta 4), e conhecia vários autores, em profundidade, embora paradoxalmente negue isto em seguida (carta 9). Trabalhador desde muito jovem (carta 11) sentiu-se injustiçado quando o pai o tirou da sociedade da família, colocando seu irmão mais jovem em seu lugar. Teve um grande amor em sua vida que foi frustrado em sua realização mais plena (carta 9). Casou-se, após inúmeras aventuras amorosas, com uma moça de “família” e teve dois filhos, sendo que sua primogênita morreu ainda bebê (carta 4), o que lhe deixou um profundo sentimento de desamparo. Era um homem que refletia sobre os assuntos contemporâneos, adepto do integralismo, o que depois mudou, e da “ciência positivista” (cartas 2, 3, 10 e 11). Tinha ideias bem definidas sobre os padres da Igreja Católica (várias cartas), tendo sido “seduzido” por um deles (carta 4). Era um “homem da capital” (carta 3), embora residisse na região metropolitana (carta 8). Lia muitos filósofos, bem como conhecia alguns clássicos da literatura mundial (cartas 2, 3, 4 e 9). Bem informado sobre o que acontecia pelo mundo, lia jornais de Porto Alegre e Alemanha (cartas 1, 2 e 3) e posicionava-se em relação a discursos de líderes políticos e acontecimentos europeus, como a Guerra da Espanha, que transcorria naquele momento (em quase todas as cartas) e o nazismo.

Por mais que a psiquiatria organicista da época – tanto quanto a atual, corroborada pelas neurociências – insistisse na alteração de seus sentidos (ele delirava, tinha alucinações, perdia o sono), não é o que demonstram seus escritos e a forma como TR relatava suas impressões – que chamei também de “crônicas de hospício”. Ele referia que em alguns momentos, escrevia encostado a uma latrina, para poder ter sossego de escrever; mas reclama destas condições aviltantes de aprisionamento e “seqüestro” de seu corpo.

Ele relembra, entre os oxímoros simbólicos de suas narrativas, os momentos de prazer e dor ao ser seduzido por um padre da igreja – o que encaramos como um dos possíveis motivos de seu enlouquecimento. Nos traçados simbólicos de sua pena, ele derramava símbolos, tanto quanto pudesse também derramar seu sangue e sua dor.

A escrita foi seu aparato transgressor.

Considerações Finais

É digna de nota esta volumosa escritura durante sua internação psiquiátrica. Ele parece realmente convicto de que suas missivas seriam entregues. Embora também pareça, aos olhos de quem está de fora, que elas tiveram um “poder” terapêutico sobre ele, internamente. Este poderia ter sido o principal papel que estas missivas tiveram na vida deste doente. Pois elas foram num crescendo de “auto-exposições”, até confessar o que tinha sido seu pecado na juventude: um caso de amor e ódio, numa relação proibida com um padre. Suas outras idéias, sobre o mundo e sobre a loucura, foram engavetadas, esquecidas neste arquivo involuntário de um prontuário qualquer. Mas, este trabalho, iniciado com a dissertação de mestrado, redime, de certa forma, seu anonimato, ao dizer junto com ele: “Ah, se a gente levantasse das nuvens o véo, que paraíso, hein? ... De dois mil não passarás!”.

Gostaria de concluir, dizendo que a compreensão da doença mental passa pela compreensão da **história de vida e história psicológica de um paciente** da forma mais abrangente possível, história esta que se desenrola como um drama, tanto num plano individual (entorno familiar e história psicológica) como coletivo, isto é, na história vivida e na história de um mundo que o cerca. Podemos dizer, inclusive, que psicologia é história. Quero terminar citando Hannah Arendt (Arendt, 2013, Prefácio, s/p), quando ela diz que “COMPREENDER não significa negar o revoltante, deduzir o inaudito dos precedentes, ou explicar fenômenos por meio de analogias e generalidades tais que se deixa de sentir o impacto da realidade e o choque da experiência. COMPREENDER significa, antes, examinar e suportar conscientemente o fardo que os acontecimentos colocaram sobre nós, sem negar sua existência, nem vergar humildemente com o seu peso, **como se tudo que aconteceu de fato não pudesse ter acontecido de outra forma**. COMPREENDER significa, em suma, encarar a realidade, espontânea e atentamente, e resistir a ela, qualquer que seja ou tenha sido ela.”

Referências

- Arendt, H. (2013). *As Origens do Totalitarismo*. São Paulo: Cia das Letras.
- Jung, C. G. (1984). *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Pesavento, S. J. (2003). *História & História Cultural*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Pesavento, S. J. (2005). Sensibilidades no tempo, tempo das sensibilidades. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En ligne], Colloques, mis en ligne le 04 février 2005, consulté le 07 mars 2024. URL : <http://journals.openedition.org/nuevomundo/229> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.229>.
- Pesavento, S. J., & Langue, F. (Orgs.). (2007). *Sensibilidades na história: memórias singulares e identidades sociais*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Santos, N. M. W. (2008). *Histórias de sensibilidades e narrativas da Loucura*. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS.
- Santos, N. M. W. (2013). *Histórias de vidas ausentes – a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental (Reflexões a partir da História Cultural)* – 2ª edição revista e ampliada. (2. ed.) E-book. São Paulo: Edições Verona.

«Terra incognita»: a cultura do narcisismo

Pedro Urbano

Universidade de Coimbra, FPCEUC, CEIS20

E-mail: pedro.urbano@fpce.uc.pt

Resumo

A chamada «cultura do narcisismo» será, sobretudo, um fenómeno cultural passageiro, com uma expressão vestigial ao nível da psicopatologia e da saúde mental? Ou será antes o resultado de algo mais profundo, cujas manifestações psiquiátricas e psicopatológicas começam a tornar-se evidentes? Tal como constatava Christopher Lasch, em finais da década de 1970, o culto das celebridades por parte dos «mass media», substanciava e intensificava no senso comum sonhos narcísicos de fama e de glória. Três décadas depois, os «social media» hipertrofiaram tais sonhos, dificultando a aceitação de uma vida banal, criando e reforçando solipsismos e dependências várias, nomeadamente da validação da auto-estima por intermédio de terceiras pessoas. Acresce que os estímulos gerados pelos programas («apps») e pelos próprios dispositivos digitais (em particular os «smartphones») que os veiculam, agindo de forma intensiva sobre o sistema hedónico do cérebro, sobretudo em idades e fases do desenvolvimento precoces, poderão estar a criar novos territórios desconhecidos ao nível da saúde mental.

Palavras-chave: narcisismo, epidemia de narcisismo, redes sociais

Abstract

Is the so-called “culture of narcissism” primarily a passing cultural phenomenon, with a vestigial expression at the level of mental health epidemiology? Or is it rather the result of something deeper, whose psychiatric and psychopathological manifestations are beginning to become evident? As historian Christopher Lasch noted in the late 1970s, the mass media’s cult of celebrity gave substance and thus intensified common people narcissistic dreams of fame and glory. Three decades later, the social media have hypertrophied these dreams, making it difficult to accept a banal life, creating and reinforcing solipsisms and various dependencies, namely the validation of self-esteem through third parties. Moreover, the stimuli generated by the “apps” (the software) and by the electronic devices themselves (notably the “smartphones”) that carry them, acting intensively on the hedonic system of the brain, especially at early ages and stages of development, may be creating new unknown territories in terms of mental health.

Keywords: narcissism, narcissism epidemic, social media

Introdução

Tom Wolfe foi um dos primeiros a chamar a atenção, num artigo que veio a tornar-se emblemático, para aquilo a que chamou a «Década do Eu», nos Estados Unidos da América, referindo-se à década de 1970. Christopher Lasch foi mais longe e lançou uma pedrada no charco, no final dessa década, ao publicar e defender extensamente a tese de que o país estava a cultivar o narcisismo. E Jean Twenge, cerca de três décadas depois, postulou mesmo a existência de uma epidemia (metafórica) de narcisismo, decorrente em parte da cultura denunciada por Lasch, mas com expressão ao nível da psicopatologia e da saúde mental. Será que a cultura popular norte-americana, largamente exportada para a Europa e para o mundo ocidentalizado, contém o vírus (metafórico) do narcisismo? Esta comunicação traça, em pinceladas largas, um panorama geral do fenómeno, que ganhou entretanto outra prevalência com o advento dos chamados *social media*.

Uma possível epidemia (metafórica) de narcisismo

I – «Não precisámos de procurar muito para encontrar», afirmaram Twenge e Campbell (2010a) no início do seu livro sobre uma putativa epidemia de narcisismo, que em seu entender se propagava nos E.U.A. «Estava em todo o lado» (p. 1), concluíam, antes de apresentarem uma dezena de exemplos, nalguns casos caricatos, para ilustrar o fenómeno.

Era a participante de um *reality show*, planeando a festa dos dezasseis anos e querendo que a estrada principal fosse bloqueada, de modo a que uma banda marcial precedesse a sua grande entrada, num tapete vermelho. Era o artigo

da revista *Time* noticiando a possibilidade de contratar *paparazzi* falsos para seguirem a pessoa e lhe tirarem fotografias (e produzirem uma falsa capa de revista de celebridades) quando sai à noite. Era a canção popular que declarava, sem sarcasmo aparente, «eu acredito que o mundo deve girar em torno de mim!»¹ (*ibidem*).

Exemplos consumados, escolhidos (entre muitos outros) para ilustrar o fenómeno mas não necessariamente suficientes para suportar a tese de uma epidemia de narcisismo. Por um lado, porque uma dezena de árvores não faz uma floresta. E, por outro lado, porque não passariam de casos anedóticos, idiossincráticos, eventualmente evidências estéreis – no sentido definido por Morin (1973) – e, como, tal inoperantes. Ou será que sim?

II – A questão é digna de ser colocada, porquanto dificilmente se pode considerar uma canção que vendeu o suficiente – e durante suficiente tempo – para fazer parte de três das tabelas mais expressivas a nível mundial², como sendo um caso anedótico. Fosse qual fosse a razão do seu sucesso, encontrou claramente o paladar e o aplauso de um número indubitavelmente muito grande de pessoas – ainda que o número real seja difícil de estimar³.

III – Até que ponto esta canção constituía um caso isolado ou, pelo contrário, era representativa ou sintomática do país e da época? Para Twenge (2011), a resposta foi inequívoca: uma tal canção não seria de todo popular (ou sequer cativante) numa cultura que, ao contrário do que sucedia nos Estados Unidos, não fosse marcadamente individualista e narcisista (p. 203).

De facto, as suas palavras – sem tentar dissociá-las da melodia, nem dissecá-las à procura da fórmula do seu sucesso – compunham uma pequena narrativa de desafio e vingança ou retaliação, em resposta a uma experiência amorosa mal sucedida. Narrativa marcada pelo uso do pronome pessoal «eu» (mais de 50 vezes, em menos de três minutos) e, em menor grau, pelo uso do determinante e pronome possessivo «meu/minha». Marcada igualmente por uma tonalidade narcísica, evidente em várias instâncias – além da afirmação explícita no título e estribilho. Entre outros exemplos: «There's only one me in the galaxy/I am an endangered species»; «I know I rock and what I got is hot/And you know I got a lot»; «I got talent and I got tits».

IV – A sentença de Twenge ia, no fundo, ao encontro de uma das conclusões alcançadas por DeWall *et al.* (2011), após analisarem os versos das quase 300 canções mais populares nos Estados Unidos entre 1980 e 2007: «ao longo do tempo, a utilização de palavras relacionadas com o foco em si próprio e o comportamento anti-social aumentou, enquanto as palavras relacionadas com o foco nos outros, as relações sociais e as emoções positivas diminuíram» (p. 200). Ou seja, a «letra» da canção escolhida por Twenge e Campbell não era seguramente um caso isolado – ainda que seja necessário cautela na sua análise⁴.

Será que os restantes exemplos escolhidos por Twenge e Campbell eram mais do que simplesmente caricatos? Fariam parte de um fenómeno cultural passageiro? Ou seriam a expressão de uma tendência profunda e significativa, com eventuais repercussões no campo da psicopatologia e da saúde mental?

A procura de respostas a estas (e outras) interrogações, suscitou polémicas e motivou um número notável de reflexões de natureza teórica e de estudos de cariz empírico, em várias áreas das ciências sociais e humanas.

V – Um exemplo expressivo de tais estudos consistiu na análise dos nomes próprios de um número muito elevado – 325 milhões – de bebés norte-americanos, nascidos entre 1880 e 2007, que revelou uma tendência para escolher (cada vez mais) nomes menos comuns, sugerindo um interesse crescente pela singularidade e pelo individualismo (Twenge *et al.*, 2010).

De igual modo expressivas foram as análises do conteúdo feitas a milhões de livros em inglês americano, que mostraram uma dupla modificação na linguagem dos livros norte-americanos nas décadas posteriores a 1960: por um lado, na utilização que passou a ser feita dos pronomes pessoais, traduzindo o aumento do individualismo e a diminuição do sentido de comunidade na cultura do país (Twenge *et al.*, 2013); por outro lado, centrando-se cada

¹ «I believe that the world should revolve around me!», do duo norte-americano Little Jackie, lançada em 2008 como «single».

² *Billboard Pop 100* (Estados Unidos), *UK Singles Chart* (Reino Unido) e *Irish Singles Chart* (Irlanda).

³ Como computar, por exemplo, o número de cópias digitais ilegais?

⁴ As palavras são importantes, mas não basta contá-las, reconhecem DeWall *et al.* (2011): é necessário ter em conta características como o sarcasmo, o significado oculto ou outros processos de comunicação complexos, inerentes a muitas «letras» de canções (*op. cit.*, p. 205). Assim como é necessário ter em conta a intencionalidade de quem escreve ou compõe (ou produz) uma canção popular, que pode escrever palavras ou descrever ideias com as quais não se identifica, mas que sabe de antemão irem, *justamente*, ao encontro do gosto e do aplauso das audiências.

vez mais no «eu» e na singularidade, o que foi revelado pela frequência de utilização de palavras e frases individualistas, que aumentou entre 1960 e 2008 – v.g. «único», «eu», «eu sou especial», «eu sou o melhor» (Twenge *et al.*, 2012b).

VI – Estes vários números são impressionantes e parecem sustentar o argumento de Twenge e Campbell (2010a) de que os exemplos escolhidos para introduzir o seu livro, apesar de parecerem aleatórios, tinham origem numa única mudança subjacente na psicologia americana, o aumento implacável do narcisismo na cultura dos E.U.A.: «não só há mais narcisistas do que nunca, como as pessoas não-narcisistas são seduzidas pela crescente ênfase na riqueza material, na aparência física, na adoração das celebridades e na procura de atenção» (p. 2).

No fundo, que o país viveria realmente uma epidemia de narcisismo⁵, asserção que por sua vez resultava de (e resumia) um corpo considerável de pesquisa, própria ou de outrem. Epidemia que se alastrara à cultura como um todo, atingindo tanto as pessoas narcisistas como aquelas menos centradas em si mesmas.

Dito por outras palavras, os sinais de narcisismo que Twenge e Campbell haviam descoberto em todo o lado, não constituíam um problema maior, em si mesmo. Por analogia absurda, poder-se-ia dizer que o facto de o oxigénio estar «em todo o lado» na atmosfera não significa que exista algum problema, nem (em especial) que exista uma «epidemia de oxigénio». O problema era o facto desses sinais indicarem, isso sim, um excesso de narcisismo na «atmosfera» sócio-cultural da América, podendo nesse caso constituir sinais ou sintomas de algo maior. De um problema sério.

Haveria, realmente, uma epidemia de narcisismo?

VII – As vozes apartaram-se neste ponto: para um número significativo, a resposta era positiva. Ou pelo menos foi positiva até à crise financeira global de 2008, que alterou de forma significativa (durante algum tempo) o panorama.

Twenge, que acabou tornando-se uma espécie de porta-estandarte informal do regimento difuso que perfilhava essa tese, não tinha grandes dúvidas a esse respeito: tratava-se em parte de um fenómeno geracional, que influenciava significativamente a chamada «Geração Y» – a coorte demográfica de pessoas nascidas aproximadamente entre o início da década de 1980 e os finais da década de 1990. Esses (à época) jovens adultos «são mais Geração Eu do que Geração Nós, em comparação com as gerações anteriores» (Twenge, 2013a). Jeffrey Arnett (2013), conhecido pelo conceito de «adultícia emergente»⁶, resumiu assim a tese de Twenge: «Devido às atitudes indulgentes dos seus pais, que foram criados na era dos anos 60 e 70, quando o movimento da auto-estima estava no seu apogeu, os adultos emergentes de hoje viveram uma infância em que raramente eram repreendidos por mau comportamento e todos os miúdos da equipa de futebol recebiam um troféu, independentemente do seu desempenho» (p. 5).

Para outros, a resposta era decisivamente negativa. Arnett, justamente, foi assertivo ao defender – de forma um tanto exaltada – que a «adultícia emergente» (da época) não era essencialmente ou excessivamente narcisista. Ainda que reconhecesse que «Twenge [merecesse] crédito por dar uma bem merecida crítica aos excessos do movimento da auto-estima (embora não seja a primeira a fazê-lo)» (*op. cit.*, p. 5); e que «[concordasse] plenamente com a sua afirmação de que o auto-controlo é um preditor mais forte do que a auto-estima de resultados, como um nível de escolaridade mais elevado e um menor consumo de substâncias» (*ibidem*). O debate tornou-se intenso.

Twenge, num dos ramais da bifurcação, apoiava-se em variados estudos, nomeadamente da sua autoria ou co-autoria, publicados em revistas credíveis. No ramal oposto, Arnett (2013), baseado sobretudo no seu entendimento, questionava vigorosamente as alegações e provas dadas por Twenge, «especificamente (1) a validade duvidosa do NPI [*Narcissistic Personality Inventory*] como medida de narcisismo; (2) a confiança de Twenge em amostras de estudantes universitários para representar todos os adultos emergentes, e (3) dados contraditórios que mostram

⁵ Segundo Twenge e Campbell, embora o narcisismo seja mais uma perturbação psico-cultural do que uma doença física, assemelha-se a esta última no sentido em que é causado por certos determinantes, propaga-se através de canais específicos, aparece sob a forma de vários sintomas e pode ser travado por medidas preventivas e curas (*ibidem*). Acresce que «tal como a epidemia de obesidade, a epidemia de narcisismo não atingiu toda a gente da mesma forma. Há mais pessoas obesas, tal como há mais pessoas narcisistas, mas ainda há quem faça exercício e coma bem, e ainda há quem seja humilde e carinhoso» (*ibidem*).

⁶ A expressão «adultícia emergente» (*emerging adulthood*, no original) designa uma putativa fase da vida compreendida entre o final da adolescência e o início da idade adulta, tal como foi inicialmente proposta por Jeffrey Arnett num artigo publicado na *American Psychologist* (Arnett, 2000) e posteriormente desenvolvida (e defendida) em numerosas publicações. Para o autor, trata-se de um período de desenvolvimento próprio, entre os 18 e os 29 anos, marcado por supostas características idiossincráticas. Contudo, a ideia é deveras controversa e amplamente contestada, por exemplo por Côté (2014), que a considera mesmo um «mito académico pigrioso».

pouco ou nenhum aumento do narcisismo ou da auto-estima» (p. 6). Exortando mesmo a comunidade a não promover estereótipos negativos sobre os jovens adultos (ou adultos emergentes, como lhes preferia chamar), nomeadamente que fossem egoístas, preguiçosos e piores do que nunca. «Estas falsas afirmações são prejudiciais, não só porque são falsas e, portanto, injustas, mas porque desencorajam a sociedade adulta de apoiar os programas que dariam aos adultos emergentes uma gama mais ampla de oportunidades de educação, trabalho e serviço» (p. 9).

A intensidade do debate foi até acompanhada por alguma irredutibilidade das posições em ambos os campos. Neste caso concreto, Twenge respondeu ou replicou às críticas levantadas, rebatendo (pelo menos) uma parte delas (2013a, 2013b). Mas já havia respondido a outras críticas, provenientes de outros quadrantes (*e.g.*, Twenge & Campbell, 2010b). O que não demoveu Arnett, advogado passionai da causa da adultícia dita emergente: «na sua maioria, os valores dos adultos emergentes não se alteraram nas últimas décadas, mas, na medida em que se verificou uma mudança, esta foi no sentido de um menor egoísmo e de um maior envolvimento em questões globais, bem como de um maior desejo de melhorar os problemas da comunidade e do mundo» (Arnett *et al.*, 2013).

VIII – É possível que os dois campos estivessem, no fundo, a atribuir significados diferentes aos mesmos termos, por referência a quadros conceptuais divergentes ou a propósitos desavindos. É comum gerarem-se mal-entendidos e dificuldades de comunicação em situações dessas, nas quais as posições polarizadas traduzem por vezes a incomensurabilidade dos paradigmas em confronto – utilizando a terminologia de Thomas Kuhn. Todavia, a contenda ultrapassa o desígnio destas páginas. Note-se apenas que é difícil contestar os argumentos apresentados pelo campo de Twenge, que se baseou regra geral em evidências fortes, como os estudos atrás referidos ou como a análise de vários milhões de respostas registadas em grandes inquéritos nacionais, dotados de amostras representativas da população norte-americana e prosseguidos ao longo de duas ou mais décadas (*viz.*, Twenge *et al.*, 2012a). O mesmo não se podendo afirmar acerca do campo oposto.

A questão primacial, em todo o caso, transcende e transcende a «Geração Y» nos Estados Unidos da América – quer se trate ou não de uma «Geração Eu» e independentemente de ser mais narcisista do que as gerações que a precederam ou que lhe sucederam. Transcende igualmente a própria noção de «adultícia emergente» – que, de resto, é um conceito amplamente contestado. E transcende até o próprio país: goste-se ou não da cultura popular norte-americana, a verdade é que ela é exportada com sucesso para a Europa e restante mundo ocidentalizado desde há longas décadas.

A questão primacial dizia e diz respeito ao fenómeno psicossociológico do narcisismo, nas suas várias formas e expressões, patológicas ou não. Sabendo-se que esta questão espoleta variadas outras⁷. E sendo certo, por outro lado, que não é fácil nem é simples responder-lhe.

IX – É evidente que existe hipérbole no significado das palavras ou frases empregues, em especial quando se descreve um aumento «implacável» ou se postula uma «epidemia» de narcisismo – ou, analogamente, se reporta a existência de uma «epidemia de obesidade» (Caballero, 2007) ou se fala de uma «explosão de miopia» de «proporções epidémicas» (Dolgin, 2015). Trata-se, em todos esses casos, de um recurso estilístico, utilizado para efeitos de retórica. Pretende-se sobretudo chamar a atenção do grande público para fenómenos cuja prevalência é elevada, preocupante ou aumentou de forma significativa, sobretudo se tiver sido num curto espaço de tempo.

Contudo, exageração não significa invenção ou logro: a representação aumentada do tamanho das coisas ou dos fenómenos não os cria. Eles existem, de facto, e têm repercussões. O problema – se problema existir – tem mais a ver com a sua condição, por exemplo material ou imaterial, que vai determinar a forma como vão ser apreendidos ou estudados. A obesidade e a miopia são condições médicas, que podem ser facilmente medidas e quantificadas, o que facilita a sua abordagem. Pelo contrário, não se encontra sequer uma definição consensual para o narcisismo, que pode ser uma condição psicológica, médica (psiquiátrica) ou sociológica, sendo ao mesmo tempo uma entidade parcialmente especulativa e baseada em suposições. E essa é uma das dificuldades, mas não é uma impossibilidade, do seu estudo.

O narcisismo não é com efeito menos possível de ser estudado do que outras entidades psicológicas ou sociológicas (ou uma mistura de ambas), como a mente, a inteligência, a loucura, a sociedade ou a cultura. Nem a sua imaterialidade o torna mais difícil de ser apreendido do que um átomo, ou uma partícula subatômica, que podendo ser materiais, não perdem por isso a sua (relativa) invisibilidade ou complexidade.

⁷ Por exemplo: quais são as suas determinantes e condicionantes? Quais serão as suas consequências no longo termo, em particular no plano da psicopatologia e saúde mental?

Pistas para compreender a cultura do narcisismo

X – Num plano mais sociológico, dificilmente se encontrarão sinais de uma cultura de narcisismo, e ainda menos de uma epidemia, antes de meados do século XX. Também neste caso, a II.^a Guerra Mundial foi um momento de mudança ecuménica, profunda e nalguns casos radical. No caso dos E.U.A., foi o momento a partir do qual ocorreu um crescimento económico explosivo («boom») que durou várias décadas. Tão grande e tão óbvio que se tornou despercebido, conforme afirmou Tom Wolfe (1976), no ensaio onde cunhou a expressão «A década do Eu»: «as despesas dos Estados Unidos em tempo de guerra, na década de 1940, deram início a um crescimento que se manteve durante mais de 30 anos. Injectou dinheiro em todos os níveis da população, numa escala sem paralelo em qualquer país na história».

Este período não é um devaneio de Wolfe: identificado pelo DESA das Nações Unidas como a «Idade de Ouro do Capitalismo», foi definido como «um período de prosperidade económica que se estendeu desde o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, até ao início da década de 1970, quando o sistema monetário Bretton Woods entrou em colapso» (United Nations, 2017, p. 24). Sendo a expressão «Idade de Ouro» geralmente utilizada para descrever um período da história recordado pela sua prosperidade e felicidade⁸.

XI – O dinheiro pode não comprar felicidade, mas o consumo e o consumismo que dele resultam, podem ser manipulados de forma a criarem essa ilusão. Num plano mais psicológico ou psicossociológico, Lasch (1985) desmonta de modo brilhante o mecanismo subjacente, dando como exemplo a indústria automóvel e as inovações de Alfred P. Sloan no campo do «marketing» – a mudança anual de modelo, a renovação constante do produto, o inculcar deliberado de um apetite ilimitado pela mudança ou, em particular, os esforços para o associar o produto ao estatuto social. Tais esforços educaram as pessoas não só a medirem-se com as outras, mas a verem-se através dos olhos destas. As pessoas, insiste Lasch, aprendem que a imagem que transmitem de si mesmas conta mais do que (por exemplo) as suas competências profissionais. E que serão julgadas de acordo com as suas posses, o seu vestuário e a sua «personalidade», tanto pelos seus colegas e superiores no local de trabalho, como pelos estranhos que encontram na rua, levando-as a assumir na uma visão teatral do seu próprio «desempenho», no trabalho e fora dele.

Haveria muito mais a dizer e vale, por isso mesmo, o esforço de meditar sobre a argumentação de Lasch (1979 e 1985) acerca da cultura do narcisismo, apresentada em dois ensaios extensos que se completam um ao outro e que não pode ser resumida em poucas linhas. Note-se todavia que, além de longa e complexa, é inesperada e por vezes desconcertante ou mesmo contraditória: para o autor, o narcisismo não é, de modo nenhum, sinónimo de hedonismo ou de um «Eu» imperial. É praticamente o oposto: é um mecanismo de defesa, é o resultado de um «Eu» que se sente acossado ou ameaçado (pelo perigo de uma guerra nuclear, pela instabilidade crescente ou constante das condições sociais e económicas, etc.) e que se ensimesma, para se proteger. O narcisismo, alerta Lasch, é uma ideia difícil que parece fácil – uma boa receita para a confusão.

XII – Também num plano mais psicológico ou psicossociológico, Twenge e Campbell (2010a) propõem uma panorâmica plausível de todo o fenómeno, no contexto de uma breve resenha histórica (pp. 57 e ss.), sem com isso ignorar ou desrespeitar a sua dificuldade ou complexidade.

Resumidamente, tendo as décadas de 1940 a 1960 criado as condições económicas e sociais de base, a sua proposição é de que a década de 1970 foi a pedra angular da (putativa) epidemia de narcisismo, nos Estados Unidos. Tendo o movimento a favor da auto-estima, que começou com boas intenções («amar-se a si mesmo»), sido o primeiro catalisador. E tendo neste âmbito o livro de Nathaniel Branden, *The psychology of self-esteem* (publicado em 1969), dado o pontapé de saída (p. 63).

Tal movimento, cujo epicentro se situou na Califórnia, foi uma espécie de experiência à escala de um país, que decorreu a partir da década de 1970, tendo sido perflhado por um número impressionante de instituições de ensino pré-primário e básico. Na sua essência, baseava-se na asserção (ou mera crença) nunca provada de que aumentar a auto-estima dos jovens iria funcionar como uma panaceia para reduzir a maioria, se não a totalidade, dos problemas que assolam a sociedade, incluindo a criminalidade, a gravidez na adolescência, a toxicodependência, o insucesso escolar e a poluição; podendo até ajudar a equilibrar o orçamento estatal, ideia baseada na observação de que as pessoas com elevada auto-estima ganham mais do que as outras e, por conseguinte, pagam mais impostos (Baumeister *et al.*, 2005).

⁸ Ainda que uma análise mais aprofundada de tal período revele frequentemente desafios ocultos; sendo certo que a «Idade de Ouro do Capitalismo» não constituiu um desvio da regra (*ibidem*).

Não é possível fazer nestas páginas um balanço desta experiência, também ela exportada para várias partes do mundo e cujos resultados se fazem sentir ainda hoje. Mas é claro que embora a auto-estima e o narcisismo não sejam necessariamente a mesma coisa, mesmo quando a primeira se apresenta numa forma excessiva (Brummelman *et al.*, 2016), são em ambos os casos as experiências de socialização que lhes estão na origem. Acresce que uma revisão aturada da literatura não encontrou mais do que correlações modestas, fracas ou inexistentes entre a auto-estima e as numerosas variáveis mencionadas pelos arautos do movimento, como a depressão, a agressão ou a violência (Baumeister *et al.*, 2003). Por exemplo, «uma auto-estima elevada não impede os adolescentes de fumar, beber, consumir drogas ou ter relações sexuais precoces. Quando muito, uma auto-estima elevada favorece a experimentação, o que pode aumentar a precocidade da prática sexual ou do consumo de álcool, mas, em geral, os efeitos da auto-estima são insignificantes» (*ibidem*).

Também aqui, haveria muito mais a dizer.

Do Narciso aos narcisos

XIII – Existe uma grande ironia no facto de o conceito de narcisismo ser hoje matéria de tanta atenção, desde o meio académico até aos meios de comunicação social, observavam Levy *et al.* (2012, p. 3) – além de ter conquistado a mente do público nas últimas décadas. Tanta atenção, concluem os autores, deixaria o Narciso do mito grego muito orgulhoso.

Mas não seria menos irónico que esse mesmo Narciso ficasse perplexo ao descobrir que hoje sentiria dificuldades para sequer se aproximar do espelho de água onde se apaixonou pelo seu próprio reflexo, pois que teria que afastar uma multidão apinhada. Uma multidão igualmente apaixonada por uma imagem, aparentemente hipnotizada por si mesma. Mais do que orgulhoso pela abundante descendência que iria encontrar, é até possível que sentisse raiva – narcísica – pela (igualmente abundante) concorrência.

Com efeito, Narciso já não é o único – antes pelo contrário – neste mundo tão complexo e tão diferente do dele. E se a sua descendência não tem a sua beleza culminante, que despertava amor tanto em homens quanto em mulheres, tem todavia a tecnologia que lhe permite corrigir essa infelicidade. Na versão de Ovídio, Narciso olhava em transe para o reflexo imediato de si mesmo. A sua descendência olha friamente para representações de si mesma, captadas em «selfies» e em pose de estudada espontaneidade, criteriosamente escolhidas entre várias tentativas e cuidadosamente editadas através de filtros e outras varinhas mágicas digitais, que metamorfoseiam a ruga mais inestética na pele lisa e rosada do bebé. Narciso, emocionalmente entorpecido às solicitações de quem se apaixonara pela sua beleza, incluindo as ninfas, menosprezava ou desprezava toda gente. Pelo contrário, a sua descendência depende emocionalmente da validação («likes») de muita gente.

Já não se trata do culto das celebridades por parte dos *mass media*, substanciando e intensificando no senso comum sonhos narcísicos de fama e de glória, tal como constatou Christopher Lasch, em finais da década de 1970. Agora, os *social media* hipertrofiaram tais sonhos, dificultando a aceitação de uma vida banal, criando e reforçando solipsismos e dependências várias, nomeadamente da validação da auto-estima por intermédio de terceiras pessoas. A tecnologia, incipiente na altura em que Lasch escreveu, tem hoje poderes e efeitos que há trinta anos mal podiam ser imaginados. E os estímulos gerados pelos programas («apps») e pelos próprios dispositivos digitais que os veiculam, agindo de forma intensiva sobre o sistema hedónico do cérebro, sobretudo em idades e fases do desenvolvimento precoces, poderão estar a criar novos territórios desconhecidos ao nível da saúde mental.

Considerações finais

É frequente encontrar em mapas antigos a locução latina *terra incognita* em áreas que foram deixadas em branco ou inacabadas, simbolizando a incerteza e o mistério que rodeavam as regiões que representavam. Áreas onde, por vezes, a cartografia romana e medieval escrevia *hic sunt leones* («aqui há leões») – ou *hic sunt dracones* («aqui há dragões») – ou desenhava serpentes marinhas e outras criaturas mitológicas, pretendendo desse modo designar territórios desconhecidos ou perigosos.

No mapa simbólico do narcisismo do século XXI, a *terra incognita* pode não conter leões ou dragões, mas deverá servir para nos lembrar os limites do nosso conhecimento e a complexidade inelutável dos fenómenos psicológicos e sociológicos. Só o tempo – entenda-se: mais e melhor investigação – trará respostas fiáveis. E estas são cruciais, porquanto uma cultura impregnada de narcisismo (ou de foco excessivo na própria pessoa) determina parcialmente as práticas de educação e socialização, as quais, por sua vez, não podem deixar de ter implicações ao nível do desenvolvimento psicológico, incluindo a personalidade e os transtornos de personalidade.

Referências bibliográficas

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2013). The evidence for Generation We and against Generation Me. *Emerging Adulthood*, 1(1), 5-10. <https://doi.org/10.1177/2167696812466842>
- Arnett, J. J., Trzesniewski, K. H., & Donnellan, M. B. (2013). The dangers of generational myth-making: Rejoinder to Twenge. *Emerging Adulthood*, 1(1), 17-20. <https://doi.org/10.1177/2167696812466848>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2005). Exploding the Self-Esteem Myth. *Scientific American Mind*, 16(4), 50-57. <https://doi.org/10.1038/scientificamericanmind1205-50>
- Brummelman, E., Thomaes, S., & Sedikides, C. (2016). Separating narcissism from self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 25(1), 8-13. <https://doi.org/10.1177/0963721415619737>
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1-5. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- Côté, J. E. (2014). The dangerous myth of emerging adulthood: An evidence-based critique of a flawed developmental theory. *Applied Developmental Science*, 18(4), 177-188. <https://doi.org/10.1080/10888691.2014.954451>
- DeWall, C. N., Pond, R. S., Campbell, W. K., & Twenge, J. M. (2011). Tuning in to psychological change: Linguistic markers of psychological traits and emotions over time in popular U.S. song lyrics. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 5(3), 200-207. <https://doi.org/10.1037/a0023195>
- Dolgin, E. (2015). The myopia boom. *Nature*, 519, 276-278. <https://doi.org/10.1038/519276a>
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism. American life in an age of diminishing expectations*. W.W. Norton.
- Lasch, C. (1985). *The minimal self. Psychic survival in troubled times*. W.W. Norton
- Levy, K., Ellison, W. D., & Reynoso, J. S. (2012). A historical review of narcissism and Narcissistic Personality. In *The Handbook of narcissism and Narcissistic Personality Disorder: theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 3-13). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118093108>
- Morin, E. (1973). *Le Paradigme perdu. La nature humaine*. Le Seuil.
- Twenge, J. M. (2011). Narcissism and culture. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and Narcissistic Personality Disorder. Approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 202-209). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Twenge, J. M. (2013a). The evidence for Generation Me and against Generation We. *Emerging Adulthood*, 1(1), 11-16. <https://doi.org/10.1177/2167696812466548>
- Twenge, J. M. (2013b). Overwhelming evidence for Generation Me: a reply to Arnett. *Emerging Adulthood*, 1(1), 21-26. <https://doi.org/10.1177/2167696812468112>
- Twenge, J. M., Abebe, E. M., & Campbell, W. K. (2010). Fitting in or standing out: Trends in American parents' choices for children's names, 1880-2007. *Social Psychological and Personality Science*, 1(1), 19-25. <https://doi.org/10.1177/1948550609349515>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2010a). *The narcissism epidemic: living in the age of entitlement*. Simon and Schuster.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2010b). Birth cohort differences in the monitoring the future dataset and elsewhere. *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 81-88. <http://doi.org/10.1177/1745691609357015>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Freeman, E. C. (2012a). Generational differences in young adults' life goals, concern for others, and civic orientation, 1966-2009. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(5), 1045-1062. <https://doi.org/10.1037/a0027408>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Gentile, B. (2012b). Increases in individualistic words and phrases in American books, 1960-2008. *PLoS ONE*, 7(7), e40181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040181>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Gentile, B. (2013). Changes in pronoun use in american books and the rise of individualism, 1960-2008. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(3), 406-415. <https://doi.org/10.1177/0022022112455100>
- United Nations. (2017). *World Economic and Social Survey 2017: Reflecting on seventy years of development policy analysis [E/2017/50/Rev.1]*. Department of Economic and Social Affairs. <https://doi.org/10.18356/8310f38c-en>
- Wolfe, T. (23 August 1976). The "Me" Decade and the Third Great Awakening. *New York*.

Biógrafos de Egas Moniz: da apologética dominante aos meandros do poder biográfico

Manuel Correia

CEIS20-UC

E-mail: manuel.correia@uc.pt

Resumo

Dando a conhecer a Biografia intitulada “Egas Moniz. Legado da sua vida e obra”¹, da autoria de Victor Oliveira, partimos para a sua contextualização no âmbito das publicações que a escola coimbrã classifica como “Estudos Monizianos”². Ao recenseá-la, nesta abordagem, seguindo o exercício do ‘poder biográfico’, fazemos uma análise intertextual entre as três principais obras autobiográficas de Egas Moniz. Sublinhamos a influência do “Poder Biográfico” na produção dos textos que se seguiram às quatro principais obras autobiográficas de Egas Moniz³, exemplificando e criticando essa sintonia intertextual. Apontaremos, em conformidade, as omissões mais significativas que a produção historiográfica anterior documentou, apurando o que nos vem acrescentar a obra em apreço, em matéria de fundamentação e perspetivas, tal como as dissonâncias interpretativas que o texto em análise também incorpora. Desta reflexão, extraímos uma série de anotações que propomos para debate futuro.

Palavras-chave: Egas Moniz, biografia, poder biográfico, Prémio Nobel, História da Psiquiatria

Abstract

Making known the Biography entitled “Egas Moniz. Legacy of his life and work”, by Victor Oliveira, we set out to contextualize it within the scope of publications that the Coimbra school classifies as “Monizian Studies”. By reviewing it, we emphasize the influence of “Biographical Power” in the production of the texts that followed the three main autobiographical works of Egas Moniz, exemplifying and criticizing this intertextual harmony. We will accordingly point out the most significant omissions that the previous historiographical production has documented, investigating what the work in question adds to us in terms of foundation and perspectives, as well as the interpretative dissonances that the text under analysis also incorporates. From this reflection, we extract a series of notes that we propose for future debate.

Keywords: Egas Moniz, biography, biographic power, Nobel Prize, History of Psychiatry

Introdução

A biografia de Victor Oliveira, Egas Moniz, seu legado e obra⁴, é o que nos traz a esta recensão e, por isso, é-lhe devida uma saudação especial. Trata-se de um trabalho valioso. O grafismo que une os objetos musealizados ao discurso biográfico produz um efeito de revelação particularmente forte. Talvez, na senda da produção coimbrã, só a fotobiografia de Egas Moniz publicada por Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e Rosa Maria Rodrigues,⁵ se lhe assemelhe. O trabalho de Bruno Claro, *Tentativas operatórias...*⁶, toma Egas Moniz por referência, mas não tem por objetivo biografá-lo. Aí, onde também o grafismo é sugestivo, percebe-se que visa sobretudo os leucotomizados e, em menor medida, o criador da psicocirurgia.

Não há forma de agradar a todos os gostos e critérios quando se enunciam os aspetos mais significativos de toda uma vida. A exaustividade é um propósito impossível e é expectável que enquanto o pó cósmico vai assentando e

¹ Oliveira, Victor, *Egas Moniz. Legado da sua vida e obra*, Lisboa, By The Book, 2019.

² Ver, entre outros, Pereira, Ana Leonor e Pita, João Rui, (Coord.) *Egas Moniz em livre exame*, Coimbra, Minerva, 2000; e também Pereira, José Morgado, *A Psiquiatria em Portugal nas primeiras décadas do século XX: protagonistas*, Coimbra, IUC, 2020.

³ Moniz, Egas, *Um ano de política*, Lisboa, Portugal-Brasil Lda, 1919;... *A última lição* (1944); ... *Confidências de um investigador científico*, Lisboa, Ática, 1949; e ... *A nossa casa*, Lisboa, Paulino Ferreira Filhos Lda, 1950.

⁴ Oliveira, Victor (2019), *Egas Moniz. Legado da sua vida e obra*, Lisboa, By The Book.

⁵ Pereira, Ana Leonor; Pita, João Rui; e Rodrigues, Rosa Maria (1999), *Retrato de Egas Moniz*, Lisboa, Círculo de Leitores.

⁶ Claro, Bruno (2023), *Tentativas operatórias...*, Tese de Mestrado em Estética e Estudos Artísticos, Lisboa, UNL.

mudando de lugar, novos documentos se revelem e novas perspectivas surjam. Victor Oliveira distribui os biografemas principais cronologicamente, obedecendo a três cânones: o celebrativo (70º aniversário da atribuição do Nobel a Egas Moniz); o triunfal (a vida descrita como um trajeto de final empolgante); e o dos Grandes Homens, agigantando o perfil do cientista cujo ponto culminante da carreira é a atribuição do Prémio Nobel.

A biografia pode ser tanto um elencar dos nós relacionais que remete os biografados para uma época, enunciando factos e apontando a incompletude dessa recolha de dados, como é o caso da biografia de Lutero que Lucien Febvre escreveu num tempo em que muitos dos então novos historiadores olhavam com um certo desdém e desconfiança para o género biográfico;⁷ como pode ser um monumento celebrativo composto por factos e suposições, de acordo com a visão heróica que assistiu à saga dos grandes homens. Uma leitura mais matizada revela uma conjugação destes dois critérios e, por isso, assinalamos que a leitura do livro de Victor Oliveira remete, ora para um, ora para outro desses eixos biográficos.

O Poder biográfico

O núcleo de publicações, documentação das várias categorias, objetos, referências e instituições com que Egas Moniz e seus aliados apuseram nos textos de carácter biográfico, coetâneos e posteriores costuma delimitar-se pelos escritos autobiográficos do próprio (*Um ano de política*, – 1919; *A última lição* – 1944; *Confidências de um Investigador científico* – 1949 e *A nossa casa* – 1950; Em testamento, estabeleceu que o seu solar de Avanca se deveria converter na Casa Museu Egas Moniz, e que algum do recheio do seu gabinete hospitalar de Santa Marta transitasse para o novo Hospital Escolar de Santa Maria, onde ficou instalado, a par do Centro de Estudos Egas Moniz, numa área musealizada, contendo referências diversas à vida e obra do primeiro catedrático de neurologia, amplamente premiado, designadamente com o Prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina, de 1949, *ex aequo* com o fisiologista suíço Rudolph Hess. Do mesmo passo, a estátua de Moniz, em traje académico, foi erguida à entrada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, acrescentando-se, deste modo, ao núcleo de “referências obrigatórias” que consubstanciam o tal poder biográfico.

A carga simbólica de todo esse acervo influenciou e influencia os diferentes registos historiográficos, prendendo-os a uma perspetiva que, em termos gerais, coloca o cientista nobelizado à frente do político, diminuindo todas as outras dimensões do biografado. Aquilo que foi objetificado antes de nós, o que, neste sentido, está morto, apodera-se dos que estão vivos, – os que vão escrever, produzir novos textos acerca do mesmo tema e, nesse sentido, *Le mort saisit le vif*.⁸

Há, portanto, uma dinâmica institucionalizada que reproduz, a partir desse núcleo inicial em que a pena e a vontade de Egas Moniz foi testamentada, o modo como escolheu posar para o futuro.

A cada um dos tópicos contidos nas narrativas que se repetem a partir do núcleo inicial, chamamos biografemas. Os acontecimentos que protagonizou, os momentos de transição social, política, cultural e científica – o estatuto de deputado às Cortes, os prémios que recebeu, constituem outros tantos biografemas.⁹

Prós e contras

Egas Moniz foi educado como um fidalgo de província, sob o olhar protetor e orientador do seu tio abade de Pardilhó, e o sentimento de ser um homem excecional de quem o próprio e os outros esperavam que deixasse uma

⁷ Febvre, Lucien (1928), *Martin Luther, un destin*, Paris, PUF.

⁸ O conceito estrutura-se a partir da observação de Karl Marx no prefácio à 1ª edição do 1º volume de *O Capital*: “Além das calamidades modernas, aflige-nos toda uma série de calamidades herdadas, provenientes de continuarem a vegetar modos de produção arcaicos, antiquados, com o seu séquito de anacrónicas relações sociais e políticas. Sofremos não apenas por causa dos vivos mas também por causa dos mortos. *Le mort saisit le vif*”. MARX, Karl, *O Capital*, etc. Mas a contribuição fica devedora também a Pierre Bourdieu. Para além do seu entendimento do Capital Simbólico, de que, no meu entendimento, o “Poder biográfico” é uma das vertentes, o sociólogo francês dedica-lhe um artigo: BOURDIEU, Pierre. *Le mort saisit le vif*. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 32-33, avril/juin 1980. Paternalisme et maternage. pp. 3-14.

⁹ Conceito cunhado por Roland Barthes em *Sade, Fourier, Loiola*, Paris, 1971, p. 51:“(…) Gosto de certos traços biográficos que, na vida de um escritor, me encantam tanto quanto certas fotografias; chamei esses traços de ‘biografemas’”. A analogia com a linguística estrutural é evidente: se a menor unidade de observação para Jakobsen foi o fonema, e a menor unidade na análise de mitos, para Claude Levi-Strauss foi o mitema, para Barthes o biografema tornou o discurso analítico mais telegráfico.

marca indelével no mundo, abunda nos seus escritos, apesar de o toque aristocrático ter sido banido do núcleo de textos já referidos, que ditam os termos do poder biográfico.

O solar brasonado de Avanca, hoje Casa Museu Egas Moniz, ilustra-o, mas a sua obediência à instituição duelística, de génese aristocrática, em que surge como padrinho, juiz, dirimindo pendências de honra, várias vezes, revela a sua veia aristocrática, de que alguns biógrafos dão nota, sem questionar a ambivalência com que o próprio Egas Moniz lhes faz referência, nem nunca os assumir por inteiro. O palácio da Avenida Luís Bivar (18-20 – Lisboa), hoje sede da Nunciatura do Vaticano, revela também o seu estatuto social elevado. Victor Oliveira chama ao desafio que Norton de Matos lança a Egas Moniz, a propósito da questão dos Caminhos de Ferro de Ambaca, uma “situação melindrosa” (Egas Moniz, Legado da sua vida e obra, p. 32, – daqui em diante, VO-2019:32). Moniz tenta despistar-nos com a alusão a que havia familiares seus, dados a certas “prosápias de fidalguia”, o que desvela uma das suas ambiguidades instrumentais no campo da política. Quando foi iniciado na Maçonaria, escolheu o nome simbólico de Egas Moniz,¹⁰ sem embargo de ser também esse o seu nome. Os jogos de espelhos e a lateralidade são uma constante nos numerosos textos que escreveu.

Victor Oliveira considera que a Leucotomia pré-frontal correspondeu a “Outro período áureo mais tarde tornado controverso” (VO-2019: 78). Dá-se o caso de existir na sua própria bibliografia final, a referência a uma publicação que atesta a génese contraditória da Leucotomia. Num dos capítulos desta obra que refere,¹¹ é constatada e analisada a oposição de Sobral-Cid à leucotomia, bem explicitada no capítulo intitulado “O início da leucotomia em Portugal e a querela entre Egas Moniz e Sobral-Cid”¹² onde José Morgado Pereira passa em revista as objeções que praticamente desde o início, alguns psiquiatras manifestaram. Porém, este é apenas um dos aspetos em que Victor Oliveira retira a psiquiatria e os psiquiatras de um território que Egas Moniz compreendeu sempre povoado por eles. *A cirurgia ao serviço da psiquiatria*, expressão cara a Moniz na justificação das suas tentativas operatórias é uma ideia que Victor Oliveira arreda da caracterização da leucotomia. Temos, pelo contrário, uma sucessão de documentos que fantasiam resultados excelentes, “curados” pela leucotomia (VO-2019:88-90). É opção do biógrafo dar uma ideia da construção da ciência retirando-lhe os aspetos contraditórios que toda a construção do conhecimento implica, mas dessa opção resulta a omissão de factos largamente debatidos e documentados, desde as hesitações de Moniz entre a utilização do álcool ou da lanceta em 1935-36¹³, até à renúncia conceptual de Almeida Lima, em 1949.¹⁴

A irreconciliação de Almeida Lima teria um significado desabonatório para o seu mestre em vésperas de ser agraciado com o Prémio Nobel. Por isso, como sucede quase sempre em casos que tais, a racionalidade e a crítica deram lugar ao silêncio catedrático.

Quanto ao Prémio Nobel, Victor Oliveira optou por um trajeto acidentado. Reproduz *ipsis verbis* a “Moção da delegação brasileira” à 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia (VO-2019: 96), omitindo que, apesar de ter sido aprovada por unanimidade e aclamação – termos por demais afastados das manifestações de racionalidade científica – não podia este lance de boa retórica ir além de uma descarada assunção do lobby que, formalmente, o Comité Nobel teria de rejeitar. Lembremos, aliás, que, em resposta à carta endereçada ao Karolinska Institutet por Júlio Dantas, então Presidente da Academia de Ciências de Lisboa, o secretário do Comité Nobel respondeu, rejeitando essas manifestações empolgadas que não respeitavam o regulamento existente.¹⁵

¹⁰ Egas Moniz foi iniciado na Maçonaria (Loja Simpatia e União, em 15 de Dezembro de 1910, de acordo com os arquivos do Grande Oriente Lusitano) Escolheu para nome simbólico precisamente o «mesmo». Com o nome simbólico que os maçons iniciados escolhiam, prestavam, simultaneamente, homenagem a uma figura histórica de sua eleição. Ao escolher o «próprio» nome, Egas Moniz estava a homenagear o aio de D. Afonso Henriques, do qual o seu tio Abade acreditava descender, ou a homenagear-se a si próprio? O que, à partida, não era mera designação simbólica do iniciado, passou então a sê-lo. Já está um caso «concreto» em que uma coisa pode ser e não ser, ao longo do tempo.

¹¹ Pereira, Ana Leonor; e Pita, João Rui (2000), *Egas Moniz em livre exame*, Coimbra, Minerva.

¹² Pereira, José Morgado (2000), “O início da leucotomia em Portugal e a querela entre Egas Moniz e Sobral-Cid”, Ob. Cit. pp. 151-161.

¹³ Moniz, Egas (1936), *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*, Paris, Masson, pp. 50-51.

¹⁴ Lima, Almeida (1949), “A técnica cirúrgica da leucotomia cerebral (1)”. In *A Medicina Contemporânea*, ano lxvii, n.º 7, pp. 267-271.

¹⁵ A carta de Júlio Dantas é de 20 de janeiro de 1949; a resposta do Comité Nobel é 20 de abril do mesmo ano. (Arquivo da Academia de Ciências de Lisboa, Processo de Egas Moniz, Pasta nº 2).

Em seguida, Victor Oliveira diz-nos que o processo de nomeação para o Nobel de 1944 se extraviou (VO-2019: 104-105), o que é realmente espantoso! Pois consultámos, na íntegra, esse mesmo processo, em 2005. O processo estava inteiro. A sua reprodução e análise foram objeto de várias publicações, designadamente em 2006, dando à estampa a tradução das respectivas cópias.¹⁶

Finalmente, a lista dos nomeadores de 1949 está incompleta. Falta, pelo menos, o nomeador dinamarquês. (VO-2019: 106).

Sendo o processo de nomeação e atribuição do Prémio Nobel da Fisiologia ou Medicina (designação inicial) tão intrincado, secreto, controverso e, ao mesmo tempo, tão interessante para compreender a investigação e as instituições científicas do século XX, não devemos deixar de sublinhar quanto a documentação disponível indicia a injustiça motivada que se abateu sobre os méritos que Egas Moniz foi somando relativamente à sua maior invenção. A Angiografia Cerebral, que originou a criação de novas disciplinas médicas e científicas, foi propositadamente despromovida pelos avaliadores suecos, explicando, em boa parte, a recusa do prémio anos a fio (1928, 1933, 1937, 1944 e 1949).

O silêncio, as omissões, os extravios e a opacidade do processo de nomeação e aprovação dos candidatos ao Prémio é um bom ponto de partida para novas investigações a esse respeito. A questão continua por esclarecer satisfatoriamente.

De volta ao poder biográfico

O modo como Victor Oliveira aborda o atentado de que Egas Moniz foi vítima, em 1936 (VO-2019: 133-134) e a magreza com que nos serve a faceta empresarial do biografado, (VO-2019: 137) ilustram o peso do poder biográfico nos nossos escritos. Gerindo cuidadosamente o seu perfil histórico, Egas Moniz dramatizou longamente o atentado que sofreu, e silenciou a atividade clínica, administrativa e institucional no ramo dos seguros de vida.

Nas Confidências de um investigador científico, Egas Moniz dedica cerca de 25 páginas ao longo dos dois capítulos que dedicou ao atentado.¹⁷ Foi um dos biografemas que quis que pesasse na sua história pessoal. Trata-o em pormenor e documenta-o com vários exemplos de correspondência recebida e recortes dos jornais da época. Como era seu timbre, deixa-se levar, aqui e acolá, pelo registo heróico e autoproclamatório.

Porém, se buscarmos nos seus textos qualquer referência à atividade que desenvolveu nos seguros de vida,¹⁸ ou mesmo na troca de favores que entretinha com laboratórios farmacêuticos,¹⁹ nada encontraremos. Esses eram, entre outros, os biografemas que não se compatibilizavam com a ideia que deveria triunfar na posteridade.

Conclusão

Ninguém escapa ao imperialismo simbólico do poder biográfico. A sociedade e as historiografias estão organizadas de molde a que todos, melhor ou pior, sejamos alcançados e modelados pela cadeia de estruturas que nos precede. Trabalhamos com documentos e outros artefatos servindo-nos de protocolos cujas arquiteturas são sempre provisorias e abertas a novos conhecimentos.

A história global de Egas Moniz é um desafio em aberto. Todos vamos contribuindo para um conhecimento mais robusto de como os homens e os contextos históricos se interligam e se entre-explicam.

Na vertente científica, Egas Moniz, após a talentosa invenção da Angiografia Cerebral, propôs-se encontrar uma cura para a esquizofrenia (entre outras psicoses) por via cirúrgica. Apesar das teses equilibradas que tentam encontrar uma equivalência entre ganhos e perdas, a coisa correu mal e a desaprovação generalizada que se seguiu, engendrou mesmo uma questão historiográfica muito curiosa: deveria, ou não, o 1º Congresso Internacional de Psicocirurgia (Lisboa, 1948) ser contemplado na história da psicocirurgia?²⁰ É Walter Freeman, entre outros, que se bate mais denodadamente contra o apagão da Conferência de Lisboa. O Presidente do Comité Científico da 1ª Conferência de

¹⁶ Correia, Manuel (2006), *Egas Moniz e o Prémio Nobel. Enigmas, paradoxos e segredos*, Coimbra, IUC, pp. 121-131.

¹⁷ Moniz, Egas (1949), *Confidências de um investigador científico*, Lisboa, Arcádia, pp. 229-254.

¹⁸ AA.VV. (1956), *A Nacional*, 1906-1956, Relatório do cinquentenário, Lisboa, Heliogravuras.

¹⁹ Pereira, Ana Leonor; Pita, João Rui; e Rodrigues, Rosa Maria (1999), *Retrato de Egas Moniz*, Lisboa, Círculo de Leitores, p. 98. Ver também, a este respeito, Pereira, Ana Leonor; Pita, João Rui (2005) “Egas Moniz e a publicidade a medicamentos”. In: Sousa, Jorge Pedro (Org.) – *Comunicações. II Congresso Luso-brasileiro de Estudos Jornalísticos / IV Congresso Luso-galego de Estudos Jornalísticos*, Porto, Universidade Fernando Pessoa, pp. 401-406.

²⁰ Lipsman, Nir; Meyerson, Björ A.; Lozano, Andres M. (2012), “A Narrative History of the International Society for Psychiatric Surgery: 1970-1983”. In *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, August, p. 348.

Psicocirurgia participou, ainda, nos trabalhos preparatórios da 2ª Conferência de Psicocirurgia, em Copenhaga, 1970. Tinham decorrido 22 anos sobre a Conferência de Lisboa que entronizou Egas Moniz. A era das operações às cegas fora execrada por muitos; a terminologia mudara, dando, a Psicocirurgia, lugar à Cirurgia Psiquiátrica; entrara-se, de acordo com os novos conferencistas, numa nova época que nada tinha a ver com os “horrores” da fase anterior.

Não deve ser esquecido, no entanto, que Egas Moniz se lançou na senda da Leucotomia pré-frontal ciente de que, para o entendimento da época, metia foice em seara alheia, isto é, no terreno da psiquiatria.²¹ É graças à receptividade de muitos desses psiquiatras que Egas Moniz os consegue persuadir, durante algum tempo, que valia a pena continuar a experimentar. Daí não ser entendível que Victor Oliveira tenha excluído dos eixos inter-biográficos a oposição de Sobral-Cid e a adesão de Barahona-Fernandes; a oposição de Baruk e o entusiasmo de Pacheco e Silva. Ao fazer os psiquiatras (prós e contra) saírem de cena, Victor Oliveira evitou a questão nodal que explica a sobrevivência de uma controvérsia científica que se prolongou até aos nossos dias.

Victor Oliveira passa por cima de algumas biografias que deram de Egas Moniz versões mais diversificadas e enriquecedoras para o conhecimento do homem em contexto. Barahona Fernandes colige uma série extensa de documentos e memórias que, entre outras coisas, expõe o contorcionismo conceptual da Leucotomia pré-frontal;²² João Lobo Antunes, em 2010, dá-nos um testemunho que se esforça por não elidir aspetos negativos da atividade médica de Moniz, discordando de trabalhos anteriores, concordando com outros, consciente de que o seu texto se inseria num quadro alargado de contribuições diversas;²³ Zbigniew Kotowicz, em 2012, junta a este campo de estudos o olhar agudo do estrangeiro (aquele que vem de fora e vive e estuda entre nós), chamando a atenção para aspetos que porventura nos tinham escapado.²⁴

A biografia de Victor Oliveira não lhes faz referência nem dialoga com eles. É como se, de facto, tivesse querido inaugurar um novo sulco nos estudos biográficos sobre Egas Moniz: o sulco dos que querem fazer história sem olhar para trás. Se conseguirmos ver, quase sempre, nas biografias, traços mais ou menos salientes da personalidade do biógrafo, no caso de Victor Oliveira ressalta um grande evitamento de se encontrar com a história.

Omitir e fantasiar os maus resultados é quase sempre meio caminho andado para a catástrofe.

²¹ Moniz, Egas (1936), “A cirurgia ao serviço da psiquiatria.” Comunicação à Academia das Ciências de Lisboa, Sessão de 19 de março. In *Boletim da Academia das Ciências de Lisboa*, 8: 81.

²² Fernandes, Barahona (1983), *Egas Moniz, pioneiro de descobrimentos médicos*, Lisboa, ICLP.

²³ Antunes, João Lobo, *Egas Moniz. Uma biografia*, Lisboa, Gradiva.

²⁴ Kotowicz, Zbigniew (2012), *Psychosurgery. The birth of a new scientific paradigm. Egas Moniz and the present day*, Lisbon, FCUL.

Démence précoce: conceptualização histórica do conceito

Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Joana Alexandra Garrido Ramos

Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira, EPE

E-mail: barbarasofia_11@hotmail.com; joana.ramos@chcbeira.min-saude.pt

Resumo

As perturbações mentais semelhantes à Esquizofrenia, permaneceram um conceito estagnado de loucura e possessão demoníaca até ao século XVIII, quando os psiquiatras franceses e alemães começaram a polir as suas impurezas. Morel cunhou o termo *démence précoce*, descrevendo as características clínicas da Esquizofrenia e postulando que era o resultado de um defeito biológico inato com agravamento progressivo nas descendências lineares. Kraepelin integrou o conceito contemporâneo de *dementia praecox* com base no curso característico e no resultado de um agrupamento de sintomas e sinais. Já no século XX, Bleuler renomeou o conceito de Kraepelin como “grupo de esquizofrenias” baseando-se em observações essenciais de cisão vertical da função cognitiva desses doentes. A história da Esquizofrenia representa a história da neuropsiquiatria, neuro-psicofarmacologia e neurociência e, apesar dos grandes avanços que permitiram refinar os critérios de diagnóstico, a verdade é que o capítulo final da história do conceito ainda não foi escrito.

Palavras-chave: *démence précoce*, esquizofrenia, psicopatologia

Abstract

Like Schizophrenia, mental disturbances remained a stagnant concept of madness and demonic possession until the 18th century when French and German psychiatrists began refining its impurities. Morel coined the term *démence précoce*, describing the clinical features of Schizophrenia and postulating that it was the result of an innate biological defect with progressive worsening in linear descendants. Kraepelin integrated the contemporary concept of *dementia praecox* based on the characteristic course and outcome of a clustering of symptoms and signs. In the 20th century, Bleuler renamed Kraepelin's concept as the ‘group of schizophrenias,’ relying on essential observations of vertical splitting of cognitive function in these patients. The history of Schizophrenia represents the history of neuropsychiatry, neuro-psychopharmacology, and neuroscience. Despite significant advances that have allowed the refinement of diagnostic criteria, the truth is that the final chapter of the concept's history has yet to be written.

Keywords: *démence précoce*, schizophrenia, psychopathology

Introdução

A evolução do conhecimento das perturbações mentais ao longo da história reflete um percurso fascinante, especialmente quando se explora o desenvolvimento conceptual de condições mentais complexas como a Esquizofrenia. Desde os tempos remotos, as manifestações da mente humana foram muitas vezes interpretadas através de prismas místicos e supersticiosos. Só no século XVIII psiquiatras franceses e alemães começaram a desvendar luz sobre as obscuridades dessas condições. Esta trajetória histórica, marcada por conceitos em evolução, reflete não apenas a história da Esquizofrenia, mas também uma narrativa mais ampla da neuropsiquiatria, neuro-psicofarmacologia e neurociência. Assim, os autores propõem uma análise abrangente da conceptualização histórica da Esquizofrenia, investigando e compreendendo a evolução do seu conceito. Além disso, pretendem examinar e detalhar as suas características clínicas, destacando a influência dessas descrições iniciais na compreensão contemporânea da doença. Por fim, procuram contextualizar as renomeações conceptuais que moldaram a percepção da Esquizofrenia ao longo dos tempos.

1. Perspetiva Histórica

1.1. 1500 aC, Egipto

A presença de sintomas psicóticos e síndromes esquizofreniformes remonta às civilizações antigas, como evidenciada em registos históricos. A primeira descrição documentada dessas condições remonta ao século XVI a.C.,

encontrada no “The Egyptian Ebers Papyrus”. Neste antigo texto, os sintomas de depressão, demência e distúrbios do pensamento, características distintivas da Esquizofrenia, são detalhadamente descritos no capítulo “Egyptian Book of Hearts” (Ebers, 2019). Essas descrições revelam uma compreensão precoce e observacional dos fenómenos mentais, embora interpretados através de lentes culturais e mitológicas da época. É fascinante notar como, mesmo num período tão distante, as observações sobre as complexidades da mente humana eram registadas e documentadas. Esta evidência arqueológica não apenas atesta a antiguidade da Esquizofrenia como uma entidade clínica, mas também destaca a persistência ao longo do tempo da necessidade de compreender e categorizar essas manifestações mentais peculiares (German, Berrios, 2003).

1.2. 1400 aC, Índia

O Atharva Veda, um dos quatro Vedas fundamentais do hinduísmo, oferece insights preciosos sobre a saúde e a doença na antiga Índia. Dentro dos seus hinos e encantamentos, encontramos a postulação de que a saúde é alcançada através do equilíbrio harmonioso entre os cinco elementos primordiais, conhecidos como “Buthas”, e os três humores fundamentais, chamados de “Dosas”. Este entendimento ancestral sugere que qualquer desequilíbrio entre esses elementos constituintes pode levar a condições de desordem mental, incluindo a loucura. Essa visão holística da saúde e bem-estar, enraizada na filosofia védica, destaca a interconexão profunda entre o corpo, a mente e o espírito. Ao reconhecer a influência dos elementos naturais e dos humores internos sobre a saúde mental, o Atharva Veda oferece um modelo antigo de compreensão da psicopatologia que ecoa ainda hoje em certas práticas da medicina tradicional indiana, como o Ayurveda (German, Berrios, 2003).

1.3. 1000 aC, China

O “Huangdi Neiijing” ou “Clássico do Imperador Amarelo da Medicina Interna”, é uma obra seminal da medicina chinesa que tem sido reverenciada como a fonte primordial de conhecimento médico na China por mais de dois milénios. Este texto antigo, atribuído ao lendário Imperador Amarelo, é uma compilação de conhecimentos médicos, filosóficos e práticas terapêuticas que lançam as bases para a compreensão holística do corpo e mente humana e a sua relação com o ambiente. Dentro desta obra, encontramos descrições detalhadas de uma variedade de sintomas e condições médicas, incluindo distúrbios mentais como: insanidade, demência e convulsões. Esses relatos antigos revelam uma compreensão precoce e observacional das manifestações da mente humana e das suas interações com o corpo e o ambiente circundante (German, Berrios, 2003).

1.4. Ao longo das eras antigas

Ao longo dos séculos, a possessão demoníaca ou sobrenatural foi considerada uma explicação comum para comportamentos psicóticos. Essa crença, enraizada na cultura e religião, permeou diversas sociedades no mundo, manifestando-se em narrativas mitológicas e práticas de rituais destinadas a exorcizar os espíritos malignos que supostamente afligiam os indivíduos. O tratamento obtido para tais condições refletia a compreensão limitada da mente e do corpo na época, com métodos que variavam desde intervenções benignas, como expor o paciente a certos tipos de música ou práticas de purificação, até abordagens extremas e perigosas, como a trepanação, banhos de água fria, coma hipoglicémico. Embora alguns pacientes possam ter sobrevivido a esses procedimentos, muitos enfrentaram consequências graves e até fatais. Essa abordagem antiquada da saúde mental reflete a falta de compreensão científica e humanitária sobre distúrbios psicóticos. Com o avanço do conhecimento médico e psicológico, a compreensão da psicopatologia evoluiu, substituindo explicações sobrenaturais por modelos mais empiricamente fundamentados.

1.5. Séc. V e IV aC, Grécia

Nas antigas civilizações gregas, as teorias sobre a origem da loucura incluíam influências demoníacas, mas ideias racionalistas começaram a surgir, especialmente com pensadores como Platão. Em “Diálogos”, Platão advogou uma abordagem integrativa entre mente e corpo, enfatizando a importância de curar a alma para alcançar a saúde integral. Ele introduziu conceitos de processos mentais inconscientes e ilógicos, antecipando ideias contemporâneas sobre a complexidade da mente humana (German, Berrios, 2003).

O médico grego Hipócrates desafiou as concepções predominantes da sua época ao rejeitar a explicação da causa demoníaca para os distúrbios mentais, propondo uma abordagem cerebral e a teoria dos humores para explicar as

doenças mentais. Na sua obra “The Holy Disease”, enfatizou o papel central do cérebro nas experiências humanas, defendendo que desequilíbrios nos humores corporais poderiam levar a distúrbios mentais. As suas ideias revolucionárias estabeleceram os fundamentos da medicina ocidental, trazendo uma abordagem racional e científica para o tratamento de doenças mentais. Ambos os pensadores gregos, Platão e Hipócrates, deixaram um legado duradouro, influenciando não apenas a medicina, mas também a compreensão mais ampla da mente humana e da saúde ao longo dos séculos.

1.6. Século XIX

Até ao século XIX, condições mentais similares à Esquizofrenia eram amplamente mal compreendidas e estigmatizadas, consideradas meramente como formas de loucura. Nesse período, os psiquiatras, então conhecidos como alienistas, enfrentavam pouco respeito dentro da comunidade médica. Foi somente a partir deste século que psiquiatras franceses e alemães começaram a revisar e aprimorar a compreensão dessas condições, eliminando as impurezas conceptuais e clínicas que obscureciam o diagnóstico e tratamento. Esse período marcou uma mudança significativa na percepção e abordagem das perturbações mentais, à medida que a psiquiatria emergia como uma disciplina mais reconhecida e respeitada. Através desses esforços de refinamento, a compreensão da Esquizofrenia e condições relacionadas começou a evoluir, pavimentando o caminho para futuros avanços na neuropsiquiatria. Essa progressão histórica ilustra não apenas a complexidade e desafios enfrentados na compreensão das doenças mentais, mas também o potencial transformador da pesquisa e prática médica na melhoria do bem-estar mental e na redução do estigma associado às perturbações psiquiátricas.

2. Evolução do conceito de esquizofrenia

2.1. Séc. XVIII, o Iluminismo e a hegemonia francesa

o Iluminismo, um movimento marcado pelo progresso intelectual dos séculos XVII e XVIII, desempenhou um papel crucial na mudança de atitude em relação aos doentes mentais. Philippe Pinel (1754-1826), um dos protagonistas desse movimento, desafiou os paradigmas estabelecidos ao fazer a primeira descrição integrada da Esquizofrenia. Ele introduziu o termo “démence” (perda da mente) para caracterizar a deterioração das capacidades mentais associadas à doença. Pinel foi um defensor da terapia moral, uma abordagem terapêutica baseada em cuidados humanizados e psicoterapia, numa época em que não havia tratamentos farmacológicos disponíveis. Ele enfatizou a importância de técnicas psicoterapêuticas individualizadas e do cuidado personalizado dos doentes mentais.

O trabalho pioneiro de Pinel teve um impacto significativo no campo da Psiquiatria. A sua defesa pelos direitos e necessidades dos pacientes levou à criação dos primeiros asilos dedicados ao tratamento de distúrbios mentais, consolidando a Psiquiatria como uma área de intervenção médica especializada. Além disso, Pinel iniciou o processo de organização dos praticantes de Psiquiatria, contribuindo para o desenvolvimento de uma disciplina profissional reconhecida (Tandon, 2009).

Outro médico importante da época, Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), contribuiu para a terminologia psiquiátrica moderna ao cunhar o termo “alucinação” e identificar a “monomania”, uma síndrome clínica com características semelhantes às descrições modernas da Esquizofrenia paranoide.

2.2. Séc. XIX, a hegemonia francesa

Também Bénédict-Auguste Morel (1809-1873), um psiquiatra franco-austriaco, desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento da Psiquiatria ao introduzir novos conceitos e abordagens na classificação e compreensão das doenças mentais. A sua influência pioneira estende-se desde o uso do curso da doença como base da classificação, até à exploração do papel da hereditariedade e da degeneração na etiologia das doenças mentais. Na sua obra “Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine” de 1860, propôs a teoria da degeneração, sugerindo que a maioria das doenças mentais resultava de desvios da normalidade causados por danos morais ou físicos e transmitidos hereditariamente, com aumento progressivo deste desvio em cada linhagem. De forma a suportar esta teoria, relatou o quadro de uma criança psicótica, cuja mãe era louca e a avó excêntrica, sendo esta a primeira teoria relativa ao papel da hereditariedade na doença mental, muito antes do aparecimento da genética de Mendel (Pereira, 2008).

Morel também introduziu o conceito de “*démence précoce*” em 1860 para descrever pacientes que experimentavam uma rápida e grave deterioração mental logo após o início da doença. Este termo revolucionário serviu como precursor para o diagnóstico moderno de Esquizofrenia. Valentin Magnan (1835-1916) expandiu e refinou as teorias de Morel, diferenciando clinicamente as doenças mentais com base em critérios como demência terminal, idade de início e história familiar. Ele eliminou a conotação religiosa da teoria da degeneração, introduzindo fatores ambientais e existenciais como determinantes essenciais na origem das doenças mentais (Berner 2002).

2.3. Séc. XIX, a hegemonia alemã

No final do século XIX, as teorias francesas foram ultrapassadas pelo modelo anatomo-patológico e o centro de gravidade da Psiquiatria deslocou-se para a Alemanha. Este período marcou uma mudança paradigmática na compreensão e abordagem das doenças mentais.

Em 1845, Wilhelm Griesinger (1817-1968), um proeminente Psiquiatra, destacou a importância de uma abordagem patofisiológica e clínica na investigação das doenças mentais, argumentando que a compreensão da etiologia orgânica era crucial e criticando as teorias psiquiátricas puramente especulativas da época. Introduziu o termo “*dementia paralytica*” para descrever a Esquizofrenia, baseando-se na característica deterioração mental que, em casos graves, poderia levar à apatia total. Além disso, propôs o conceito de “*psicose unitária*”, argumentando que todas as doenças mentais eram manifestações de uma única entidade patológica. Estas ideias revolucionárias influenciaram profundamente a Psiquiatria e lançaram as bases para uma abordagem mais científica e objetiva das doenças mentais. O seu foco na pesquisa clínica e na patologia cerebral ajudou a estabelecer a Psiquiatria como uma disciplina médica legítima e contribuiu para a evolução da compreensão moderna das doenças mentais (German, Berrios, José, 203)

Pelo contrário, Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), Psiquiatra, defendeu uma abordagem diferenciada para o estudo das perturbações psíquicas, argumentando que quadros clínicos semelhantes não necessariamente compartilhavam a mesma etiologia e que o curso e a evolução das doenças poderiam ser completamente distintos. Essa visão levou ao desenvolvimento do conceito de entidade-doença ou unidade nosológica, que implicava uma correlação direta entre sintomatologia, curso, etiologia e patologia cerebral subjacente, de forma a definir e distinguir as diferentes patologias psiquiátricas. Além disso, no seu livro “*Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*” de 1863, Kahlbaum expandiu significativamente a terminologia psiquiátrica ao criar termos, como catatonia e parafrenia, entre outros. Pelas suas contribuições nesse campo, ele é amplamente considerado o criador da psicopatologia descritiva e as suas contribuições forneceram um novo entendimento das perturbações mentais e estabeleceram uma base para a classificação e estudo sistemático dessas condições (Jansson, 2007).

Ewald Hecker (1843-1909), colaborador e discípulo de Kahlbaum, expandiu o campo da Psiquiatria ao desenvolver o conceito de hebefrenia em 1871. Inspirado pela *paraphrenia hebetica* de Kahlbaum, Hecker descreveu-a como uma forma de “*insanidade juvenil*”, derivando o termo de Hebe, a deusa grega da juventude. Esta condição caracterizava-se por um início na adolescência, manifestando-se com sentimentos de tristeza, opressão, delírios e alucinações, bem como comportamento bizarro e acessos de fúria (Casanova, 2002). O declínio mental era rápido e irreversível, afetando todas as funções mentais do indivíduo. A contribuição de Hecker com a hebefrenia ampliou a compreensão das perturbações psiquiátricas de início juvenil, lançando luz sobre uma condição anteriormente pouco compreendida e destacando a importância de considerações etiológicas e clínicas na diferenciação e classificação das doenças mentais (Pallha; Esteves, 1997).

2.4. Séc. XX, o nascimento da psiquiatria moderna

Emil Kraepelin (1856-1926) é reconhecido como o pioneiro na criação de uma definição abrangente e amplamente aceite da Esquizofrenia. A sua abordagem inovadora na pesquisa psiquiátrica envolveu o desenvolvimento de um sistema de registo detalhado da sintomatologia e evolução dos seus pacientes. Kraepelin reconheceu a importância da evidência empírica para fundamentar as suas classificações de doenças mentais, visando criar uma nosologia que servisse de base para prevenção, tratamento e prognóstico (Hoff, 2008). Inspirado pelo conceito de entidade-doença de Kahlbaum e enfatizando a dimensão longitudinal das condições mentais, Kraepelin procurou agrupar os sintomas em padrões comuns, ou síndromes clínicas. Evitou a dependência de sintomas patognomónicos, privilegiando o curso e a evolução da doença como critério diagnóstico fundamental.

A visão etiológica de Kraepelin era predominantemente biológica, com pouca consideração para fatores sociais, culturais ou psicológicos. Ele categorizou as perturbações mentais com base em fatores causais, um processo que foi

continuamente reformulado ao longo das suas publicações, à medida que novas evidências e entendimentos surgiam. O legado de Kraepelin na Psiquiatria é significativo não apenas pela sua contribuição para a compreensão da Esquizofrenia, mas também pela sua abordagem sistemática e científica na classificação e estudo das doenças mentais. O seu trabalho estabeleceu as bases para uma abordagem mais objetiva e baseada em evidências na prática psiquiátrica, influenciando gerações de pesquisadores e clínicos no campo da saúde mental.

Na 4ª edição do seu tratado (1986), Kraepelin definiu a *dementia praecox* como uma fraqueza mental subaguda, destruindo conexões internas da personalidade na juventude, abarcando uma variedade de manifestações clínicas, destacando apenas a deterioração da volição. Propôs para tal uma etiologia cerebral ligada a processos degenerativos desencadeados por autointoxicação metabólica, alterando o grupo para “doenças metabólicas demenciais”. Na 5ª edição, reconheceu um traço hereditário em 70% dos casos, inaugurando a compreensão da suscetibilidade genética (Decker, 2004).

2.5. Séc. XX

A dicotomia kraepeliniana encontrou resistência significativa da Escola de Wernicke-Kleist-Leonhard, cujos membros integraram abordagens psicológicas e neurológicas da mente humana. Karl Wernicke (1848-1905) uniu essas perspectivas, influenciando Kleist e Leonhard a desenvolver uma classificação complexa de psicoses que incorporava a sua compreensão do funcionamento cerebral. No entanto, apesar da relevância dessas contribuições, as suas ideias não foram amplamente adotadas nas classificações contemporâneas, e a Esquizofrenia permanece como um diagnóstico único (Decker, 2004).

2.6. A criação do termo “esquizofrenia”

Na sua obra “*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* (1911)”, Paul Eugen Bleuler (1857-1939) redefiniu a *dementia praecox* de Kraepelin como o “grupo de esquizofrenias”, fundamentando-se na observação de que o principal sintoma dos esquizofrênicos era a cisão vertical da função cognitiva, em vez da demência. Esse termo representou um avanço em relação à demência precoce de Kraepelin, pois ampliou a idade de início do quadro e reconheceu que nem todos os casos evoluíam necessariamente para demência. Bleuler observou que alguns pacientes apresentavam estabilização dos sintomas, remissão substancial ou até mesmo completa, embora o retorno ao funcionamento normal fosse improvável. Ao contrário de Kraepelin, concentrou-se principalmente nos sinais e sintomas em vez do curso da doença ou sua evolução. Para Bleuler, a demência em Esquizofrenia é uma consequência da desintegração dos processos associativos, não o sintoma principal como Kraepelin considerava. Diferentemente, incorporou a psicanálise, reconhecendo os quatro subtipos de esquizofrenia de Kraepelin e acrescentou um quinto, o latente, observando a estabilização e remissão de sintomas em alguns pacientes, embora o retorno ao funcionamento normal fosse improvável. Bleuler distinguia entre sintomas fundamentais, presentes em todos os momentos da doença, e sintomas acessórios, que ocorriam apenas em certos períodos e também podiam ser observados noutras perturbações mentais. Esta abordagem mais detalhada de Bleuler contribuiu para uma compreensão mais refinada das manifestações clínicas da Esquizofrenia, permitindo uma melhor diferenciação entre os diferentes subtipos e uma avaliação mais precisa do prognóstico e resposta ao tratamento (Ban, 2004).

Apesar de Bleuler ter proposto a Esquizofrenia como um conceito aperfeiçoado da *dementia praecox*, muitos autores consideravam as mesmas entidades clínicas distintas: as maiores diferenças residem no facto de as descrições kraepelinianas serem puramente empíricas, ao passo que as de Bleuler eram guiadas por uma teoria, na qual os sintomas fundamentais são a expressão de uma alteração cerebral subjacente e os acessórios representam uma reação da personalidade. Semelhantes ou diversos, os dois conceitos levaram a uma situação paradoxal: Kraepelin descreveu uma entidade clínica sem definir qualquer sintoma patognomónico; Bleuler, pelo contrário, preocupou-se em definir tais sintomas, porém não falava numa entidade clínica única, mas num “grupo das esquizofrenias” (Stotz-Ingenlath, 2000).

Dois anos depois da emergência do novo conceito Bleuleriano de “Esquizofrenia”, publicou a 8ª edição, marcada pela reformulação de alguns pormenores anteriores, admitindo a existência de alguns casos com remissão parcial e reconhecendo que o início não era obrigatoriamente precoce (Tandon, Nasrallah, Keshavan, 2009).

Rejeitada por Bleuler, a teoria da degeneração acabou por cair no esquecimento na primeira metade do século XX, em parte devido à Primeira Guerra Mundial quando se tornou claro que indivíduos sem predisposição genética podiam desenvolver doença mental (Stotz-Ingenlath, 2000). De forma a contornar alguma subjetividade dos

sintomas definidos por Bleuler, e assim refinar os critérios de diagnóstico, tornando a avaliação individual mais rigorosa e reduzindo os casos mistos ou intermédios, Kurt Schneider (1887-1967) estabelece em “Clinical Psychopathology” (1959) uma hierarquia de sintomas de acordo com a sua importância, para o diagnóstico de Esquizofrenia. Os sintomas de 1ª ordem, considerados como característicos e, assim, bastante sugestivos da doença, depois de excluídas causas orgânicas. Sendo que a ocorrência de pelo menos um destes sintomas seria suficiente para o diagnóstico. Schneider vislumbrava-os como consequência da perda de limites do eu, da fragmentação do eu, sendo estes patognomônicos de Esquizofrenia (Ortuno, 2000). Já os de segunda ordem teriam um peso menor no diagnóstico.

Klaus Conrad (1905-1961) foi pioneiro ao introduzir o conceito de ambiente prodrômico na Esquizofrenia, definindo cinco fases evolutivas: Trema, Apofania, Apocalipse, Consolidação e Residual (Casanova, Stevens, Brown, Royston, Bruton 2002).

2.7. Séc. XX, década de 60

No final do século XX, grandes avanços na neurociência, neuroimagem e tratamentos psicofarmacológicos e psicossociais da doença forneceram uma nova esperança de melhores resultados.

Após um esforço nos anos 50 para criar um consenso da definição da esquizofrenia de forma a existir uma uniformização da comunicação com um grau adequado de fiabilidade e referindo-se ao mesmo conjunto de perturbações, criaram-se dois manuais de classificação e diagnóstico de patologias, o CID-6 na Europa e o DSM-I nos EUA, refletindo diferentes abordagens. A prevalência da Esquizofrenia nos EUA era o dobro da Europa até o DSM-III restringir os critérios diagnósticos, reduzindo os diagnósticos pela metade em cinco anos (Andreasen, 2007).

Conclusão

O capítulo final da história do conceito de Esquizofrenia ainda não foi escrito e, apesar dos avanços significativos na compreensão da doença, ainda enfrentamos desafios consideráveis na identificação de alvos terapêuticos e no desenvolvimento de tratamentos mais eficazes. A falta de precisão nos endofenótipos clínicos da Esquizofrenia tem sido um obstáculo para o progresso nessa área. No entanto, as recentes inovações em métodos científicos, como a integração de abordagens genéticas, de neuroimagem e neurocognitivas, oferecem promessas empolgantes para o futuro. Essas técnicas têm o potencial de elucidar os mecanismos subjacentes da doença e facilitar o desenvolvimento de tratamentos mais direcionados e personalizados. À medida que avançamos em direção a uma compreensão mais abrangente da fisiopatologia da Esquizofrenia, estamos mais próximos de realizar descobertas que transformarão a vida daqueles que vivem com esta condição.

Referências

- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108-112.
- Ban, T. A. (2004). Neuropsychopharmacology and the genetics of schizophrenia: a history of the diagnosis of schizophrenia. *Program of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(5), 753-762.
- Berner, P. (2002). Conceptualization of vulnerability models for schizophrenia: historical aspects. *American Journal of Medical Genetics*, 114(8):938-942.
- Casanova, M. F., Stevens, J. R., Brown, R., Royston, C., & Bruton, C. (2002). Disentangling the pathology of schizophrenia and paraphrenia. *Acta Neuropathologica*, 103(4), 313-320.
- Decker, H. S. (2004). The psychiatric works of Emil Kraepelin: a many-faceted story of modern medicine. *Journal of History and Neuroscience*, 13(3), 248-276.
- Ebers, G. (2019). The Egyptian Ebers Papyrus: A Medical Document of the Time of the Pharaohs. *Translated by Cyril P. Bryan*, Dover Publications.
- German, E., Berrios, R. L., & José, M. V. (2003). Schizophrenia: A Conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Theory*, 3(2), 111-140.
- Higgins, E.S., & Kose, S. (2007). Absence of schizophrenia in a 15th-century Islamic medical textbook. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1120-1027.
- Hoff, P. (2008). Kraepelin and degeneration theory. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(2), 12-7.

- Jansson, L. B., & Parnas J. (2007). Competing definitions of schizophrenia: Polydiagnostic studies? *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1178-1200.
- Kaplan, R. M. (2008). Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australian Psychiatry*, 16(5), 305-311.
- Ortuno, F., & Bonelli, R. M. (2000). Relevance of Schneider's first-rank symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 177, 85.
- Palha, A.P., & Esteves, M. F. (1997). The origin of dementia praecox. *Schizophrenia Resistent*, 19;28(2-3):99-103.
- Pereira, M. E. C.(2008). Morel and the question of degeneration. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 11(3), 490-496.
- Schoenholtz, J. C. (2005). Origin of the term "schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 162(7):1393.
- Stotz-Ingenlath, G. (2000). Epistemological aspects of Eugen Bleuler's conception of schizophrenia in 1911. *Medicine Health Care Philosophy*, 3(2), 153-159.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. *Clinical features and conceptualization Schizophrenia*, 110(1-3), 1-23.

Da demência precoce à esquizofrenia: a evolução histórica da terminologia

Daniela Moura Jeremias

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

E-mail: djeremias@ulslo.min-saude.pt

Resumo

Em 1801, Philippe Pinel utilizou o termo “demencé para caracterizar a deterioração mental de doentes crónicos hospitalizados da época. Em 1852, Bénédict Morel sugeriu o termo “démence précoce” para descrever doentes jovens com “demência prematura”.

Em 1893, Emil Kraepelin usou pela primeira vez a designação “dementia praecox” nas suas descrições com o objetivo de enfatizar as alterações cognitivas (dementia) e a idade de início precoce (praecox) desta doença. Contudo, foi por volta de 1908 que Eugen Bleuler nos trouxe o termo utilizado até aos dias de hoje, a “esquizofrenia”.

Embora existam descrições de sintomas típicos de doentes com esquizofrenia ao longo de toda história, foi apenas no século XIX que esta patologia ganhou destaque na comunidade médica. Ainda nos dias de hoje é descrita como uma síndrome heterogênea, cuja nosologia subjacente continua a ser alvo de debate e controvérsia.

Palavras-chave: *dementia praecox*, *démence précoce*, esquizofrenia, nosologia

Abstract

In 1801, Philippe Pinel used the term “demencé” to characterize the mental deterioration of chronically ill hospitalized patients of the time. In 1852, Bénédict Morel suggested the term “démence précoce” to describe young patients with “premature dementia”.

In 1893, Emil Kraepelin first used the term “dementia praecox” in his descriptions in order to emphasize the cognitive changes (dementia) and the early age of onset (praecox) of this disease. However, it was around 1908 that Eugen Bleuler brought us the term used to this day, “schizophrenia”.

Although there have been descriptions of symptoms typical of patients with schizophrenia throughout history, it was only in the 19th century that this pathology gained prominence in the medical community. Even today it is described as a heterogeneous syndrome whose underlying nosology continues to be the subject of debate and controversy.

Keywords: *dementia praecox*, early dementia, schizophrenia, nosology

Introdução

Desde a Antiguidade que têm sido feitas várias tentativas de rotular as manifestações mentais consideradas atípicas em sintomas psiquiátricos, agrupando-os em entidades nosológicas. A hoje intitulada esquizofrenia é uma patologia desde há muito conhecida. Descrições dos sintomas hoje observados em doentes com esquizofrenia podem ser encontradas ao longo de toda a história. Aliás, não apenas a esquizofrenia, mas toda a psicopatologia das perturbações do espectro da esquizofrenia. Já na Grécia Antiga, médicos descreviam aquilo que hoje se subentende como possíveis delírios de grandeza e de paranoia, bem como a deterioração das funções cognitivas e da personalidade dos doentes. Contudo, sabe-se que foi apenas no século XIX que a hoje denominada de esquizofrenia surgiu como patologia médica merecedora de investigação etiológica e de tratamento. Nesta revisão objetiva-se a avaliação da evolução histórica da esquizofrenia, desde as primeiras descrições, à sua inclusão como uma perturbação psiquiátrica e atual terminologia.

Perspetiva histórica – as primeiras descrições

Na segunda metade do século XIX a psiquiatria francesa representava um lugar de destaque mundial. Em 1656, surgiram 2 hospitais psiquiátricos em Paris por ordem de Luís XIV, para onde eram encaminhados todos aqueles que apresentassem uma perturbação do comportamento social, qualquer que fosse a sua natureza. Duas das mais importantes figuras da psiquiatria francesa, quer clínica quer institucional, foram Philippe Pinel e Jean-Etienne

Esquirol para a fundação da psiquiatria francesa. Consideravam que a psiquiatria deveria ser descritiva e nosológica, preocupando-se também com aspectos médico-legais e administrativos, considerando-a uma especialidade médica.

No primeiro trabalho, “*Etudes Cliniques sur les Maladies Mentales*”, Morel descreveu um grupo de doentes como “alienados e jovens” e que após lhes ter feito o exame objetivo ficou com a impressão de que o “idiotismo e a demência” fariam parte da evolução de uma patologia. Foi Morel que utilizou pela primeira vez a expressão “demência precoce” no sentido descritivo.

Até ao fim do século XIX, a supremacia da psiquiatria foi inegavelmente representada pela escola psiquiátrica francesa. Devido a vários fatores de ordem política e histórica, deu-se uma inversão na transição do século XIX para o XX, passando a Alemanha a liderar o panorama mundial da psiquiatria. Duas das mais importantes figuras da psiquiatria e neurologia que estudaram a esquizofrenia foram Emil Kraepelin (1856-1926) e Eugen Bleuler (1857-1939). Contudo, como supracitado, Benedict Morel (1809-1873) já teria recorrido ao termo “*démence précoce*” para descrever doentes deteriorados cuja história natural da doença se iniciava na adolescência.

Em 1883 Emil Kraepelin publicou a sua primeira publicação nosológica, o “*Compendium*”. Objetivava a descrição clínica do padrão e evolução dos sintomas e das perturbações mentais, que foi re-editando ao longo de várias edições. Em 1896, na quinta edição do seu tratado conceptualizou a entidade como doença psiquiátrica com base na causalidade, sintomas, evolução e prognóstico. Dedicou, inclusive, um capítulo exclusivo à intitulada de “*Dementia Praecox*”. Kraepelin traduziu a “*Démence Précoce*” de Morel para “*Dementia Praecox*”, um termo que enfatizava a alteração na cognição (dementia) e o início precoce (praecox) da patologia.

Os doentes apresentavam um curso deteriorante de cariz crónico e sintomas (hoje classificados como positivos) como alucinações e delírios. Kraepelin diferenciou esses doentes daqueles que sofriam de episódios distintos, nos quais a agudização da doença alternava com períodos de funcionamento normal. Estes classificou-os como sofrendo de uma “psicose maníaco-depressiva”. Em suma, tanto no campo das psicoses agudas como crónicas, Kraepelin desenvolveu uma nova nosologia na compreensão destes fenómenos, aplicando o método de observação longitudinal das entidades mórbidas a três tipos clínicos distintos, previamente delimitados e aceites: a catatonia de Kahlbaum; a hebefrenia de Hecker e uma forma psicótica delirante, intitulada por ele como paranoide. De forma descritiva, tentou mostrar ao longo das várias edições do seu tratado que são diferentes formas clínicas de uma mesma entidade clínica: a demência precoce.

Em 1911 Eugen Bleuler publicou uma obra com o título *Dementia praecox* ou Grupo das Esquizofrenias. Bleuler criou o termo “esquizofrenia”, que substituiu a “*Dementia Praecox*” na literatura. A palavra “esquizofrenia” deriva do grego (skhizo que significa dividir, separar; e phren que significa espírito, mente) e foi especificamente escolhida para expressar a presença de “cisões” (schisms) entre pensamento, emoção e comportamento. Bleuler enfatizou que, ao contrário do conceito de Kraepelin, o curso da doença poderia não ser necessariamente deteriorante. Os famosos quatro “A’s de Bleuler” identificavam sintomas primários e específicos da esquizofrenia. Esses sintomas incluíam distúrbios associativos do pensamento, em particular o afrouxamento associativo, distúrbios afetivos, autismo e ambivalência. Tais foram até hoje resumidos como os “quatro A’s de Bleuler”: associação, afeto, autismo e ambivalência. Bleuler também identificou sintomas secundários, que compreendiam os sintomas que Kraepelin considerava os principais indicadores de “*dementia praecox*”: alucinações e delírios. Esta obra consagrou definitivamente o novo termo “esquizofrenia” em substituição do termo “demência precoce” de Emil Kraepelin. Para Bleuler, as esquizofrenias eram um grupo nosológico de doenças que se manifestavam por uma cisão (“*spaltung*”) das funções psíquicas, com um fenótipo e evolução clínica semelhantes. O estado residual de alguns doentes era apenas uma das possíveis evoluções da esquizofrenia.

Já Meyer, o criador da psicobiologia, fazia uma leitura da esquizofrenia como uma reação aos fatores stressantes da vida. Interpretava-a como uma reação desadaptativa, mas compreensível dentro das experiências de vida do doente. A visão de Meyer era representada na nomenclatura da década de 1950, como uma “reação esquizofrénica”, algo já abandonado nos dias de hoje.

Ernst Kretschmer foi um investigador e reconhecido clínico da psiquiatria e da psicologia alemãs do século XX. São de grande valor as suas descrições psicopatológicas em relação à paranoia, nomeadamente a sua descrição do delírio sensitivo de autorreferência. Entre os delírios paranoides, Kretschmer propôs o hoje denominado de “delírio sensitivo de autorreferência”. Defendia que a paranoia não deveria ser considerada como uma doença, mas como uma reação psicogénica que ocorria em indivíduos com personalidades particularmente sensíveis. Tais delírios de autorreferência poderiam surgir como uma reação psicológica que poderia ser compreensível à luz de um evento precipitante. Quanto às suas causas, embora continuasse a defender a existência de uma base biológica para as psicoses, considerou que os determinantes para o delírio são formados pela combinação de três elementos: carácter

“sensitivo”, experiência e ambiente social. Kretschmer compilou dados para comprovar a ideia de que a esquizofrenia seria mais prevalente em indivíduos com um tipo corporal longilíneo, atlético ou displásico em comparação com o tipo corporal brevilíneo, as quais teriam maior probabilidade de sofrer de doença bipolar. Suas observações ainda hoje não são inconsistentes com uma primeira impressão superficial dos tipos corporais de doentes com esquizofrenia.

Kurt Schneider ainda hoje é um dos nomes mais relevantes no que diz respeito ao desenvolvimento da psicopatologia descritiva e do crescimento da nosologia psiquiátrica. Schneider contribuiu para a descrição dos sintomas de primeira ordem, os quais enfatizava que não eram específicos da esquizofrenia e não deveriam ser aplicados rigidamente, mas que seriam úteis para fazer o diagnóstico. Afirmava que, em doentes que não apresentavam tais sintomas, a perturbação poderia ser diagnosticada apenas com base nos sintomas de segunda ordem e de uma clínica típica. Os seus colegas médicos na época muitas vezes ignoravam as suas opiniões ou até viam a ausência de sintomas de primeira ordem numa única entrevista como evidência de que o doente não teria esquizofrenia, o que nos dias de hoje se assume não estar correto. Os sintomas de primeira ordem de Schneider são um conjunto de sintomas definidos pelo próprio com o objetivo de distinguir a esquizofrenia da ciclotimia e das outras psicoses. Estes sintomas tiveram a sua relevância para que se chegasse a um consenso internacional sobre o diagnóstico da esquizofrenia no século XX. Schneider afirmava que a presença de um ou mais destes sintomas seriam altamente indicadores de esquizofrenia:

- A sonorização do próprio pensamento (eco do pensamento);
- A audição de vozes dialogantes (alucinações acústico-verbais sob a forma de diálogo);
- Audição de vozes que comentam os próprios atos (alucinações acústico-verbais sob a forma de comentários);
- Vivências de influência sobre o corpo, sentimentos, impulso ou volição (alienação da atividade motora e dos sentimentos ou fenómenos de passividade);
- Roubo, influência, difusão do pensamento (hoje incluídos na alienação do pensamento ainda com estes termos);
- Percepção delirante.

Embora Carl Schneider seja uma figura relevante na história da psicopatologia descritiva da esquizofrenia, entre a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, existem poucos dados biográficos relativos a Carl Schneider. Com o fim do regime Nazi, o nome de Carl Schneider foi eliminado da literatura psiquiátrica alemã, reaparecendo novamente em 1978 através do lançamento do livro de Werner Janzarik que abordava os 100 anos de psiquiatria em Heidelberg. Apesar de controverso, dadas as suas associações ao regime nazi da época, o seu contributo para o conhecimento da psicopatologia manteve-se até aos dias de hoje. Na monografia *Psychologie der Schizophrenie*, Carl Schneider descreve cinco tipos de alterações formais do pensamento, ainda hoje essenciais na descrição do exame do estado mental: o descarrilamento; a substituição, a fusão, a omissão e a desagregação. Sugere ainda três componentes do pensamento de um indivíduo saudável – a constância, a organização e a continuidade que, ao estarem alteradas no pensamento de um doente com esquizofrenia, correspondem respetivamente ao pensamento transitório, ao pensamento desagregado e ao pensamento saltatório.

Também o trabalho de Klaus Conrad, sobretudo acerca da origem e do desenvolvimento das experiências psicóticas são, para a sua época, altamente inovadores relevantes nos dias de hoje. A questão que Conrad se propôs a resolver foram as fases que poderiam indicar o início de uma verdadeira esquizofrenia. Conrad descreveu as etapas que a maior parte dos doentes com esquizofrenia atravessava e nomeou-as com palavras latinas cuja semântica expressava aquilo que a fenomenologia refletia e a psicopatologia explicitava: o trema (do latim – abalar, estremecer), a apofania (do grego *apóphansis* – declaração, afirmação, revelação); o apocalipse (do latim *apocalypsis* – caos). Essas etapas iam desde o início da formação delirante até ao seu desenvolvimento completo ou incompleto. A psiquiatria moderna reconhece a sua importância para um diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível, sobretudo num primeiro episódio psicótico. Os conceitos de Conrad sobre a psicopatologia das fases iniciais da esquizofrenia são ainda hoje válidos e utilizados pelos psiquiatras para a identificação precoce desta doença.

Os psiquiatras britânicos também estiveram e estão envolvidos em investigação inovadora sobre a esquizofrenia, contribuindo para a compreensão das suas causas, sintomas e opções de tratamento. John Conolly defendeu o tratamento humano dos doentes psiquiátricos no século XIX, e Sir Robin Murray foi um distinto psiquiatra britânico conhecido pelas suas contribuições na investigação da esquizofrenia. Investigou a neurobiologia, a genética e influências ambientais da doença. Defendia a intervenção precoce bem com novas abordagens terapêuticas para os casos resistentes ao tratamento.

Apesar da sua área de investigação inicial ter sido a psicofarmacologia, também Tim Crow ficou famoso pelos seus estudos na etiologia e patogenia das psicoses. Publicou inclusive em 1976 um artigo na revista *Lancet* que se tornou numa referência no estudo da esquizofrenia. Nesse estudo, Tim Crow e os seus colegas mostraram, com recurso às

primeiras imagens de tomografia computadorizada, o aumento de dimensão dos ventrículos cerebrais em doentes com esquizofrenia em comparação com o grupo controlo. Foi o primeiro achado a nível de neuroimagem desta patologia. Representou a saída da esquizofrenia das doenças ditas funcionais e o início do estudo da esquizofrenia com recurso a técnicas de imagem, estudos de genética médica, entre outros. Contudo, foi em 1980 a sua maior contribuição para o estudo da esquizofrenia quando sugere a existência de duas síndromes distintas em doentes com esquizofrenia, cada uma associada a um processo patológico específico. A “síndrome tipo I”, equivalente à esquizofrenia agudizada, que era caracterizada por sintomas positivos, com delírios, alucinações e alterações formais do pensamento, que estariam de alguma forma associados a alterações na transmissão dopaminérgica. A “síndrome tipo II”, equivalente aos estados deficitários, já era caracterizada por sintomas negativos, como embotamento afetivo e alogia. Estes últimos não estariam associados a alterações dopaminérgicas, mas estariam possivelmente relacionados com alterações cognitivas e alterações estruturais cerebrais. Sugeriu ainda também que os doentes com esquizofrenia do tipo I responderiam melhor ao tratamento e consequentemente, o seu prognóstico seria melhor que o dos doentes com esquizofrenia tipo II.

Embora existam novas classificações nosológicas, esta simples classificação em tipo I e II permitiram na época auxiliar os clínicos a prever uma resposta terapêutica e um prognóstico.

Com o crescente desenvolvimento das neurociências, da psiquiatria e da psicologia, sabe-se que tanto a esquizofrenia, como outras perturbações psicóticas têm uma etiologia complexa e multifatorial. Existem aspetos biológicos, psicológicos e sociais de complexa interligação e, ainda estaremos longe de uma explicação simplista ou única para este desafiante grupo de doenças. Hoje em dia, clinicamente, temos em consideração as seguintes características clínicas para o diagnóstico de esquizofrenia, muitas das quais similares às já previamente descritas pelos clínicos supracitados:

Sintomatologia positiva: delírios e alucinações (se parte da 1ª ordem de Schneider dão maior segurança diagnóstica e ajudam a distinguir outras perturbações psicóticas)

1. Sintomatologia negativa: refletem perda da funcionalidade; 4 “A’s” de Bleuler:
2. Alogia (diminuição do discurso espontâneo)
3. Embotamento afetivo (perda de expressão emocional)
4. Anedonia (perda do prazer)
6. Ambivalência
6. Desorganização comportamental: formal thought disorder (anomalias do curso e sequência dos pensamentos); afetos inapropriados e comportamento bizarro.
7. Sintomatologia cognitiva

Conclusões ou considerações finais

A evolução histórica da terminologia da esquizofrenia permite-nos refletir sobre as condicionantes que atrasaram a identificação da mesma como uma patologia. Em primeiro lugar, temos a maleabilidade da conceptualização de uma determinada perturbação psiquiátrica devido às convicções dos profissionais da época sobre a natureza da mesma. Não pode igualmente ser ignorado o preconceito e ignorância face à componente biológica da esquizofrenia no passado. Contudo, ainda hoje o termo “esquizofrenia” continua a ser algo controverso dado potencial efeito estigmatizante e falta de especificidade, uma vez que engloba uma vasta gama de sintomas e apresentações clínicas.

Fontes e bibliografia final

- [1] Correia, D. T. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. Lidel.
- [2] Correia, D. T. (2018). “Psiquiatras e psiquiatria na história – A propósito do livro *As raízes dos sintomas e da perturbação mental*” – A resposta. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 1(3), 34-36. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2018.v1.i3.84>
- [3] Kaplan & Sadock's (2014). *Synopsis of Psychiatric – Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Eleventh ed. Wolters Kluwer.
- [4] Harrison, P., Cowen, P., Burns, & Mina Fazel, T. (2018). *Oxford Textbook of Psychiatry*. University Press.
- [5] Geddes, J. R., Andreasen, N. C. & Goodwin, G. M. (2020). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 3rd edition, Oxford.
- [6] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition, DSM-5, American Psychiatric Association.

- [7] Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2018). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel.
- [8] Townsend, L., & De Giorgi, R. (2019). The tail wagging the dog: Thediagnostic accuracy of first rank symptoms: Commentary on cochrane corner. *Bjpsych advances*, 25(6), 337-341. Doi:10.1192/bja.2019.51
- [9] Dollfuss, S., & Lyne, J. (2017). Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 186, 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.024>
- [10] Tueth, M. J. (1995). Schizophrenia: Emil Kraepelin, Adolph Meyer, and beyond. *The Journal of emergency medicine*, 13(6), 805-809. [https://doi.org/10.1016/0736-4679\(95\)02022-5](https://doi.org/10.1016/0736-4679(95)02022-5)
- [11] Tomlinson, W. K. (1990). Schizophrenia, the history of an illness. *Psychiatric medicine*, 8(1), 1-19.
- [12] Kendler, K. S. (2021). Kraepelin's Final Views on Dementia Praecox. *Schizophrenia Bulletin*, 47(3), 635-643. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa177>
- [13] Maatz, A., & Hoff, P. (2014). The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *History of psychiatry*, 25(4), 431-440. <https://doi.org/10.1177/0957154X14546606>
- [14] Insel, T. R. (2010). Rethinkingschizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193. <https://doi.org/10.1038/nature09552>

Evolução conceptual de demência: uma perspetiva histórica

Miguel Pão Trigo, Joana Cavaco Rodrigues, Bruno Afonso da Luz

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve

E-mails: mtrigo@chalgarve.min-saude.pt, jfrodrigues@chalgarve.min-saude.pt, bluz@chalgarve.min-saude.pt

Resumo

A palavra demência deriva do latim *demens*, que significa “estar fora de si”. O primeiro registo desta palavra data de cerca de 600 A.C., por Saint Isidore (560-636 A.D.), arcebispo de Sevilha, que usou o termo no seu livro “Etimologias”. O termo demência começou a ser mencionado pela comunidade médica no século XVIII. Já no século XIX, os doentes com demência eram avaliados por médicos de especialistas chamados “alienistas”, e a demência senil passou a ser considerada uma doença médica.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre a alteração do conceito de demência ao longo da História, e de que forma essa evolução afetou os doentes e a comunidade médica, ao longo dos anos.

Palavras-chave: demência, conceito, história da psiquiatria

Abstract

The word dementia derives from the Latin word *demens*, which means ‘being out of one’s mind.’ The first record of this word dates back to around 600 B.C., by Saint Isidore (560-636 A.D.), Archbishop of Seville, who used the term in his book ‘Etymologies.’ The term dementia began to be mentioned by the medical community in the 18th century. By the 19th century, patients with dementia were evaluated by specialist doctors called ‘alienists,’ and senile dementia came to be considered a medical condition.

The aim of this work is to conduct a literature review on the changing concept of dementia throughout history, and how this evolution has affected patients and the medical community over the years.

Keywords: dementia, concept, History of Psychiatry

Introdução

Desde os primeiros registos documentados na antiguidade até às atuais abordagens médicas e sociais, a evolução conceptual da demência reflete não apenas os avanços na compreensão científica, mas também as mudanças nas atitudes sociais e na prática clínica. Neste artigo, pretendemos explorar essa evolução conceptual, desde os primórdios da medicina até aos desenvolvimentos mais recentes na psiquiatria. Ao analisarmos como o conceito de demência foi moldado ao longo do tempo, esperamos não só compreender melhor a natureza desta condição, mas também destacar a importância de uma abordagem histórica na compreensão e no tratamento das doenças mentais. Ao refletir sobre os marcos históricos e os debates conceptuais que marcaram esta trajetória, os autores pretendem contribuir para uma compreensão mais abrangente e contextualizada desta condição tão complexa e impactante.

Origem da palavra

A palavra demência deriva do latim *demens*, que significa “estar fora de si”. O primeiro registo desta palavra data de cerca de 600 A.C., por Saint Isidore (560-636 A.D.), arcebispo de Sevilha, que usou o termo no seu livro “Etimologias”.

Evolução conceptual ao longo da História

O conceito de demência evoluiu ao longo dos últimos 2500 anos, desde a ideia de défice cognitivo inevitável associado ao envelhecimento, até ao conhecimento contemporâneo. Registos da época do Império Greco-Romano citam o declínio mental como consequência natural do envelhecimento. Já Pitágoras definia a última etapa da vida como “*old age*”, um período caracterizado pelo declínio do corpo e regressão das capacidades mentais onde “*o sistema retornava à imbecilidade da primeira infância*”. Hipócrates também considerava inevitável o declínio mental associado ao envelhecimento, justificando-o pelo desequilíbrio dos fluidos corporais. Aristóteles

compartilhava dessa opinião, defendendo que os idosos não deveriam ser nomeados para cargos governamentais superiores. Assim, o declínio cognitivo relacionado à idade é reconhecido de longa data, sendo visto como inevitável e, o próprio envelhecimento, apontado como um processo patológico.

No século XVII, Thomas Willis, médico pessoal do rei Charles II, elaborou uma classificação das demências, identificando causas como trauma craniano, fatores congénitos, abuso de álcool e drogas, epilepsia prolongada e idade avançada. Em 1776, William Cullen reorganizou as doenças em quatro classes e, dentro do grupo das neuroses, reconheceu pela primeira vez a demência senil como entidade patológica, definindo-a como “decadência da percepção e da memória na idade avançada”.

Durante o século XIX, houve avanços significativos no entendimento da demência. Em 1838, Jean Etienne Esquirol publicou “*Des Maladies Mentales*”, descrevendo características de novos subtipos de alterações mentais e citando possíveis causas de demência. Mais tarde, em 1894, Otto Binswanger descreveu um tipo de demência causada por extensa arteriosclerose da substância branca cerebral.

A descoberta das placas amilóides cerebrais marcou um momento crucial na história da demência. Em 1892, Gheorge Marinescu, Paul Blocq e Victor Babes encontraram essas placas no cérebro de um paciente epilético. Posteriormente, em 1898, essas placas foram observadas em dois casos de demência senil.

Um dos marcos mais importantes foi a observação de Alois Alzheimer em 1901, quando examinou pela primeira vez a paciente Auguste D, uma mulher de 51 anos que apresentava amnésia progressiva, afasia, alexia e agrafia, além de desorientação, agitação e alucinações auditivas. Em 1906, Alzheimer descreveu o caso desta paciente numa conferência internacional, achados que em 1907 integraram a sua publicação “About a peculiar disease of the cerebral cortex”. O termo “Doença de Alzheimer” foi citado pela primeira vez em 1910 por Emil Kraepelin no seu *Textbook of Psychiatry*.

Este período histórico testemunhou uma mudança fundamental na compreensão e abordagem da demência. Antes vista como uma consequência inevitável do envelhecimento ou uma manifestação puramente comportamental, a demência começou a ser reconhecida como uma condição médica específica, com causas e sintomas distintos. O trabalho de médicos como Thomas Willis, William Cullen, Jean Etienne Esquirol, Otto Binswanger, Alois Alzheimer e outros contribuiu significativamente para essa transformação.

Século XVIII na Comunidade Médica

Durante o século XVIII, a sociedade estava a passar por mudanças significativas em diversas áreas, incluindo medicina e filosofia. Observou-se uma mudança marcante na linguagem médica, com a incorporação do termo “*demência*” pela comunidade médica. O termo “demência” foi gradualmente incorporado à linguagem médica, o que representou uma tentativa de descrever e classificar manifestações clínicas associadas a declínios cognitivos e comportamentais.

Século XIX e os Alienistas

O século XIX foi marcante na construção do conceito de demência tal como o entendemos hoje. Assim como outros síndromes, grande parte da história do conceito de demência advém da **tentativa de separá-lo de outras condições nosológicas**, conferindo-lhe uma **identidade única**.

Os elementos fundamentais para o surgimento do conceito moderno de demência foram:

- a) correlação do síndrome observado com lesões orgânico-cerebrais
- b) compreensão da irreversibilidade da evolução da demência
- c) a sua relação com o envelhecimento humano
- d) a escolha da disfunção cognitiva como marcador clínico do conceito de demência.

No século XIX, uma fase crucial na evolução do entendimento da demência, destaca-se a contribuição dos **alienistas**. Estes **médicos especializados** desempenharam um papel significativo na avaliação e compreensão das condições relacionadas à demência nesse período.

Os *Alienistas* eram médicos especializados em questões de saúde mental, responsáveis por avaliar e tratar pacientes com distúrbios neuropsiquiátricos, incluindo demência. Realizavam avaliações clínicas detalhadas para entender os sintomas, comportamentos e possíveis causas subjacentes associadas à condição. O trabalho desses profissionais foi

essencial para a transição da demência de uma visão apenas comportamental para uma compreensão mais clínica e médica da condição.

Demência senil como doença médica

Durante o século XIX, assistimos também a um marco importante na evolução conceitual da demência com o **reconhecimento explícito da demência senil como uma condição médica**. Este período foi crucial para a **mudança na percepção da demência**, de uma perspectiva predominantemente comportamental para uma compreensão mais centrada na medicina. A demência senil deixou de ser considerada apenas como manifestação do envelhecimento normal, sendo reconhecida como uma condição médica específica. A medicina do século XIX passou a adotar uma abordagem mais estruturada e clínica na avaliação de pacientes idosos, diferenciando as manifestações normais do envelhecimento daquelas associadas à demência senil. O reconhecimento da demência senil como uma doença médica teve implicações significativas na prática médica, influenciando diagnósticos, tratamentos e pesquisas subsequentes.

Conclusões

Ao longo da história, o conceito de demência sofreu uma profunda reformulação que deixou um impacto duradouro na prática médica e na sociedade em geral. A avaliação por “alienistas” no século XIX desempenhou um papel fundamental na compreensão inicial da demência, influenciando diretamente a abordagem médica e social desta condição. No entanto, a evolução conceptual ao longo dos anos transformou radicalmente a forma como a demência é compreendida e tratada.

Atualmente, a demência é reconhecida como uma entidade bem definida, com causas diversas para além da Doença de Alzheimer. Essa evolução conceptual não só ampliou o conhecimento sobre a condição, mas também influenciou o desenvolvimento de terapias e tratamentos mais eficazes para os doentes. Além disso, contribuiu significativamente para a desestigmatização da demência, promovendo uma compreensão mais compassiva e holística dos doentes.

Essa mudança de paradigma também impulsionou intervenções direcionadas para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, considerando não apenas os aspetos físicos, mas também os emocionais e sociais. Portanto, é evidente que a evolução conceptual da demência teve um impacto profundamente positivo na prática clínica e na experiência dos doentes, promovendo abordagens mais humanizadas e centradas no doente.

Referências bibliográficas

- Albou, P. (2005). L'évolution du concept de démence [Evolution of the concept of dementia]. *Rev Prat.* 55(17), 1965-1969.
- Berchtold, N. C., & Cotman, C. W. (1998). Evolution in the conceptualization of dementia and Alzheimer's disease: Greco-Roman period to the 1960s. *Neurobiol Aging.* 19(3), 173-189. doi:10.1016/s0197-4580(98)00052-9
- Caixeta, L., Costa J. N., Vilela, A. C. & Nóbrega, M. (2014). The development of the dementia concept in 19th century. *Arq Neuropsiquiatr.* 72(7), 564-567. doi:10.1590/0004-282x20140069
- Peng, F. C. (2003). Is dementia a disease?. *Gerontology.* 49(6): 384-391. doi:10.1159/000073767
- Vatanabe, I. P., Manzine, P. R., & Cominetti, M. R. (2020). Historic concepts of dementia and Alzheimer's disease: From ancient times to the present. *Rev Neurol (Paris).* 176(3), 140-147. doi:10.1016/j.neurol.2019.03.00
- Zeilig, H. (2014). Dementia as a cultural metaphor. *Gerontologist.* 54(2), 258-267. doi:10.1093/geront/gns203

Da histeria à anorexia nervosa: a mesma doença em diferentes momentos da história

Sónia Pereira, João Pais

Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

E-mails: 74416@chts.min-saude.pt; 70976@chts.min-saude.pt

Resumo

Até ao século XIX a Anorexia nervosa (AN), era frequentemente englobada no vasto leque da histeria. A sua individualização, começa com Gull em 1868 ao designar de “Apepsia Hysterica” estados de emaciação grave causados por falta de apetite de origem psicogénica. Quase simultaneamente, Laségue denomina de “Anorexie Hystérique” quadros de emaciação resultantes da evicção alimentar, levando Gull a reformular o termo para AN.

Em 1889 Charcot identifica a motivação central deste quadro (“l’idée fixe d’obésité”) ou receio mórbido de engordar, enquanto Janet acreditava que a motivação principal era o desejo de retardar a maturidade sexual.

A partir de 1914, ocorre uma mudança marcante na compreensão da anorexia nervosa, que passa a ser vista como uma doença puramente orgânica, voltando a ser restabelecido o conceito clássico de AN apenas a partir da segunda metade do século XX.

A evolução da terminologia da AN, sublinha o impacto do contexto sociocultural na compreensão e classificação das doenças psiquiátricas.

Palavras-chave: histeria, apepsia hysterica, anorexie hystérique, anorexia nervosa

Abstract

Until the 19th century, the Anorexia nervosa was often included in the wide range of hysteria. Its individualization begins with Gull in 1868 when he names “Apepsia Hysterica” states of severe emaciation caused by a lack of appetite of psychogenic origin.

Almost simultaneously, Laségue calls “Anorexie Hystérique” cases of emaciation resulting from food avoidance, leading Gull to reformulate the term to AN.

In 1889 Charcot identified the central motivation of this condition (“l’idée fixe d’obésité”) or morbid fear of gaining weight, while Janet believed the main motivation was the desire to delay sexual maturity.

From 1914, the understanding of anorexia nervosa changes markedly, starting to be seen as a purely organic disease, and the classic concept of AN is only reestablished in the second half of the 20th century.

The evolution of AN terminology highlights the impact of the sociocultural context on the understanding and classification of psychiatric disorders.

Keywords: hysteria, apepsia hysterica, anorexie hystérique, anorexia nervosa

Introdução

Ao longo da história da psicopatologia, diversos termos foram sendo progressivamente introduzidos para identificar diferentes sintomas e síndromes clínicas. Até aos dias de hoje, muitos destes termos desapareceram, outros resistiram à passagem inexorável do tempo. Dos que se mantiveram, alguns guardaram o seu significado original, enquanto outros se foram afastando do mesmo.

Um exemplo disso, diz respeito à anorexia nervosa, uma perturbação do comportamento alimentar identificada há vários séculos, cuja apresentação se tem mantido relativamente estável, contrastando com a evolução da sua nosologia e compreensão médica ao longo da história.

Deste modo, pretendemos avaliar a evolução histórica da terminologia da anorexia nervosa, desde as suas primeiras descrições até à conceptualização nos atuais sistemas classificativos usados em Psiquiatria, almejando exemplificar a forma como o contexto sociocultural pode impactar profundamente a compreensão e a classificação das doenças mentais.

Evolução da psicopatologia descritiva e nosologia psiquiátrica ao longo da história

Desde a Antiguidade que o Homem tem tentado descrever e classificar as manifestações e síndromes psicopatológicas, existindo referências à nosologia das perturbações mentais desde a escola grega, com Hipócrates e Areteu da Capadócia (Correia, 2015).

A este respeito, importa analisar a origem etimológica do termo nosologia no grego *nóson* – doença, *logia* – estudo, correspondendo à ciência que se dedica à descrição, explicação e classificação das doenças.

Apesar de todos os desenvolvimentos referentes à nosologia psiquiátrica, que tiveram lugar ao longo da Antiguidade Clássica, na Idade Média, com o obscurantismo religioso e místico, o interesse por esta área diminuiu drasticamente, sendo resgatado apenas já no século das luzes, com a explosão do racionalismo e do empirismo, sobretudo à custa da escola dos alienistas franceses, que mais tarde contou com o contributo da escola alemã (Correia, 2015).

Desde então, as propostas classificativas foram múltiplas, o que nos permite concluir que estas classificações são eminentemente provisórias, adaptadas ao conhecimento alcançado até ao momento e refletem a conjuntura social, política e a visão epistemológica e ontológica de determinada época da história (Correia, 2015).

Deste modo, torna-se mais fácil compreender a razão de muitas das síndromes psiquiátricas que integram os atuais sistemas classificativos de doenças psiquiátricas, nomeadamente o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition (DSM-5)* e o *The International Classification of Diseases – 11th Edition (ICD-11)*, terem sido compreendidas e classificadas de forma distinta em diferentes momentos da história, sendo a anorexia nervosa, um exemplo desta evolução nosológica ((APA, 2013; WHO, 2019; Dell’Osso et al., 2016).

Conceptualização atual da Anorexia Nervosa

Atualmente, o conceito nosológico de anorexia nervosa é utilizado para descrever uma perturbação do comportamento alimentar caracterizada por um receio mórbido de engordar e/ou uma distorção do peso/imagem corporal, que motiva a restrição dietética severa, associada ou não, à adoção de comportamentos para perder peso, como a prática de exercício físico intenso, a autoindução do vômito ou o uso de laxantes/diuréticos (Treasure et al., 2020).

Em termos classificativos, corresponde a uma das principais categorias diagnósticas do capítulo das perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) dos dois principais sistemas classificativos das doenças mentais, supracitados acima, sendo o baixo peso ou o baixo índice de massa corporal (IMC) a característica chave para o diagnóstico desta patologia (Zipfel et al., 2015; Treasure et al., 2020).

Apesar de ter uma prevalência relativamente baixa nos países ocidentais, estimada em cerca de 1% nas mulheres e menos de 0.5% nos homens, trata-se de uma das perturbações do comportamento alimentar mais facilmente reconhecida, pelo impacto físico, frequentemente chocante, que tem, correspondendo à doença mental com taxa de mortalidade mais elevada (cerca de 2 a 15%), quer pelas complicações orgânicas associadas à inanição ou aos comportamentos purgativos, quer pela alta taxa de suicídio (Zipfel et al., 2015).

Para compreendermos melhor o enquadramento desta patologia nos atuais sistemas classificativos e na prática clínica psiquiátrica contemporânea, torna-se imprescindível recuar alguns séculos e analisar como esta entidade nosológica foi sendo construída.

A primeiras descrições da Inanição

As primeiras referências a esta doença surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) (Cordás & Claudino, 2002).

Mais tarde, em função da difusão da filosofia gnóstica e do Cristianismo, surgem os primeiros exemplos de inanição nos países ocidentais durante a Idade Média, sendo que nessa época as práticas de jejum eram compreendidas como estados de possessão demoníaca ou como milagres divinos (Cordás & Claudino, 2002; Dell’Osso et al., 2016).

Na idade medieval, a privação de comida, exceto nos rituais da Eucaristia, era uma prática por muitos considerada como um elemento de purificação da alma e busca pela santidade, pelo que alguns autores desta época nomearam a prática de jejum como algo relativamente comum em mulheres religiosas e designavam esta prática de “Holy Anorexia” ou de “Anorexia Mirabilis” (Dell’Osso et al., 2016).

Em particular entre os séculos XIII e XV, existe evidência de várias figuras femininas que morreram prematuramente na sequência da prática de jejum prolongado, como é o caso de Santa Catarina de Siena, que após ter feito um voto de castidade quando ainda era criança, se viu pressionada pelos pais a casar com o cunhado após o falecimento da

sua irmã, o que a terá levado a iniciar um jejum extremo, que conduziu ao seu falecimento por desnutrição com apenas 32 anos (Cordás & Claudino, 2002; Dell’Osso et al., 2016).

Já nesta altura, era evidente a disparidade na prevalência entre sexos, com o predomínio típico do sexo feminino, já que os ideais de santidade feminina eram frequentemente associados a práticas de autossacrifício, como a privação de comida (Dell’Osso et al., 2016).

Apesar destes primeiros relatos diferirem da conceptualização atual da anorexia nervosa, em virtude das diferentes motivações, sentimentos e crenças por detrás da prática de restrição alimentar, ambas representam a busca por “estados ideais”, nomeadamente a beatitude na época medieval e a magreza no ocidente atual (Cordás & Claudino, 2002).

Neste contexto, é importante termos em consideração a evolução dos ideais de beleza nos últimos três séculos, que foram transitando paulatinamente da busca por uma aparência arredondada para o fascínio pela figura esguia e elegante.

Como exemplo, temos o caso da Imperatriz Isabel da Áustria, que durante a segunda metade do século XIX, seguia dietas rigorosas a par de uma prática de exercício físico extenuante, apresentando com isto, um aspeto esguio e esbelto, que foi conquistando a popularidade entre as mulheres e passou a encarnar o ideal moderno de beleza, no qual a magreza passa a ser associada a eficiência e prosperidade (Dell’Osso et al., 2016).

A construção do conceito nosológico de Anorexia Nervosa pela comunidade médica ao longo dos séculos

As práticas de inanição continuaram a ser descritas ao longo dos séculos, frequentemente associadas a crenças místicas e materiais, mas é a partir do século XVIII que começam a emergir progressivamente as explicações médico-científicas (Dell’Osso et al., 2016).

O primeiro relato médico a aproximar-se do atual conceito de anorexia nervosa, surge com Richard Morton, na sua monografia de 1694 intitulada de “Phthisiologia: or, a Treatise of Consumptions”, na qual descreve dois casos de consumpção de origem nervosa, ou seja, casos de emagrecimento autoinduzido, que não eram acompanhados de febre ou dispneia, mas, antes, se caracterizavam pela diminuição do apetite, amenorreia, aversão à comida, obstipação, emagrecimento extremo e hiperreatividade, levando-o a refletir sobre a correlação entre os processos mentais e físicos e a propor uma etiologia psicológica para a “atrofia nervosa” (Cordás & Claudino, 2002; Kontić et al., 2009).

Vários relatos médicos estão descritos na literatura desde então, como o artigo do psiquiatra francês Louis-Victor Marcé publicado em 1860, intitulado de “Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d’aliments”, no qual delineou as “crenças delirantes” que levavam à recusa alimentar nestes doentes (Silverman, 1989).

É ainda na segunda metade do século XIX que a anorexia nervosa começa a emergir como uma entidade clínica independente, com o médico inglês William Gull a referir-se à “Apepsia Hysterica” em 1873, como uma “forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo” cuja “falta de apetite é decorrente de um estado mental mórbido e não de qualquer disfunção gástrica” (Gull, 1997).

Na mesma altura, o psiquiatra francês Charles-Lasègue, publica o artigo “De l’anorexie hystérique” para descrever 8 casos clínicos de emaciação resultantes da evicção alimentar em doentes com histeria, sublinhando a origem psicogénica desta doença, identifica ainda algumas características da personalidade pré-mórbida relativas a inseguranças pessoais e frequente busca pela aprovação de terceiros, e ressalva a contribuição da dinâmica familiar para a manutenção dos sintomas (Cordás & Claudino, 2002).

Este contributo de Charles-Lasègue, acaba por impulsionar o médico inglês a reformular o conceito inicial de “Apepsia Hysterica” para “Anorexia Nervosa”, através da publicação de um relato de 3 casos clínicos em 1874, o qual incidiu particularmente sobre os achados clínicos decorrentes da inanição prolongada, tais como a caquexia, a perda de apetite, a amenorreia, a obstipação e a alteração dos sinais vitais, embora também tenha sublinhado o componente psicológico subjacente a estes quadros (Gull, 1997).

Sir William Gull acabou por reformular o termo para fazer a distinção da anorexia nervosa do conceito de histeria, o qual acabou por resistir até aos dias de hoje, ainda que a sua imprecisão continue a ser significativamente criticada (Dell’Osso et al., 2016).

Além disso, se analisarmos a origem etimológica do termo anorexia, constatamos que este termo deriva do grego “an-”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, significando diminuição do apetite, aspeto que não vai de encontro à atual compreensão médica do conceito de anorexia nervosa, que entende que estes pacientes não apresentem uma real perda de apetite, mas uma recusa alimentar deliberada, com o intuito de emagrecer ou pelo receio mórbido de engordar (Zipfel et al., 2015).

Este aspecto psicopatológico central que motivava a inanição nas mulheres anoréticas: a “*idée fixe d’obesité*” ou receio mórbido de engordar acabou por ser identificado pelo médico neurologista Jean-Martin Charchot em meados de 1889 (Habermas, 1996), abrindo caminho para que outros psiquiatras seus contemporâneos comesçassem a publicar outros casos de anorexia nervosa com ênfase neste aspeto psicopatológico, nomeadamente a “*weight fobia*” de Crisp e o “*morbid fear of being fat*” do médico inglês Gerald Russel (Habermas et al., 2015).

Por outro lado, o médico Pierre Janet estava convencido de que a motivação principal por detrás desta condição clínica era o desejo de retardar a maturidade sexual e admitia a existência de duas formas de anorexia com base na presença ou ausência de apetite: a forma obsessiva, na qual o apetite estava preservado e a forma histérica de anorexia, na qual o apetite era perdido (Banner, 1988).

A partir de 1914, ocorre uma mudança marcante na compreensão da anorexia nervosa, que passa a ser vista como uma doença puramente orgânica ao ser confundida com a chamada “Doença de Simmonds”, entidade clínica descrita pelo médico alemão Morris Simmonds ao relatar a história de uma mulher gravemente emagrecida, cujo exame anatomopatológico cerebral revelou que apresentava uma atrofia do lobo anterior da hipófise (Cordás & Claudino, 2002).

Em virtude disto, a anorexia nervosa passou a ser confundida com os casos de hipopituitarismo, o que teve sérias implicações terapêuticas e no prognóstico destes doentes (Cordás & Claudino, 2002).

O conceito clássico de anorexia nervosa volta apenas a ser restituído a partir da segunda metade do século XX, quando Sheehan & Summers mostram em 1949, que não havia evidência clínica da redução da função hipofisária, nem alterações histológicas significativas da hipófise na anorexia nervosa, propondo novamente a etiologia psicogénica para esta patologia (Sheehan & Summers, 1949).

Acompanhando esta tendência no panorama internacional, em 1947 o psiquiatra português Elísio de Moura, apresentou uma dissertação a descrever a anorexia nervosa, na qual defendia que na condição clínica não existia uma verdadeira perda de apetite, mas sim uma culpa extrema por sentir esse apetite (Pereira, 2018).

Ao longo da história, a anorexia nervosa também foi vista como um sintoma inespecífico, passível de manifestação em praticamente todos os diagnósticos psiquiátricos que pudessem conduzir a uma perda de peso marcada, como na histeria, esquizofrenia, perturbação obsessivo-compulsiva e nas perturbações afetivas (Cordás & Claudino, 2002).

A partir da segunda metade do século XX, a anorexia nervosa passa finalmente a ser reconhecida como uma síndrome psiquiátrica específica e independente, com aspetos característicos que a distinguem de outras doenças mentais, e começam a surgir critérios padronizados para o seu diagnóstico, com base nas alterações psicobiológicas e psicopatológicas presentes nestes quadros, os quais estão integrados nos atuais sistemas classificativos (APA, 2013, WHO, 2019).

As perturbações do comportamento alimentar consistem alterações persistentes na alimentação ou comportamentos relacionados com o controlo do peso e acarretam sérios problemas para a saúde e funcionamento psicossocial dos doentes (Treasure et al., 2020).

A este respeito, a anorexia nervosa foi a primeira perturbação do comportamento alimentar a ser integrada na publicação da primeira edição do DSM em 1952 (DSM-I), sendo encarada nesta primeira edição do sistema classificativo americano como uma reação psicofisiológica, ou seja, uma doença neurótica.

A segunda edição do DSM (DSM-II) coloca a anorexia nervosa nas perturbações alimentares, juntamente com a pica e a perturbação de ruminação. Posteriormente, na 3.^a edição do DSM (DSM-III) e na sua versão revista (DSM-III-R), as perturbações alimentares passaram a ser incluídas na secção das perturbações da infância e da adolescência, o que contribuiu para o subdiagnóstico de casos tardios.

Na 4.^a edição do DSM (DSM-IV) outros sintomas de perturbações do comportamento alimentar clinicamente significativos foram incluídos nas categorias da perturbação da ingestão compulsiva e das perturbações do comportamento alimentar não especificadas, já na revisão desta edição (DSM-IV-TR) as perturbações do comportamento alimentar passaram novamente a integrar uma secção independente.

Em 2013, com o lançamento da última edição do DSM (DSM-5) os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa foram revistos, deixando de integrar o critério da amenorreia. Além da anorexia, o grupo das PAI do DSM-5 passou a integrar ainda a bulimia nervosa e a perturbação da ingestão alimentar compulsiva, que nesta edição, passou oficialmente a ser reconhecida como uma PAI independente.

Além disso, este grupo passou a integrar mais 3 perturbações do comportamento alimentar previamente englobadas no capítulo das perturbações da alimentação e ingestão da infância e da adolescência, nomeadamente a pica, a perturbação da ruminação e perturbação da alimentação restritiva e/ou evitante. Adicionalmente, englobou ainda as PAI com outra especificação ou não-especificadas para integrar os casos que não apresentem os critérios necessários para integrar uma das seis PAI específicas.

Por fim, em 2022, é lançada a última revisão do DSM-5 (DSM-5-TR), na qual é feita apenas a revisão dos critérios de diagnóstico da perturbação da alimentação restritiva e/ou evitante (Dell’Osso et al., 2016).

Por outro lado, sabe-se que estas categorias diagnósticas do DSM apenas representam uma condição temporária que pode mudar com o tempo já que, por exemplo, uma quantidade significativa de doentes inicialmente diagnosticados com anorexia nervosa acabam por evoluir para o diagnóstico de bulimia nervosa. A par disso, existe uma grande sobreposição clínica entre a anorexia nervosa e outras condições médicas e psiquiátricas, aspetos que denunciam algumas das limitações destes sistemas classificativos categóricos (Dell’Osso et al., 2016).

Deste modo, alguns autores têm alertado para a utilidade de olharmos para estas manifestações psicopatológicas como pertencentes a um espectro das perturbações alimentares, ao invés de nos focarmos na identificação de síndromes completas (Dell’Osso et al., 2016).

Além disso, o conceito de espectro parece ter o potencial de nos ajudar a descrever a emergência de novos fenótipos perante novos contextos e tendências socioculturais, que ultrapassam as barreiras do DSM, como por exemplo a ortorexia nervosa, um novo padrão do comportamento alimentar definido pela “fixação em comida saudável”, a “bigorexia” relacionada com a pressão social para que os homens sejam grandes e musculosos, a “pregorexia” que envolve a restrição alimentar ou adoção de comportamentos compensatórios para limitar o ganho ponderal durante a gestação, entre vários outros fenótipos de alterações do padrão alimentar que têm emergido na sociedade contemporânea (Dell’Osso et al., 2016).

Considerações Finais

Com este trabalho, ao analisarmos a evolução histórica da terminologia referente à anorexia nervosa, desde as primeiras descrições da inanição até à sua conceptualização nos atuais sistemas classificativos usados em Psiquiatria, conseguimos compreender melhor a forma como a nosologia das perturbações mentais depende profundamente da conjectura sociocultural e do conhecimento técnico-científico da época específica onde está inserida.

Por outro lado, a relevância que este esforço classificativo de séculos tem tido na prática clínica psiquiátrica e orientação terapêutica das diversas perturbações mentais é atualmente bem reconhecida pela comunidade médica e científica, pelo que este esforço deve continuar entre as gerações de psiquiatras contemporâneas e vindouras para que possa ser possível descortinar novas formas de nomear, classificar e tratar as doenças psiquiátricas.

Bibliografia

1. Correia, D.T. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental*. 1.^a edição. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
2. Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1651-1660.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases 11th revision*. Available at <https://www.who.int/classifications/icd/en/> (accessed 14/ 03/ 2024).
5. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 395(10227), 899-911.
6. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.
7. Cordás, A. T., & Claudino, M. A. (2002). Eating disorders: historical background. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III), 3-6.
8. Kontić, O., Vasiljević, N., Jorga, J., Lakić, A., & Jasović-Gasić, M. (2009). *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 137(11-12), 706-709.
9. Silverman, J. A. (1989). Louis-Victor Marcé, 1828-1864: anorexia nervosa’s forgotten man. *Psychological medicine*, 19(4), 833-835.
10. Gull, W. W. (1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obesity research*, 5(5), 498-502.
11. Habermas, T. (1996). In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *The International journal of eating disorders*, 19(4), 317-334.

12. Habermas, T. (2015). History of Anorexia Nervosa. In *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (eds L. Smolak & M. P. Levine). Acedido a 8 de março de 2024, em <https://doi.org/10.1002/9781118574089.ch2>.
13. Banner, L. W. (1988). *Fasting Girls. The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Joan Jacobs Brumberg. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988. x, 366 pp., illus. \$25. Science (New York, N.Y.), 240(4855), 1061.
14. Sheehan, H. L., & Summers, V. K. (1949). The syndrome of hypopituitarism. *The Quarterly journal of medicine*, 18(72), 319-378.
15. Pereira, S. I. S. (2018). *Uma viagem à etiologia multifatorial da anorexia nervosa: determinantes biológicos, psicológicos, genéticos e socioculturais*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.

Evolução histórica da disforia de género até à atualidade – perturbações psiquiátricas ou preconceito?

Beatriz Calado Araújo, Miguel Pão Trigo, M. Mota Oliveira

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

E-mail: baraujo@chua.min-saude.pt

Resumo

Variações no que toca à identidade de género são descritas desde a Antiga Grécia, ainda que o tema só tenha surgido na literatura científica no séc. XIX. Subsequentemente, existiu um crescente interesse na temática que culminou na sua inclusão, como entidade distinta de “homossexualidade”, no DSM-III e CID-9. Desde então, a sua conceptualização sofreu múltiplas mudanças, refletindo a evolução do conhecimento por parte da comunidade científica, assim como as mudanças socioculturais, à semelhança da homossexualidade. Também à semelhança, a evolução dos conceitos foi pautada por diversas controvérsias que, ainda hoje, persistem no que diz respeito à inclusão destas variações nos sistemas de classificação. Assim, considera-se crucial encontrar um equilíbrio entre o acesso aos cuidados médicos adequados e a mitigação do estigma, sendo este o principal objetivo da nomenclatura corrente.

Palavras-chave: disfunções sexuais, homossexualidade, LGBT, disforia de género, DSM

Abstract

Variations in gender identity have been described since Ancient Greece, even though the topic only emerged in scientific literature in the 19th century. There was subsequent increasing interest until its inclusion, as a distinct entity from “homosexuality”, in the DSM-III and ICD-9. Its conceptualization has undergone multiple changes over time, reflecting the evolution of the scientific community’s knowledge, as well as sociocultural changes, similarly to homosexuality. Also similarly, the evolution of the concepts has been marked by various controversies that persist to this day regarding the inclusion of these variations in classification systems. Therefore, it is crucial to strike a balance between access to adequate medical care while mitigating stigma, which is the main objective of its current nomenclature.

Keywords: sexual dysfunctions, homosexuality, LGBT, gender dysphoria, DSM

Introdução

Os sistemas de classificação de doenças psiquiátricas surgiram com o objetivo de estandardizar os critérios de diagnóstico das diferentes perturbações a nível mundial. Contudo, no que se refere à identidade de género, a classificação das mesmas tem sofrido diversas alterações ao longo do tempo, refletindo a evolução sociocultural e científica no que diz respeito à experiência não-binária. Ainda assim, a inclusão desta em sistemas de classificação de doenças é alvo, ainda hoje, de críticas que defendem que a sua inclusão perpetua a estigmatização desta população, à semelhança da homossexualidade. Esta foi incluída por ambos os sistemas de classificação, até à sua remoção em 1973, do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM) e, em 1990, da Classificação Internacional de Doenças (CID). Com este trabalho pretendemos abordar a evolução da classificação das perturbações de identidade de género e as suas críticas, comparando e contrastando com a evolução da homossexualidade.

Contextualização Histórica

Uma das histórias incluídas na emblemática obra grega *Metamorfoses* retrata uma mulher educada como um homem que se apaixona por uma outra mulher e, antes da celebração do seu casamento, a mulher transforma-se num homem. Este relato permite aferir a existência de variações de identidade, no que diz respeito ao género, desde os tempos antigos.

Na literatura científica, esta temática só surge a partir da segunda metade do séc. XIX, com a descrição de indivíduos que se sentem desconfortáveis com o seu sexo biológico e os seus papéis de géneros. Ainda assim, conceitos como homossexualidade, fetichismo e identidade de género foram muitas vezes utilizados como sinónimos de tipos de perversões sexuais até os anos 50 (Koh).

Esta área recebeu a atenção de diversos autores ao longo da história, de destacar, Magnus Hirschfeld, médico e sexólogo alemão, que distinguiu, pela primeira vez, os conceitos de identidade de gênero e orientação sexual, tendo cunhado o termo “transexualismo” em 1923 (Beek, Cohen-Kettenis, & Kreukels, 2015; Drescher, 2010, 2015a, 2015b; Koh); David Cauldwell que utilizou o termo “transexual”, em 1949, numa das primeiras conceituações diagnósticas relacionadas com a identidade de gênero, “*Psychopatia Transsexualialis*”; e, em 1966, o médico Harry Benjamin, com a sua obra “*The Transsexual Phenomenon*” populariza o termo transexual como se utiliza até aos dias de hoje, tendo este autor sido também pioneiro na utilização de tratamento hormonal como forma de tratamento (Association, 2017; Furlong & Janca).

Identidade de gênero refere-se à medida na qual a pessoa se aproxima de outras pessoas do mesmo gênero, no que diz respeito à sua identidade, sendo este alinhamento essencial para as interações sociais. Esta associa-se a papéis de gênero que incluem comportamentos, atitudes e traços de personalidade atribuídos tipicamente a um indivíduo de um gênero específico, de acordo com a sua contextualização sociocultural. Tipicamente, a identidade de gênero corresponde às características físicas de uma pessoa, isto é, ao seu sexo biológico. Por exemplo, um bebé nascido com genitália masculina é geralmente identificado e educado como pertencente ao gênero masculino. No entanto, existem situações de incongruência, nomeadamente, as perturbações do desenvolvimento sexual. Estas são condições congénitas em que o desenvolvimento do sexo cromossómico, anatómico ou das gónadas é atípico, podendo existir, por exemplo, genitália feminina externa em pessoa com cromossomas 46, XY. Nestes casos, a criança é educada como uma rapariga e identifica-se com o gênero feminino, existindo assim uma incongruência entre a identidade de gênero e algumas das suas características físicas. Ainda assim, as perturbações de desenvolvimento sexual são uma minoria nas perturbações de identidade de gênero (Beek et al., 2015).

Apesar da crescente atenção e do nascimento do termo no início do séc. XX, este manteve-se ausente dos sistemas de classificação até à década de 70, quando surgiu no CID-9 o diagnóstico de “Perturbações de Identidade Psicosssexual” e, poucos anos mais tarde, em 1980, no DSM-III, em que aparece no capítulo de “Perturbações Psicosssexuais” o diagnóstico de “Perturbação de Identidade de Gênero da infância” (Association, 2017). Desde então, existiu um afastamento progressivo da categorização dicotómica destes indivíduos e reconhecimento da natureza dimensional da temática. Assim, atualmente reconhece-se que a incongruência de gênero não implica a identificação com um único gênero ou o desejo por intervenção médica, incluindo outros conceitos como “terceiro gênero”, “pan-/poli-/ou omnigênero” ou “gênero fluído”, ultrapassando as categorias binárias tradicionais de “masculino” e “feminino” ou mesmo “transexual” (Beek et al., 2015).

Evolução da Classificação no DSM

As primeiras duas edições do DSM não incluíam diagnósticos relacionados com a identidade de gênero, de uma forma explícita, destacando-se o diagnóstico de homossexualidade que incluía os indivíduos que expressavam incongruência de gênero, sendo estes rotulados como “perturbação de personalidade sociopática” (American Psychiatric Association, 1952, 1968; Beek et al., 2015; Drescher, 2010, 2015b).

No DSM-III, surgiu, pela primeira vez, o diagnóstico de “transexualismo” no capítulo de “Perturbações Psicosssexuais”. Nesta edição, as perturbações de identidade de gênero dividiam-se em: “transexualismo” (que incluía adolescentes e adultos), “perturbação de identidade de gênero da infância” e “perturbação de identidade de gênero atípica”. No centro destes diagnósticos destacava-se a incongruência entre o sexo biológico do indivíduo e a sua identidade de gênero, sendo o “transexualismo” caracterizado pela persistente identificação com o sexo oposto, assim como, desejo em viver como o sexo oposto e desconforto associado ao próprio sexo biológico. Esta linguagem, contudo, limitava a experiência de identidade de gênero, sendo que existiam indivíduos que não experienciavam o desejo de viver como o sexo oposto, por exemplo (American Psychiatric Association, 1980; Beek et al., 2015; Drescher, 2010, 2015b).

Desta forma, a revisão subsequente, o DSM-III-R, visou melhorar a consistência, clareza e precisão conceptual. Nesta versão, o capítulo de “Perturbações Psicosssexuais” foi substituído pelo novo capítulo de “Perturbações Sexuais” que dividia os indivíduos pós-pubertários com perturbações de identidade de gênero em três grupos: “transexualismo”, “perturbação de identidade de gênero da adolescência e idade adulta, tipo não transexual” e “perturbação de identidade de gênero, não especificada”. Notavelmente, a distinção entre “transexualismo” e o “tipo não transexual” baseava-se na presença ou ausência do desejo em alterar as características sexuais primárias e secundárias, sendo que os do “tipo não transexual” não tinham interesse em submeterem-se a tratamentos para se aproximarem do gênero congruente. No que diz respeito à população pré-púbere, o diagnóstico de “perturbação de

identidade de gênero da infância” da edição anterior manteve-se (Dora, Grabski, & Dobroczyński). Ainda assim, apesar das alterações, esta edição foi também alvo de críticas, nomeadamente no que toca à sua inclusão destes diagnósticos sob a categoria “perturbações geralmente evidentes pela primeira vez na infância, infância ou adolescência”, que auxiliava os profissionais que trabalhavam com a população infantil, mas desvalorizava a existência de quadros com apresentações clínicas com início na idade adulta (American Psychiatric Association, 1987; Beek et al., 2015; Drescher, 2010, 2015b).

Reconhecendo estas preocupações, o DSM-IV propôs uma categoria diagnóstica distinta intitulada de “perturbações de identidade de gênero” que incluía o diagnóstico “perturbação de identidade de gênero” que resultou da associação das entidades nosológicas previamente utilizadas, nomeadamente “transexualismo” e “perturbação de identidade de gênero da infância”, com diferentes critérios de acordo com a faixa etária. Esta edição eliminou ainda o diagnóstico de “perturbação de identidade de gênero da adolescência e idade adulta, tipo não transexual” pela dificuldade na distinção entre este último e o “transsexualismo”. Em contraste com as edições prévias, destaca-se ainda a inclusão inaugural, como critério D, da necessidade de a perturbação causar “*distress* clinicamente significativo ou prejuízo social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento”(American Psychiatric Association, 1994; Beek et al., 2015; Drescher, 2010, 2015b).

Ainda assim, a integração das variações de identidade de gênero nas perturbações sexuais e perturbações psiquiátricas, traduzia-se numa caracterização patológica do comportamento e identidade destes mesmos indivíduos, perpetuando a alienação desta população. Todavia, existia também a preocupação de que a remoção desta entidade dos sistemas de classificação resultaria numa perda de direitos e recusa de cuidados médico-cirúrgicos, que são essenciais para esta população, tendo este sido o principal dilema do DSM-5. Este teve como objetivo reduzir a estigmatização sem condicionar o acesso aos cuidados de saúde, com uma secção nova, separada das “disfunções sexuais” e “parafilias”, e substituindo o termo “perturbação da identidade de gênero” por “disforia de gênero” que incluía as categorias distintas de “disforia de gênero em crianças” e “disforia de gênero em adolescentes e adultos”. Assim, distinguiu o termo “incongruência de gênero” e “disforia de gênero”, assentando este último no sofrimento associado à divergência entre a identidade de gênero e o sexo biológico. O DSM-5 articula explicitamente que “*a inconformidade de gênero não é em si uma perturbação mental*”, enfatizando o carácter egodistónico do diagnóstico. O objetivo da intervenção clínica não é mudar a identidade de gênero, mas antes reduzir o sofrimento associado à experiência em si. O termo “disforia” implica a caracterização do fenómeno não-binário como um continuum que, contrariamente à designação prévia que implicava uma resposta dicotómica de sim ou não, a disforia pode flutuar ao longo do tempo, com períodos de maior ou menor intensidade, assemelhando-se, por exemplo, à dor física. Adicionalmente, com bases nas críticas aos critérios de diagnósticos das edições prévias excessivamente estritos que resultavam num maior número de diagnósticos “não especificada”, o DSM-5 criou duas categorias: “com outra especificação” e “não especificado”, sendo que na primeira o clínico poderia descrever a razão específica pelo qual o quadro não se inclui nos critérios específicos (American Psychiatric Association, 2013; Association, 2017; Beek et al., 2015; Drescher, 2010, 2015b).

O DSM, nas suas diversas edições, incluiu também especificadores, no que toca à orientação sexual, às perturbações do desenvolvimento sexual e ao período pós-transição.

No que concerne a orientação sexual, este foi utilizado no DSM-III e na sua revisão, ainda que estas apenas tenham incluído a orientação homossexual e heterossexual, descartado as outras, como por exemplo, a bissexualidade. Estas últimas foram incluídas no DSM-IV, que defendeu a manutenção deste especificador pela sua relevância para a orientação clínica e para a investigação científica. Este especificador foi eliminado na edição do DSM-5. As perturbações do desenvolvimento sexual foram incluídas como especificador no DSM-III-R e DSM-5, tendo sido critério de exclusão no DMS-III e, depois novamente no DSM-IV. Por último, o especificador “pós-transição” utiliza-se quando a transição de gênero de um determinado indivíduo está completa. Neste caso, o diagnóstico de disforia de gênero já não se aplicaria, apesar de existir a possibilidade de o indivíduo necessitar de cuidados médicos contínuos, o que sublinha a necessidade deste especificador (Beek et al., 2015; Drescher, 2015b).

Evolução da Classificação na CID

À semelhança das primeiras edições do DSM, a CID-6 (Drescher, 2015b; World Health Organization, 1948) e CID-7 (Drescher, 2015b; World Health Organization, 1955), não incluíam diagnósticos específicos relacionados com a identidade de gênero, sendo estas questões incluídas em categorias amplas como “perturbações de personalidade”, juntamente com a homossexualidade. O CID-8, refletindo as mudanças teóricas e clínicas correntes,

distinguiu as “perturbações da personalidade” dos “desvios sexuais”, sendo que estes últimos incluíam, pela primeira vez, o diagnóstico de “transvestismo”, ainda que o significado deste seja incerto, dado esta edição não incluía definições das categorias diagnósticas (Drescher, 2010; World Health Organization, 1965). No CID-9, este diagnóstico foi dividido em dois diagnósticos distintos: “transvestismo” definido como *“desvio sexual em que o prazer sexual deriva do uso de roupas do sexo oposto. Não existe uma tentativa consistente de assumir identidade ou comportamento do sexo oposto”* e, “transexualismo”, que se caracterizava pelo desejo de viver e ser aceite como membro do sexo oposto, acompanhado pelo desconforto associado ao sexo anatómico e, pelo desejo em realizar tratamentos farmacológicos ou cirúrgicos. Estes eram ainda considerados desvios sexuais, sob a categoria “perturbações de identidade psicosexual” (Drescher, 2010, 2015b; World Health Organization, 1975). Em 1990, o CID-10 representou uma significativa reorganização do sistema classificativo e adotou o fraseado da classificação norte americana, criando a categoria de “perturbações de identidade de género” que incluía cinco diagnósticos: “transsexualismo” (referindo-se este a adultos, cujas características mantinham a descrição da edição anterior), “transvestismo papel-duplo”, “perturbação identidade género na infância”, “outras perturbações de identidade de género” e “perturbação identidade de género, não especificada” (Drescher, 2010, 2015b; World Health Organization, 1990).

O CID-11 espelhou a necessidade de mudança do DSM, com a criação do capítulo “condições relacionadas com a saúde sexual” onde o termo “transexualismo” foi substituído por “incongruência de género na infância” e “incongruência de género da adolescência e idade adulta”, sendo este último caracterizado por *“uma marcada incongruência entre o género experienciado pelo individuo e o sexo designado à nascença que, frequentemente, resulta no desejo de transição, a fim de viver e ser aceite como uma pessoa do género experienciado”*. Apesar das semelhanças, os termos “disforia de género” do DMS-5 e “incongruência de género” do CID-11 são distintos, sendo que a Organização Mundial de Saúde reforça que, apesar da incongruência de género poder resultar em sofrimento clinicamente significativo e prejuízo do funcionamento, preenchendo assim os critérios B de diagnóstico de Disforia de Género do DMS-5, este não são necessário para o seu diagnóstico, enfatizando antes a presença de sentimentos de insatisfação ou desconforto associado à anatomia sexual ou à antecipação dos caracteres sexuais secundários. A incongruência de género é então um diagnóstico de um estado de incongruência entre aspetos individuais da identidade de género, anatomia e papéis sociais, que pode, ou não, implicar sofrimento. Esta distinção, não é apenas uma consequência natural da retirada do diagnóstico da área da psicopatologia, mas, acima de tudo, reflete a ideia de *despsiquiatrização* das diversas formas de vivenciar o próprio género de forma mais clara. Os autores acrescentam ainda que, se a incongruência for acompanhada pelo desejo de transição, recomenda-se que sejam tomadas medidas médicas e formais para alcançar uma possível coesão total entre a identidade psicológica, o corpo e a situação jurídica (Drescher, 2015a, 2015b; World Health Organization, 2013).

Evolução da Classificação da Homossexualidade

Krafft-Ebing foi crucial na perceção da homossexualidade como condição patológica, mais especificamente como condição congénita, com a sua obra “*Psicopatía Sexualis*” publicada em 1886. Este autor descreveu estes comportamentos sexuais, com base na teoria de Darwin, como manifestações psicopatológicas, dado não se associarem à reprodução da espécie (Downing, 2015). Esta perspetiva foi desafiada por Freud, em 1905, que propôs que a homossexualidade derivava de sentimentos bissexuais inatos presentes em todos os indivíduos, enfatizando o papel do desenvolvimento psicosexual (Freud, 1935). Ainda assim, os restantes psicanalistas mantiveram a postura inicial, destacando-se Sandor Rado que conceptualizava a homossexualidade como um evitamento fóbico do sexo oposto (Rado, 1940). Estas teorias influenciaram ambos sistemas de classificação, tendo a “homossexualidade” sido incluída no DSM-I na categoria de “perturbações de personalidade”, como um subtipo de “desvio sexual”. Esta, apesar de algumas alterações, manteve-se até ao DSM-III, tendo aí surgido a categoria “homossexualidade ego-distónica” que desapareceu no DSM-5. Paralelamente, o CID também incluiu a categoria “homossexualidade” desde a sua sexta edição até à sua décima edição, tendo esta última incluído antes os diagnósticos: “perturbação maturação sexual”, “orientação sexual ego-distónica” e “perturbação relação sexual”, que foram eliminados na edição mais recente, CID-11. Esta evolução reflete a mudança das atitudes sociais e os avanços da compreensão científica da sexualidade humana, tendo, a remoção da “homossexualidade” dos sistemas de classificação, sido a pedra basilar no reconhecimento das diferentes orientações sexuais e na promoção da aceitação das mesmas. Como tal, este é o exemplo emblemático destacado por diferentes organizações ativistas quando apelam pela remoção da identidade de género dos sistemas de classificação (Drescher, 2015a).

Controvérsias

Esta temática foi, historicamente, pautada por diferentes controvérsias, destacando-se as que surgem, não entre os elementos do grupo profissional, mas antes entre a comunidade científica e os grupos ativistas (Drescher, 2010, 2015b).

O movimento pelos direitos civis da comunidade transgénero surgiu após o movimento pelos direitos da comunidade homossexual, sendo este o principal foco dos grupos de direitos LGBTQ+ desde o final da década de 90 até ao presente. Num questionário realizado pelo grupo de trabalho do DSM-5 dirigido a 201 organizações de defesa de direitos da comunidade transgénero, mundialmente distribuídas, 55,8% considerou que a entidade deveria ser removida do DSM-5. Adicionalmente, este estudo também revelou como conclusão amplamente consensual, a necessidade de revisão do nome, critérios e linguagem do mesmo (Drescher, 2010, 2015b).

Assim, estes grupos dividem-se em duas posições distintas. Por um lado, alguns defendem que a classificação das variações de identidade de género caracteriza a experiência como patológica, perpetuando, assim, a sua estigmatização. De destacar, o Comissário para os Direitos Humanos do Conselho da Europa (2009) e o Parlamento Europeu (2011) que assumiram fortes posições no sentido da CID-11 remover a classificação de perturbação de identidade de género. Por outro lado, alguns temem que a remoção desta entidade resultaria num prejuízo no acesso aos cuidados médicos, assim como, limitações na participação económica destes mesmos cuidados. Por este mesmo motivo, a “American Psychiatric Organization” (APA) recusou o apelo de atribuir códigos-V às variações de identidade de género, equivalentes aos códigos-Z do CID, porque estes não seriam reembolsados pelas companhias de seguros de saúde americanas (Drescher, 2010, 2015b).

Em contrapartida, alguns autores defendem a manutenção da entidade nos sistemas de classificação pelo seu carácter psicopatológico, descartando a implicação no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde. De destacar, Levine e Solomon que apesar de afirmarem, “*o nosso trabalho começa com a crença que a perturbação da identidade de género é um facto da natureza*” defendem que esta se trata de uma entidade nosológica psicopatológica, tipicamente associadas a outras alterações psicopatológicas e que a promoção dos direitos civis desta comunidade pode toldar as perceções profissionais para a psicopatologia da mesma. Estes autores argumentam, ainda, que esta linguagem não deveria implicar qualquer julgamento moral e que existem vantagens na atribuição do conceito de perturbação a um padrão de comportamentos. Em primeiro lugar, desta forma, existe um maior volume de investigação científica no que concerne a etiologia e tratamento da perturbação, o que potencia a oferta de novos tratamentos eficazes baseados em evidência. E, em segundo lugar, a sua classificação promove o financiamento dos cuidados de saúde, estando este financiamento vinculado aos diagnósticos (Drescher, 2010, 2015b).

Em suma, embora a remoção da “homossexualidade” tenha levado a uma “cura” libertadora e imediata para os membros da comunidade gay, uma abordagem semelhante com a identidade de género poderia ter consequências indesejadas e adversas no tratamento, particularmente para os indivíduos cujo bem-estar e saúde depende desse mesmo tratamento. Assim, justifica-se a posição atual da comunidade científica que mantém a identidade de género como entidade nosológica, ainda que a mesma não implique carácter psicopatológico (Drescher, 2010, 2015b).

Conclusão

A evolução da conceptualização das perturbações de identidade de género reflete a evolução do conhecimento por parte da comunidade científica, assim como as mudanças socioculturais. Contudo, esta foi pautada por diferentes controvérsias, que persistem no que diz respeito à inclusão destas variações nos sistemas de classificação. Historicamente, esta evolução aparenta espelhar a evolução do conceito de homossexualidade, em que a sua remoção representou um marco importante na promoção da aceitação e dos direitos civis dessa comunidade. Todavia, a temática da identidade de género implica encontrar um equilíbrio entre o acesso aos cuidados médicos adequados e a mitigação do estigma. Assim, a nomenclatura atual destaca a intervenção clínica como forma de minimizar o sofrimento, se este existir, sem caracterizar o espectro de identidade género como psicopatológico, com vista a caminhar para uma sociedade mais justa e inclusiva, independentemente de sua identidade de género ou orientação sexual.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). In. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). In. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. revised). In. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). In. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). In. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2017). *A Guide for Working With Transgender and Gender Nonconforming Patients*. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/history-and-epidemiology>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2015). *Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history*. (1369-1627 (Electronic)).
- Dora, M., Grabski, B., & Dobroczynski, B. (2021). Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis. [Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne. DEP – 20210228]. *Psychiatria Polska*. 55(1), 1-15.
- Downing, L. (2015). Heteronormativity and Repronormativity in Sexological “Perversion Theory” and the DSM-5’s “Paraphilic Disorder” Diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1139-1145. doi:10.1007/s10508-015-0536-y
- Drescher, J. (2010). *Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual*. (1573-2800 (Electronic)).
- Drescher, J. (2015a). *Out of DSM: Depathologizing Homosexuality*. (2076-328X (Print)).
- Drescher, J. (2015b). *Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD*. (1369-1627 (Electronic)).
- Freud, S. (1935). Anonymous (Letter to an American mother) . In E. Freud (Ed.), *The Letters of Sigmund Freud* (pp. 423-424). New York: Basic Books.
- Furlong, Y. A.-O., & Janca, A. (2022). Gender (r)evolution and contemporary psychiatry. *J Psych Open*, Apr 7; 8(3):e80. doi: 10.1192/bjo.2022.46.
- Koh, J. (2012). [The history of the concept of gender identity disorder]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 114(6), 673-680.
- Rado, S. (1940). A Critical Examination of the Concept of Bisexuality. *Psychosomatic Medicine*, 2(4), 459-467.
- World Health Organization. (1948). *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (6th revision). In. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1955). *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (7th revision). In. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1965). *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (8th revision). In. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1975). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. In. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1990). *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision). In. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2013). *Gender incongruence of childhood: Draft clinical description and diagnostic guidelines*. Unpublished internal document.

A história da melancolia e a origem da depressão

Margarida Vieira, Beatriz Silva, Joana Silva Ribeiro

Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

E-mail: margarida_v_18@hotmail.com; bpfs96@gmail.com; joanavsribeiro@gmail.com

Resumo

O termo melancolia foi alvo de variados significados ao longo da história da Psiquiatria. Originário da Antiguidade, foi descrito por Hipócrates, no contexto da teoria dos humores, como o temperamento daqueles que produziam bÍlis negra em excesso. Eram indivíduos tipicamente introvertidos, cautelosos e perfeccionistas, com uma vida psÍquica profunda e intensa. Contudo, com o advento da Psiquiatria moderna e até ao final do século XIX, este termo passou a designar uma perturbação do pensamento caracterizada por um delÍrio encapsulado, que podia, ou não, associar-se a alterações do humor. A melancolia apenas voltou a ser considerada uma alteração primária do humor na transição para o século XX, altura em que integrou os primeiros manuais classificativos como subtipo de depressão, distinto pela dificuldade em sentir prazer. Pretende-se, assim, fazer uma revisão da evolução nosológica da melancolia e do seu papel na origem conceptual de depressão, explorando os autores mais relevantes no tema.

Palavras-chave: melancolia, depressão, história da psiquiatria

Abstract

The word melancholia had various meanings throughout the history of Psychiatry. Originating from Antiquity, it was first described by Hippocrates as the temperament of those who produce an excess of black bile according to his humoral theory. They were typically introverted, cautious and perfectionist individuals, with an intense psyche and deep inner life. However, during the modern times of Psychiatry up until the 19th century, this word gained a new connotation, meaning a thought disorder characterized by an encapsulated delusion, with or without mood changes. Melancholia only regained its meaning as a primary mood disturbance during the transition to the 20th century. It was then included in the first diagnostic manuals as a depression subtype, characterized by difficulty in feeling pleasure. We aim to review the nosologic evolution of melancholia and its role in the conceptual origin of depression, while exploring the authors most relevant in this matter.

Keywords: melancholia, depression, history of psychiatry

Introdução

Ao longo da história da Psiquiatria, são vários os termos que foram surgindo e desaparecendo do dicionário psicopatológico, enquanto outros viram o seu significado mudar ao longo dos tempos, prevalecendo até hoje (Telles-Correia, 2015). Este capítulo pretende ser uma análise e revisão da evolução nosológica do termo melancolia, que desde a Antiguidade começou a ser utilizado para designar estados “humorais”, embora ao longo dos anos o seu significado tenha sofrido variações e, com isso, influenciado o aparecimento de outros conceitos, atualmente fundamentais (Shorter, 2005).

Desenvolvimento

A história da Psiquiatria carrega consigo uma mutabilidade indispensável ao crescimento desta ciência médica, a qual se arrasta invariavelmente para aquele que é compêndio nosológico e psicopatológico da doença mental (Telles-Correia, 2015). Desde logo, pensamos em termos utilizados para descrever alterações psicopatológicas, tais como os conceitos de delÍrio e delirium, que durante vários anos foram usados como sinónimos e só mais tarde passaram a traduzir alterações clÍnicas diferentes. De acrescentar ainda os termos utilizados para designar as próprias patologias mentais, os quais foram sofrendo mudanças ao longo do tempo, caso contrário ainda chamaríamos demência precoce à esquizofrenia e psicose manÍaco-depressiva à perturbação afetiva bipolar (Shorter, 2005).

O termo melancolia é um dos mais antigos da história da Psiquiatria e da Medicina clássica. Começou por ser utilizado no período clássico da Antiguidade, altura em que a Grécia Antiga detinha as principais escolas médicas do mundo, e desde a sua primeira utilização por Hipócrates, o termo melancolia foi alternando entre dois principais

conceitos, por vezes significado uma perturbação dos afetos no sentido da depressão, e outras vezes traduzindo uma perturbação do pensamento, pautado por ideias delirantes – a loucura propriamente dita (Telles-Correia; Marques, 2015).

De acordo com Hipócrates e com a sua teoria dos humores, que procurava explicar as doenças humanas, o termo melancolia significava o estado causado por um excesso de bile negra e caracterizava-se por um quadro de grande tristeza, angústia e medo, que era tipicamente observado em indivíduos introvertidos, pensativos, perfeccionistas e com uma vida psíquica profunda e intensa (Telles-Correia, 2015). Durante vários séculos, a teoria humoral de Hipócrates foi o sistema classificativo mais respeitado pelos médicos da Antiguidade e, por isso, o termo melancolia foi prevalecendo como uma alteração da vivência emocional de um indivíduo, resultante desta acumulação de bile negra (Telles-Correia; Marques, 2015).

Quase 600 anos depois, Galeno continuou o estudo da teoria dos humores de Hipócrates, por quem foi fortemente influenciado, e desenvolveu outras teorias médico-cirúrgicas tendo por base a escola de medicina hipocrática. Contudo, para Galeno os doentes melancólicos não eram apenas indivíduos com características tipicamente depressivas, tal como se lê na teoria hipocrática, mas apresentavam também ideias fixas e bizarras, que condicionavam o seu comportamento em determinada área da sua vida. Galeno descrevia que estas ideias bizarras eram restritas a um tema, não afetavam as outras áreas da vida do indivíduo, e moldavam os seus comportamentos, de tal modo que estes eram consistentes com essas ideias. Surge então, no início do primeiro século d.c., a primeira atribuição de um significado relacionado com alterações do pensamento ao termo melancolia, nomeadamente aquilo que se assemelha a uma ideia delirante de conteúdo bizarro mas não generalizada, e que durante vários anos esteve associado a este conceito (Telles-Correia; Marques, 2015).

É também durante o século I que Areteu da Capadócia, também ele um médico da Grécia Antiga, faz uma descrição da melancolia como tendo exatamente estas duas dimensões: por um lado, o *angor animi*, uma grande angústia da alma ou do espírito, que significava uma sensação de medo e a perceção de que se estava de facto prestes a morrer; e por outro lado, *una cogitatione defixus*, um pensamento fixo que tomava conta de toda a mente do doente (Telles-Correia; Marques, 2015). No fundo, aquilo que hoje classificaríamos como uma depressão psicótica, por exemplo.

Desde então, e durante mais de 700 anos, a ideia de que os doentes melancólicos apresentavam uma “loucura parcial” dominou as teorias dos vários autores que se dedicaram a estudar as alterações psíquicas na sua época. Andreas Laurentius foi um importante seguidor das teorias de Galeno, que definia a melancolia como a presença de um delírio sem febre, mas com tristeza e medo (Shorter, 2005). Não só fez esta distinção, como dedicou grande parte do seu trabalho a estudar os tipos de delírios apresentados por doentes melancólicos, tendo destacado ideias de que o mundo estaria para acabar ou de que seriam comidos por um grande monstro. Laurentius acreditava, tal como Hipócrates, que a melancolia era causada por um excesso de bile negra e relatou, tal como Galeno, que à parte destas ideias, os doentes melancólicos mantinham o pensamento intacto e inalterado para todas as outras áreas da sua vida (Telles-Correia; Marques, 2015).

Desde essa altura, à medida que as escolas de Psiquiatria surgiam pela Europa, o termo melancolia foi sendo cada vez mais associado à existência de um pensamento bizarro, e pouco ou nenhum destaque foi dado à componente afetiva que caracterizava estes doentes (Shorter, 2005). O *angor animi* que Areteu descreveu como parte integrante dos estados melancólicos acabou por abandonar a sua definição, e esta visão nosológica atingiu o seu pico no final do século XVIII, pelo destaque que as escolas britânica e francesa ganharam neste período.

Numa tentativa de melhor caracterizar as doenças humanas, Cullen distinguiu as doenças mentais, ou doenças das funções intelectuais, das restantes categorias de doenças, rompendo com anos e anos da até então aceite teoria dos humores de Hipócrates (Telles-Correia; Marques, 2015). Na categoria das doenças mentais, Cullen incluiu a melancolia, que designou de “insanidade parcial”, à qual opôs a mania, que ele considerava ser uma “insanidade universal”, que atingia todas as áreas da vida da pessoa. Ao fazer esta descrição, Cullen dava pouco ou nenhum destaque à componente afetiva que podia existir nestes quadros. Ao mesmo tempo, Philippe Pinel dividia as doenças mentais em quatro grupos – melancolia, mania, demência e idiotismo – e definia a melancolia como um quadro no qual os doentes apresentam uma ideia muito exclusiva, que é infinitamente repetida no seu discurso e que parece absorver todas as suas faculdades (Telles-Correia, 2015). Para Pinel, este pensamento exclusivo e repetitivo tanto podia ser um medo intenso com marcada desesperança na vida, como a ideia de deter poderes infinitos e um orgulho imenso. O termo melancolia deixou, até ao século XVIII, de representar uma alteração primária ou proeminente do estado afetivo do indivíduo, passando a traduzir a existência de um delírio encapsulado e não generalizado (Shorter, 2005).

Contudo, no início do século XIX, é Jean-Étienne Dominique Esquirol, aluno e discípulo de Pinel, quem acaba por substituir o termo melancolia por monomania, com o objetivo de ser monomania a designar a “insanidade parcial” que vinha até então a ser descrita como melancolia. Dá-se assim um passo importante para a mudança de paradigma do conceito de melancolia, devido ao trabalho de Esquirol, que considerou que o termo melancolia não se adequava ao significado até então atribuído e introduziu assim o grupo das monomanias. Dentro da monomania, incluiu um subtipo pautado por sintomas depressivos, que chamou de lipemania ou melancolia (ao longo do seu trabalho vai usando os dois termos como sinónimos) (Telles-Correia, 2015). É aqui que o termo melancolia volta a estar ligado a uma alteração do humor, dentro do pólo depressivo, ainda que integrado no grupo das alterações do pensamento, ou seja, na loucura propriamente dita (Shorter, 2005).

No final do século XIX, o importante trabalho nosológico de Emil Kraepelin veio dividir as doenças mentais nos dois grandes grupos que vieram a perdurar na Psiquiatria durante vários anos: a demência precoce (ou as perturbações psicóticas) e a psicose maníaco-depressiva (ou as perturbações afetivas). Dentro desta classificação, Kraepelin incluiu a melancolia no grupo das doenças afetivas, descrevendo-a como uma das formas de apresentação da psicose maníaco-depressiva. Hoje em dia sabemos que dentro da psicose maníaco-depressiva, Kraepelin albergava desde estados depressivos bipolares até unipolares, e usou o termo melancolia de forma transversal para os descrever. Contudo, ao longo do seu trabalho, Kraepelin acabou por distinguir entre vários tipos de melancolia, nomeadamente melancolia adquirida, também designada melancolia involutiva, uma vez que não requeria uma predisposição inata do indivíduo, mas sim dever-se-ia a uma involução. Por outro lado, começou a designar os restantes tipos de melancolia, aqueles considerados constitucionais ou inatos, por depressão. Mais tarde, é o próprio Kraepelin que acaba por abandonar o termo melancolia involutiva, dando origem ao termo depressão como principal nome classificativo deste grupo de patologias (Telles-Correia, 2015). Numa época em que a Psiquiatria contemporânea floresceu inigualavelmente, o pai da nosologia psiquiátrica reaproximou o termo melancolia do seu significado mais antigo, próximo do que hoje seria descrito como uma perturbação primária do humor.

Com o advento do século XX, devido à extrema ambiguidade histórica que o termo melancolia carregava, vários autores, de entre os quais Adolf Meyer, preferiram cunhar o termo depressão, ou depressão mental como muitas vezes era descrito – um termo bastante mais contemporâneo do que melancolia – para designar os estados afetivos de enorme tristeza, desesperança, medo e angústia, classificação que perdurou até aos dias de hoje (Telles-Correia; Marques, 2015). Apesar do termo melancolia ter nesta altura começado a entrar em desuso, a melancolia involutiva ainda chegou a fazer parte da lista de diagnósticos da segunda edição do DSM, em 1968. Embora de uma forma diferente, o termo melancolia não perdeu todo o seu significado e é ainda hoje comumente associado a um sentimento de tristeza profunda e duradoura, uma sensação de incapacidade e um desgosto pela existência. Além disso, mesmo depois de deixar de constituir um diagnóstico específico nos manuais classificativos, a melancolia continuou a fazer parte das perturbações depressivas do DSM. Na sua terceira edição, na década de 80, a melancolia correspondia a um subtipo de depressão major com perda de capacidade de sentir prazer na vida, uma diminuição marcada de reatividade a atividades prazerosas e ainda alguns sintomas tipicamente associados aos quadros de depressão endógena. Nos DSM-IV e 5, o termo melancolia existe enquanto especificação para as perturbações depressivas, indicando um quadro depressivo com um padrão específico de anedonia, lentificação psicomotora e sentimentos intensos de culpa e menos-valia (Shorter, 2005). Este tipo de categorização e especificadores permitem refinar os diagnósticos de cada indivíduo e contribuem para adequar o tratamento à forma de manifestação específica de cada quadro depressivo, dentro das várias abordagens que atualmente temos disponíveis.

Em retrospectiva, podemos dizer que na história do conceito de melancolia, houve um ciclo que se fechou. Melancolia começou por ser um termo que designava um estado de humor triste, preocupado, amedrontado, embora associado a teorias ancestrais relacionadas com perturbações humorais e excesso de fluídos orgânicos. Ao longo de muitos séculos, o termo foi usado para designar quadros delirantes, desde delírios parciais, delírios generalizados, delírios hipocondríacos, delírios de grandiosidade, tendo passando por várias definições e vários autores. Porém, o seu significado contemporaneamente mais aceite acabou por regressar ao mundo das alterações primárias do humor, representando hoje em dia um estado humoral depressivo intenso e tão visceral, que se torna (quase) difícil não dar razão a Hipócrates e à sua teoria biliar para a origem do quadro.

Ainda que hoje em dia não seja utilizado para descrever quadros clínicos em particular, é fácil e intuitivo perceber a sua relação com os estados depressivos, e por isso o conceito de melancolia continua a existir na psiquiatria dentro do grande guarda-chuva que é a depressão. Além disso, a relação entre a sensação de melancolia e a Psiquiatria estende-se além da classificação diagnóstica e da sua maior ou menor integração nos manuais classificativos. Muitos clínicos e autores reconhecem a importância de compreender as componentes existenciais e filosóficas associadas aos estados

melancólicos e depressivos como componente essencial para melhor compreender as dificuldades e queixas dos doentes que atravessam quadros depressivos graves e prolongados. O conceito de melancolia na psiquiatria contemporânea vai além da mera descrição de sintomas depressivos, abraçando uma compreensão mais ampla e sensível das nuances emocionais e existenciais de cada doente (Telles-Correia; Marques, 2015).

É ainda de realçar que, ao longo da evolução humana, o conceito de melancolia transcendeu o seu significado nosológico e psiquiátrico em diversas áreas, incluindo fora da Medicina. Em vertentes como a arte e a literatura, a sensação de melancolia é classicamente retratada como uma expressão da condição humana, sendo frequente a representação da experiência melancólica do próprio artista no seu trabalho, como manifestação do seu mundo interno. Nas civilizações antigas, a melancolia era considerada uma manifestação física de desequilíbrio dos humores, enquanto na Idade Média, estava associada à tristeza e introspecção, muitas vezes relacionada à criatividade e ao génio artístico. A variação destas representações, desde a Antiguidade até aos tempos contemporâneos, contribuíram, umas vezes de forma mais estigmatizante outras mais libertadora, para o aumento do diálogo acerca dos estados emocionais que afetam a condição humana, e da saúde e doença mental em geral.

Conclusão

A evolução histórica do conceito de melancolia reflete não apenas as mudanças no estudo e conhecimento médico-psiquiátrico ao longo da história da Psiquiatria, como também as evoluções filosóficas e culturais que foram decorrendo ao longo dos tempos. Desde a sua concepção como uma perturbação dos humores na Antiguidade, até à sua integração nos manuais classificativos enquanto especificação das perturbações depressivas, a melancolia já foi tida como uma perturbação afetiva, uma perturbação do pensamento, uma doença, uma especificação de diagnóstico, e em paralelo uma lente contínua através da qual exploramos a natureza complexa da experiência humana.

Referências bibliográficas

- Telles-Correia, D., & Marques, J.G. (2015). Melancholia before the twentieth century: fear and sorrow or partial insanity? *Frontiers in psychology*. 6(81), 1-4.
- Shorter, E. (2005). *Historical Dictionary of Psychiatry* (1st ed.). New York: Oxford University Press.
- Telles-Correia, D. (2015). *As raízes do sintoma e da perturbação mental* (1ª ed.). Portugal: LIDEL.

Parafrenia: um diagnóstico à deriva?

Duarte Viegas Cotovio^{1,2}, Rita Lousada¹, Mariana Mendes Melo¹

¹ Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

² Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa Portugal

E-mail: duartecotovio@hotmail.com; rita_lousada@hotmail.com; mendesmelomariana@gmail.com

Resumo

A parafrenia é historicamente caracterizada pelo impacto da componente delirante, assemelhando-se à esquizofrenia. Contudo, evolui com maior preservação dos afetos e menor deterioração cognitiva e da personalidade.

Este trabalho reflete sobre a exclusão desta entidade nos sistemas de diagnóstico atuais, examinando as controvérsias e o contexto histórico subjacentes à sua definição, desde a conceção original de Kraepelin, passando pelas contribuições de Mayer, E. Bleuler, Roth e, mais recentemente, por Munro. Aborda ainda os contextos clínicos e neurobiológicos inerentes ao envelhecimento, e potenciais fatores orgânicos, que poderão ajudar a sublinhar a importância de reintegrar a parafrenia nos sistemas classificativos. Na verdade, atualmente, a sua categorização limita-se a outras entidades nosológicas, nomeadamente perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia e perturbação delirante.

Em suma, apesar das semelhanças entre parafrenia e esquizofrenia de início tardio, a parafrenia poderá ser considerada como uma entidade diagnóstica distinta, embora exista a necessidade de mais evidência para estabelecer a sua validade.

Palavras-chave: parafrenia, Kraepelin, Munro, perturbação delirante, perturbação esquizoafetiva

Abstract

Paraphrenia is historically characterized by the impact of the delusional component, resembling schizophrenia. However, it evolves with greater preservation of affect and less cognitive and personality deterioration.

This work reflects on the exclusion of this entity in current diagnostic systems, examining the controversies and historical context underlying its definition, from Kraepelin's original conception, through the contributions of Mayer, E. Bleuler, Roth, and more recently, Munro. It also addresses the clinical and neurobiological contexts inherent to aging, as well as potential organic factors that may help emphasize the importance of reintegrating paraphrenia into classification systems. Currently, its categorization is limited to other nosological entities, namely schizoaffective disorder, schizophrenia, and delusional disorder. In summary, despite the similarities between paraphrenia and late-onset schizophrenia, paraphrenia may be considered a distinct diagnostic entity, although further evidence is needed to establish its validity.

Keywords: paraphrenia, Kraepelin, Munro, delusional disorder, schizoaffective disorder

Introdução

A parafrenia é o “o grupo incerto entre paranoia e a demência precoce”, segundo Emil Kraepelin – o autor que introduziu o termo conforme é globalmente aceite¹. Este diagnóstico partilha com a esquizofrenia as ideias delirantes e possíveis alucinações, distinguindo-se pela preservação do afeto e da personalidade e menor deterioração cognitiva. Além disso, a parafrenia era originalmente associada a idade de início mais tardia, nomeadamente na meia-idade ou na velhice^{1,2}.

Na verdade, apesar de ausente dos sistemas classificativos (Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – DSM – e a Classificação Internacional de Doenças – CID), a parafrenia poderá ser integrada num espectro entre a perturbação delirante (anteriormente designada de paranoia) e a esquizofrenia (anteriormente designada de demência precoce).

Deste modo, mais recentemente, a categorização da parafrenia acaba por integrar outras entidades nosológicas, como a perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia e a perturbação delirante, mas também a perturbação psicótica sem outra especificação e a psicose atípica.

Corpo de Texto

Na segunda metade do século XIX, o termo “parafrenia” surgiu inicialmente através da classificação proposta por Kahlbaum, que abarcava demências com instalação quer na adolescência quer na vida adulta, denominadas “parafrenia hebetica” e “parafrenia senil”, respetivamente. Essa classificação inicial refletia uma abordagem ampla das perturbações mentais em diferentes fases da vida.

No início do século XX, a escola francesa restringiu o uso do termo, associando-o apenas ao adjetivo “fantástica”. Essa abordagem mais restrita limitava a aplicação do conceito a um subtipo específico de parafrenia, delineado posteriormente por Emil Kraepelin, como será descrito mais à frente.

Na 8ª edição do seu “Tratado de Psiquiatria”, Kraepelin conceptualiza o termo como definidor de “um grupo relativamente pequeno de casos, com vários pontos em comum com a demência precoce, mas que devido a um desenvolvimento mais ligeiro das perturbações da emoção e volição, a harmonia interna da vida psíquica fica consideravelmente menos afectada ou, pelo menos, limitada a certas faculdades intelectuais”³. De modo geral, a parafrenia apresenta um curso crónico, podendo haver deterioração do funcionamento socio-ocupacional durante as exacerbações. Considera-se que alguns casos podem, a longo prazo, acabar por evoluir para esquizofrenia ou demência. Embora a evidência não seja robusta, é possível considerar o papel predisponente de fatores como défices sensoriais, isolamento social, migração e perturbações da personalidade paranóide e esquizóide. Adicionalmente, observa-se uma maior predisposição em mulheres à medida que envelhecem, embora a natureza exata dessa associação ainda careça de uma investigação mais aprofundada.

Desde logo, na sua exploração das parafrenias, Emil Kraepelin destaca a complexidade na delimitação desse grupo em relação a outras patologias similares. O autor propõe uma subdivisão em quatro categorias distintas: parafrenia sistemática, expansiva, confabulatória e fantástica. A primeira corresponde, em grande parte, à tradicionalmente conhecida “parafrenia”.

Ao descrever a parafrenia sistemática, Kraepelin destaca como características principais o desenvolvimento progressivo de um delírio persecutório, a ocorrência de alucinações auditivas, fenómenos de passividade que podem tomar a forma de alucinações somáticas, o desenvolvimento tardio de um delírio de grandeza que advém das ideias persecutórias iniciais, e, em alguns casos, a manifestação de um delírio erótico. Também discute a possibilidade da apresentação do quadro incluir a presença de “pseudomemórias” (sob a forma de confabulações, memórias delirantes e interpretações delirantes de memória) e de humor que evolui de depressivo para disfórico, verificando-se, no entanto, uma preservação da capacidade de trabalho e a ausência de evolução demencial. Epidemiologicamente, Kraepelin constata uma predominância de 60% de casos no sexo masculino, com a maior parte a ocorrer entre os 30 e 40 anos, e 20% entre os 40 e 50 anos.³ Destaca casos isolados antes dos 25 e após os 50 anos, não atribuindo especial importância à hereditariedade.³ No que concerne ao diagnóstico diferencial, destaca a conservação da personalidade como o elemento mais diferenciador em relação aos quadros de esquizofrenia com componente paranóide.

A parafrenia expansiva, segundo Kraepelin, é caracterizada por 3 principais características: megalomania exuberante, humor exaltado e uma ligeira excitação. Diferencia-se da parafrenia sistemática, uma vez que o delírio persecutório é menos proeminente, dando lugar a um claro predomínio do delírio de grandiosidade, com contornos megalómanos, que podia consubstanciar-se num delírio erotomaniaco ou de carácter místico. Neste sentido, o humor caracterizava-se como expansivo, podendo também, neste caso, o quadro apresentar-se com pseudomemórias. Kraepelin constataria uma predominância no sexo feminino, assim como o facto da grande maioria dos casos surgir entre os 30 e 50 anos, sendo que, também neste tipo de parafrenia, não era atribuída importância à hereditariedade.³ Do mesmo modo que na parafrenia sistemática, a conservação da personalidade seria central no diagnóstico diferencial com a esquizofrenia. Adicionalmente, neste tipo específico de parafrenia levantava-se outra dificuldade diagnóstica – a diferenciação em relação a um quadro de mania. Contudo, segundo as observações de Kraepelin, na parafrenia expansiva o delírio e as alucinações eram constantes, a excitação era menos intensa e o surgimento da doença era mais tardio.

A parafrenia confabulatória, segundo Kraepelin, tem como marca de principal relevância as falsas memórias, associadas a um delírio persecutório com uma componente de exaltação, sendo que os doentes confirmariam que o conteúdo confabulatório das suas vivências não teria sido percebido pelos próprios, anteriormente. Caracteristicamente, o humor seria exaltado, revelando, por vezes, irritabilidade. Apesar de Kraepelin observar a raridade deste tipo de parafrenia, o que se traduziu num maior desconhecimento da sua evolução, constatou que a incidência da parafrenia confabulatória seria equivalente nos dois sexos e com um início de doença a ocorrer entre os 20 e 50 anos.³ Nestes casos em concreto, o diagnóstico diferencial tornar-se-ia muito difícil, o que levantava a dúvida deste

grupo vir a definir um tipo de parafrenia bem estabelecido, não só por partilhar alguma degradação a longo prazo com a esquizofrenia, mas também pela presença de sintomas afetivos que partilharia com a mania.

Por último, a parafrenia fantástica, segundo Kraepelin, é caracterizada pelo desenvolvimento de um quadro rico em delírios extraordinários, incoerentes e mutáveis. A apresentação inicial seria através de um quadro depressivo com ideação suicida que evoluiria num delírio persecutório associado principalmente a alucinações auditivas e somáticas. Haveria relatos de doentes que se afirmavam invadidos nos seus corpos por outras pessoas, adquirindo a temática sexual contornos bizarros. Assim, a extravagância dos delírios é a componente dominante. Poderia também estar presente conteúdo grandioso e falsas memórias. De forma associada, o humor mantém-se relativamente estável, com eventual tendência à disforia. Kraepelin observa predominância de 60-70% no sexo masculino com instalação do quadro maioritariamente entre 30 e 40 anos, sendo que atribui à peculiaridade da apresentação o fator que a distingue de outras patologias, mesmo tendo em conta uma potencial evolução demencial.³

Embora distinga a parafrenia num grupo à parte, Kraepelin pondera que esta se possa aproximar mais da esquizofrenia (demência precoce) do que da perturbação delirante (paranóia), não só por possíveis questões etiológicas, como também por questões clínicas – por exemplo a possível evolução demencial em alguns tipos de parafrenia (o que não ocorre, por definição, na perturbação delirante).

Mais tarde, o conceito de parafrenia, inicialmente enquadrado na definição de Kraepelin, foi sendo objeto de reinterpretções sucessivas, surgindo descrições alternativas para quadros clínicos muito semelhantes enquadráveis na definição de Kraepelin de parafrenia, espelhando o dissipar do conceito⁴.

Em 1911, Eugene Bleuler apresentou uma perspectiva alternativa sobre a parafrenia, argumentando contra a ideia de que se tratasse de uma entidade clínica distinta. E. Bleuler defendia que os quadros clínicos associados à parafrenia poderiam ser melhor compreendidos dentro do espectro mais amplo da esquizofrenia, propondo assim uma expansão conceptual da esquizofrenia que abrangia uma gama mais variada de manifestações psicóticas.

Uma década mais tarde, em 1921, a investigação de Wilhelm Mayer acrescentou evidências empíricas a esta discussão. Mayer reviu os casos de 78 doentes anteriormente diagnosticados com parafrenia por Kraepelin e observou que uma proporção significativa desses pacientes demonstrava uma progressão dos sintomas que se alinhava mais rigorosamente com os da esquizofrenia. Esta observação levou Mayer a concluir que a parafrenia poderia representar, não uma entidade clínica separada, mas sim uma manifestação de início mais tardio da esquizofrenia, desafiando assim a distinção original estabelecida por Kraepelin.

No mesmo sentido, no ano de 1931, Kurt Kolle realizou uma investigação que abrangeu um grupo de 66 indivíduos com perturbação delirante (paranoia, à altura), dos quais 19 foram diagnosticados por Emil Kraepelin. Os resultados dessa análise revelaram que apenas quatro desses casos não vieram a desenvolver vivências delirantes primárias, isto é, 62 dos indivíduos passaram a apresentar um quadro concordante com o diagnóstico de esquizofrenia.

No ano de 1934, Manfred Bleuler introduziu o conceito de “esquizofrenia tardia” para referenciar quadros psicóticos que manifestam o seu início após os 40 anos, que se apresentam com sintomatologia semelhante à dos outros casos de esquizofrenia e em que tenha sido feita a exclusão de fatores orgânicos para o diagnóstico. M. Bleuler constatou ainda que os indivíduos mais idosos nesse contexto tendiam a exibir um embotamento afetivo menos pronunciado e apresentavam menor presença de alterações formais no pensamento.

A complexidade do diagnóstico e da classificação da parafrenia foi evidenciada pelas contribuições subsequentes de ainda outros psiquiatras. Por exemplo, Karl Leonard introduziu subtipos específicos de esquizofrenia, onde incluía a parafrenia, enquanto Martin Roth desenvolveu o conceito de parafrenia tardia – doentes com idade superior a 65 anos com um delírio paranóide sistematizado, sem evolução demencial, nem alterações afetivas relevantes nem deterioração cognitiva ou da personalidade.

Todas estas contribuições refletem um esforço contínuo para refinar e adaptar a nomenclatura psiquiátrica de modo a refletir mais precisamente as características e os padrões de progressão das perturbações psicóticas.

Na verdade, o próprio Kraepelin abriu espaço a que houvesse uma evolução do conceito e que o mesmo fosse posto em causa, na medida em que definiu a parafrenia mais pela ausência de sintomas do que por características próprias, aproximando este grupo à esquizofrenia. Para além disso, o próprio considerou a hipótese de que um subgrupo dos doentes que diagnosticou viessem a desenvolver esquizofrenia, tal como Roth também constatou mais tarde.

Neste sentido, a partir dos anos 90, o quadro da parafrenia deixou de constar na DSM-II-R e na CID-10⁴.

Por outro lado, foi também nos anos 90, que Alistair Munro definiu critérios de diagnóstico para esta categoria, que considerava estar a ser subestimado pela comunidade científica, e particularmente pelos sistemas classificativos que a aboliram.

Assim, caracterizou a parafrenia como uma perturbação delirante com pelo menos 6 meses de duração e com as seguintes características⁵:

- Preocupação com 1 ou mais delírios semi-sistematizados e não encapsulados, frequentemente acompanhado de alucinações auditivas;
- Afeto preservado e apropriado ao contexto, mesmo em episódio agudo é possível verificar uma adequação que não é típica da apresentação da esquizofrenia;
- Ausência de qualquer um dos seguintes: deterioração intelectual, incoerência discursiva, afrouxamento associativo, alucinações visuais ou ainda comportamento marcadamente desorganizado;
- Alterações comportamentais compreensíveis face ao contexto do delírio e/ou alucinações;
- Ausência de doença cerebral orgânica significativa e, no máximo, concordância parcial com critério A da Esquizofrenia na DSM-IV.

Estes critérios estabeleceram o fundamento para uma investigação acerca da validade deste diagnóstico. A pesquisa foi realizada pelo próprio Munro e pela sua equipa, resultando na atribuição do diagnóstico de parafrenia a 38 indivíduos internados numa unidade de internamento psiquiátrico de doentes agudos. Assim, este estudo, ao seguir uma abordagem contemporânea, reavivou o interesse na análise da parafrenia, oferecendo uma perspetiva atualizada sobre a presença desta condição em contextos clínicos específicos.

Adicionalmente, em estudos imagiológicos recentes, foram identificadas alterações cerebrais subtis em doentes que apresentavam psicose de início tardio, nomeadamente doentes que cumpriam os critérios para parafrenia⁴. No entanto, não é sólida a evidência no que concerne dados comparativos em relação às alterações também encontradas na esquizofrenia.

Por outro lado, do ponto de vista da investigação neuroquímica foi formulada a hipótese do “envelhecimento assíncrono” associado à parafrenia⁴. Esta hipótese parte do pressuposto que há uma redução de receptores dopaminérgicos associada ao envelhecimento na esquizofrenia, o que é concordante com a evidência da diminuição dos sintomas positivos (que estão associados à hipótese dopaminérgica da esquizofrenia). Assim, a hipótese do “envelhecimento assíncrono” da parafrenia sugere que nesta patologia haja um possível excesso dopaminérgico relativo, por haver um défice colinérgico superior ao défice dopaminérgico absoluto. Esta perspetiva neuroquímica propõe uma divergência entre os processos biológicos subjacentes à parafrenia em comparação com os da esquizofrenia, destacando a complexidade das bases neurobiológicas destas perturbações psicóticas.

No que à genética diz respeito, um estudo sobre os antígenos HLA (Naguib e McGuffin, 1987) propuseram que a parafrenia poderia ser diferenciada geneticamente da esquizofrenia. Apesar da associação previamente identificada entre HLA-A9 e esquizofrenia paranoide (McGuffin P., 1981), não conseguiram replicar essa descoberta ao analisarem o HLA de 31 doentes com quadro de início tardio. Embora o tamanho da amostra fosse insuficiente para refutar com confiança uma associação com o HLA-A9, os investigadores não detetaram sequer uma tendência nesse sentido nos dados reunidos. Deste modo, a possibilidade de parafrenia ser geneticamente distinta da esquizofrenia necessita de clarificação adicional⁴.

Este percurso histórico pela evolução do conceito de parafrenia ilustra a dinâmica complexa e, por vezes, controversa da classificação psiquiátrica. As diferentes interpretações e adaptações do termo refletem não apenas o avanço do conhecimento médico, mas também a variabilidade inerente nas apresentações clínicas dos pacientes. À medida que a Psiquiatria continua a desenvolver uma compreensão mais matizada das perturbações psicóticas, é provável que os conceitos como o de parafrenia continuem a ser reavaliados e redefinidos, em busca de uma precisão diagnóstica que melhor atenda às necessidades dos pacientes.

Conclusão

Em suma, considera-se importante ter em conta uma provável sobreinclusão associada à esquizofrenia, que acaba por englobar grupos distintos de doentes com prováveis prognósticos consideravelmente diferentes.

Neste sentido, podemos identificar dois grandes quadros sindrómicos: o primeiro tem por base uma perturbação do neurodesenvolvimento, de início em idade jovem, com predomínio hereditário e com maior deterioração cognitiva – a esquizofrenia; o segundo mais neurodegenerativo, de início tendencialmente mais tardio, com pouco peso hereditário e com maior preservação cognitiva, afetiva e da personalidade – a parafrenia.

Contudo, a investigação neste campo carece de maior suporte. Reitera-se, portanto, a necessidade de realizar estudos que abordem a patogénese e o prognóstico do grupo de doentes que reúnam os critérios definidos para

parafrenia. Desta forma, seria possível a aquisição de uma validade não só descritiva, mas sobretudo preditiva e estrutural⁴, delineando uma eventual abordagem terapêutica personalizada diferenciada em relação à da esquizofrenia.

Bibliografia

1. Ravindran, A. V., Yatham, L. N., & Munro, A. (1999). Paraphrenia redefined. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 44(2), 133-137.
2. Marinho, M., Marques, J., & Bragança, M. (2017). Late paraphrenia, a revisited diagnosis: case report and literature review. *Actas espanolas de psiquiatria*, 45(5), 248-255.
3. Borja Santos, N. (2007). O Conceito de Parafrenia e a Sua Actualidade. *Psilogos*, 4(1-2), 44-55.
4. Hassett, A. M., Keks, N. A., Jackson, H. J., & Copolov, D. L. (1992). The diagnostic validity of paraphrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 26(1), 18-29.
5. Borja Santos, N., Trancas, B., & Oliveira N. D. (2010). Tradução para Português dos Critérios de Alistair Munro Para Parafrenia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 465-468.

Figuras



Fig. 1. Emil Kraepelin (1856-1926).



Fig. 2. O Espectro Paranóide.

Evolução histórica do conceito de alcoolismo

Filipa Alves da Silva, Rita Lousada, Maria João Amaral

Hospital Beatriz Ângelo

E-mail: filipa.alves.silva@hotmail.pt

Resumo

Na antiguidade, apesar de não terem sido identificadas descrições semelhantes ao conceito atual de alcoolismo, existem referências sobre o impacto pessoal e social do consumo excessivo de álcool. No século XVII e XVIII, devido impacto social do aumento do consumo de bebidas destiladas, surgiu interesse da comunidade médica pelos seus efeitos adversos na saúde. Benjamin Rush foi o primeiro médico a descrever as manifestações agudas e crónicas provocadas pelo consumo de bebidas destiladas, referindo existir uma perda do controlo do consumo com a manutenção do hábito. No século XIX, Magnus Russ, utilizou o termo alcoolismo para se referir a uma doença crónica, causada pelo consumo persistente de grandes quantidades de álcool. Apesar de ser ter verificado um distanciamento por parte da medicina desta temática no final do século XIX e início do século XX, após a segunda guerra mundial, graças a Elvin Jellinek e Marty Mann, o conceito de doença associada ao alcoolismo ganhou novamente popularidade.

Palavras-chave: alcoolismo, conceito, evolução, história

Abstract

In ancient times, although no descriptions similar to the current concept of alcoholism have been identified, there are references to the personal and social impact of excessive alcohol consumption. In the 17th and 18th centuries, due to the social impact of the increase in the consumption of distilled beverages, the medical community became interested in its adverse effects on health. Benjamin Rush was the first doctor to describe the acute and chronic manifestations caused by the consumption of distilled beverages, stating that there was a loss of control over consumption as the habit continued. In the 19th century, Magnus Russ used the term alcoholism to refer to a chronic disease caused by the persistent consumption of large quantities of alcohol. Although medicine distanced itself from this subject at the end of the 19th century and the beginning of the 20th century, after the Second World War, thanks to Elvin Jellinek and Marty Mann, the concept of a disease associated with alcoholism regained popularity.

Keywords: alcoholism, concept, evolution, history

Introdução

A perturbação pelo uso de álcool, vulgarmente conhecida por alcoolismo, é atualmente reconhecida como uma doença que engloba um vasto espectro de sintomas e comportamentos associados ao consumo abusivo de álcool (Nehring SM, 2023; Mann, 2000). No entanto, foi apenas no século XVIII que surgiu um aumento do interesse da comunidade médica pelos efeitos prejudiciais do consumo de álcool, tendo o conceito de alcoolismo crónico como doença surgido no século XIX, consolidando-se ao longo do século XX (Bynum, 1968; Mann, 2000; Clemis D., 2015). Esta visão levou a um maior conhecimento das consequências psicossociais e neurobiológicas do alcoolismo, permitindo assim estabelecer programas de tratamento continuamente aperfeiçoados (Mann, 2000). Previamente, esta problemática era julgada do ponto de vista moral, associada à falta de “força de vontade” necessária para regular o consumo de álcool e de que os comportamentos daí derivados eram uma prova irrefutável da sua natureza imoral (Clemis D., 2015). O objetivo deste artigo é descrever a evolução histórica da visão associada à problemática do alcoolismo, desde a antiguidade até ao século XX.

Antiguidade e Período Medieval

Na antiguidade não foram identificados conceitos diretamente relacionados com alcoolismo ou dependência, no entanto, existem descrições relacionadas com a intoxicação alcoólica e o seu impacto pessoal, social e no juízo crítico (Clemis D., 2015). A produção, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas, em particular o vinho, possui um papel importante em muitas áreas da vida na Grécia antiga. O vinho desempenhava um papel importante

na prática médica, sendo frequentemente prescrito para tratar muitas doenças, como a letargia e a diarreia, bem como para as dores do parto e para ajudar a manter as feridas limpas e estéreis (Stolberg, 2015). Dionísio (ou Baco para os romanos) era considerado o “Deus do Vinho”, responsável pelas vindimas, pela produção de vinho e pela loucura ritualística induzida pelo consumo excessivo de álcool (Turberfield & Organ, 2015). Estava também associado à loucura nascida do prazer, do excesso e da irracionalidade, possuindo um simbolismo literário ou mitológico associado à intoxicação alcoólica (Clemis D., 2015). Os seus seguidores tornavam-se impotentes e perdiam o controlo devido à sua devoção, que se transforma como uma espécie de “possessão” (Clemis D., 2015; Stolberg, 2015). Assim, embora os gregos e os romanos não tivessem um termo que correspondesse diretamente às noções modernas de dependência e embora muitas vezes celebrassem o ato de beber, os autores clássicos queixavam-se com frequência do consumo excessivo habitual de álcool, alertando para os seus perigos e para a dificuldade de “quebrar o hábito” (Clemis D., 2015; Stolberg, 2015).

A Bíblia e o Alcorão possuem várias passagens em que os “prazeres” do álcool são reconhecidos mas onde também condenam o seu consumo excessivo (Clemis D., 2015). Por exemplo, na Bíblia (salmo 104:15) pode-se encontrar a seguinte frase “Vinho para alegrar o coração dos homens, óleo para fazer brilhar os seus rostos e pão para sustentar os seus corações”, assim como no Alcorão (verso 15) existe uma referência ao vinho ser “um presente prometido por Deus”. Simultaneamente, no Alcorão (verso 90) o vinho é descrito como “uma abominação, parte da obra de Satanás”. Na Bíblia (Isaías 28;7) encontra-se a seguinte passagem “o sacerdote e o profeta andam de um lado para o outro com a bebida forte, confundem-se com o vinho, cambaleiam com a bebida forte; erram na visão, tropeçam no julgamento...” (Clemis D., 2015).

Durante o período medieval, devido à influência cristã no Ocidente, a embriaguez era associada ao pecado. Os problemas derivados do consumo de álcool eram da responsabilidade do indivíduo, sendo apenas possível superá-los através da fé em Deus (Clemis D., 2015). No entanto, tanto a cerveja como o vinho, tinham um papel importante na vida cristã nos séculos VIII e IX, altura em que os mosteiros exploravam as maiores fábricas de cerveja da Europa, produzindo cerveja não só para os seus monges, mas também para os peregrinos que os visitavam (Williams, 2015).

Século XVI e XVII

No século XVI, devido à Reforma Protestante e a subsequente Reforma Católica, surgiu uma posição menos tolerante por parte dos cristãos relativamente à embriaguez, na qual os reformadores protestantes, como Martinho Lutero, a condenavam, considerando-a um pecado, enquanto simultaneamente elogiavam o consumo regular de vinho e cerveja (Williams, 2015).

No século XVII, os primeiros alertas sobre o consumo excessivo de álcool surgiram através de elementos da igreja, assim como as primeiras noções de adição (Clemis D., 2015; Ernst, 2022). Em 1609, John Downame (clérigo inglês) referiu que as pessoas “viciavam-se” ativamente no consumo exagerado de álcool, encontrando-se “imensuravelmente adictas a este vício” (Nicholls, 2009; Ernst, 2022). Simultaneamente eram divulgadas as qualidades medicinais de várias substâncias alcoólicas, embora as interpretações dessas qualidades, e das bebidas em questão, tenham mudado significativamente ao longo deste século (Anderson, 2015). É possível encontrar uma referência ao Whisky irlandês, na “*Pharmacopoeia Londinensis*” em 1677, publicada pela *Royal College of Physicians*, onde constavam todos os medicamentos conhecidos, os seus efeitos e instruções sobre o seu uso (Anderson, 2015). Durante este século, existem também relatos de viajantes e dos primeiros colonos na América Britânica que referem que a escassez de bebidas alcoólicas contribuía para o aparecimento de várias doenças e mortes, sendo o seu consumo uma alternativa mais segura (Cassidy, 2015). A maioria dos europeus preferia o consumo de bebidas fermentadas, que embora com baixo teor alcoólico, fornecia calorias necessárias para dietas muitas vezes inadequadas (Cassidy, 2015).

Embora a produção de bebidas destiladas tenha aumentado na Europa desde os meados do século XIV, foi no final dos séculos XVII e XVIII que o aumento da produção de álcool destilado começou a ter um impacto profundo em muitas partes da Europa e nas regiões afetadas pela atividade colonial europeia (Clemis D., 2015).

Século XVIII

No final do século XVIII, o Gin, que surgiu na Holanda, foi introduzido em Inglaterra. Conhecido originalmente como Jenever (termo holandês), foi denominado em Inglaterra por Geneva e abreviado para o termo Gin, tendo o seu consumo excessivo em Londres durante o século XVIII contribuído para o maior interesse da comunidade médica no impacto do consumo de álcool na saúde (Schroth, 2015; Abel, 2001; Cassidy, 2015).

O “Gin Craze” (“Loucura do Gin”) foi um período que ocorreu na primeira metade do século XVIII quando o consumo de Gin aumentou significativamente em Inglaterra, nomeadamente em Londres (Cassidy, 2015). Este aumento de consumo de Gin derivou de um conflito político entre Inglaterra e França, que originou a aprovação de leis, entre 1689-1697, para restringir as importações de conhaque (“Brandy”) e incentivar a produção de Gin (Abel, 2001). O aumento dos níveis de criminalidade, problemas de saúde, imoralidade e desmandos da conduta foi atribuído ao consumo excessivo de Gin (Dillon, 2002). Em 1711, os magistrados de Londres referiram que o Gin era “a causa principal de todo o vício e devassidão cometidos por pessoas de classe inferior” (Dillon, 2002). O conceito médico da adição começou a ganhar forma, durante este período, sendo a palavra “adicto” utilizada pela comunidade médica, para explicar as escolhas dos indivíduos frequentemente intoxicados. No entanto, tanto era considerado uma “ação” como um “estado” (Clemis D., 2015).

No século XVIII, George Cheyne, médico escocês, publicou um artigo em 1724 “*An Essay on Health and Long Life*” onde referiu que “As bebidas destiladas são um veneno (...) endurecem, contraem e solidificam as fibras do corpo, que quando destruídas assumem uma série de doenças como a gota, o reumatismo...” (Cheyne, 1725). Stephen Hales, em 1734, publicou o artigo “*A friendly admonition to the drinkers of gin, brandy and other distilled spirituous liquours*” onde refere que “O conhaque contrai as artérias capilares das vísceras”, sendo que as bebidas destiladas no geral “esgotam o calor natural do sangue que causa uma vontade insaciável de beber mais” (Korostyshevsky, 2022; Hales, 1754). Este consumo “escraviza as pessoas”, que o mantêm mesmo que “vejam fogo a arder à sua frente (...) Esta infecção espalha-se tão rapidamente que pode infectar todo o reino” (Hales, 1754). Durante este século, destaca-se o contributo de Benjamin Rush e Thomas Trotter para o conceito de doença do alcoolismo, apesar de nenhum dos autores ter utilizado este termo (Korostyshevsky, 2022; Clemis D., 2015).

Benjamin Rush, considerado o “pai da Psiquiatria americana”, trabalhou como cirurgião geral durante a Guerra de Independência dos Estados Unidos da América (Butterfield, 2024). O consumo exagerado de álcool teve um impacto significativo no país durante a guerra e no pós-guerra (Clemis D., 2015). Em 1784, Rush publicou o “*Inquiry Into the Effects of Ardent Spirits on the Human Mind and Body*” onde descreve os efeitos agudos e crónicos do consumo de álcool, para além de constatar a existência de uma “certa hereditariedade” na população afetada (Rush, 1819). Benjamin Rush referiu que “o uso de bebidas fortes é inicialmente o efeito do livre-arbítrio mas o hábito torna-se uma necessidade”, defendendo que os doentes deviam receber tratamento médico ao invés de punição penal (Rush, 1819; Clemis D., 2015). Thomas Trotter, médico escocês, defendeu que os efeitos físicos do álcool no sistema nervoso, associados ao seu consumo frequente (por reforço social), afetavam a “parte mental” (na época considerada como o processamento de sensações e produção da associação de ideias). Atribui o dano causado na “parte mental” como a causa para o estado do indivíduo “frequentemente intoxicado” (“habitual drunkard”), o que considerava ser uma doença (Clemis D., 2015). Trotter defendeu que era a “parte mental” que deveria ser objeto da abordagem médica (Clemis D., 2015).

Século XIX

No século XIX, destacam-se dois autores, Cramer e Huss, que contribuíram para a crescente aceitação de que o consumo crónico de álcool não se tratava apenas de uma questão moral mas também de um problema de saúde pública (Clemis D., 2015). Em 1819, Carl von Brühl-Cramer publicou “*Ueber die trunk-sucht und eine rationelle heilmethode derselben*”. Cramer utilizou o termo “Trunksucht”, traduzido para dipsomania por Hufeland que consistia num impulso crescente ou desejo involuntário pelo consumo de bebidas alcoólicas (Clemis D., 2015; Kielhorn, 1996). Para Cramer, “um ataque” de dipsomania era semelhante a uma descompensação aguda de gota (Kielhorn, 1996; Clemis D., 2015). Magnus Huss, médico sueco, foi o primeiro a utilizar o termo alcoolismo (“*Alcoholismus chronicus*”) em 1849 (Clemis D., 2015; Huss, 1943). Defende que o alcoolismo ocorre “naqueles que têm consumo prolongado, persistente e excessivo de bebidas alcoólicas”, manifestando-se através de um “conjunto de doenças do sistema nervoso, na sua esfera mental, motora e sensorial” (Huss, 1943). A partir de meados do século XIX, começou a ser frequente a utilização de termos como alcoolismo e dipsomania (Clemis D., 2015). Os defensores do “Movimento da Temperança” adotaram estes termos para a criação de campanhas com o intuito da regulamentação ou proibição do álcool, com base na promoção da saúde mental e física, bem como do bem-estar moral e social (Clemis D., 2015). Neste período surgem os primeiros centros de reabilitação dirigidos para o tratamento do alcoolismo e asilos públicos (Clemis D., 2015). No entanto, no final do século, este género de instituições começaram a ser criticadas por possuírem tratamentos pouco eficazes, caros e que promoviam o isolamento dos doentes da família e da sociedade (Clemis D., 2015). Tal contribuiu para o alcoolismo passar a ser

encarado como um problema não médico, originado por causas, em grande parte, fora do alcance da medicina (Clemis D., 2015). Assim, o seu tratamento começou a ser realizado por pessoas não formadas em medicina, através de uma perspetiva espiritual (Clemis D., 2015).

Século XX

A organização dos “Alcoólicos Anónimos” (AA) foi fundada 1935. Apesar de não ter defendido nenhuma teoria médica como causa do alcoolismo, teve um contributo importante para estabelecer o conceito de alcoolismo como doença na população (Clemis D., 2015). A medicalização do alcoolismo foi, em parte, uma resposta ao fracasso da Lei Seca nos Estados Unidos da América, influenciada também pelo surgimento de novos tratamentos capazes de curar doenças ou, pelo menos, impedir o seu progresso (Clemis D., 2015). Em 1960, E. M. Jellinek, descreve no seu livro “*The Disease Concept of Alcoholism*”, as várias fases do alcoolismo (atualmente controverso), referindo que apenas os indivíduos que “perdem o controlo” do consumo sofrem de doença (Jellinek, 1969). O trabalho de Jellinek defendia a natureza crónica do alcoolismo e sugeria que apenas alguns dos consumidores se tornavam dependentes, enquanto outros eram capazes de moderar. O modelo de doença apresentado por Jellinek é atualmente criticado por muitos pela sua falta de rigor científico, no entanto na altura da sua publicação gerou um aumento significativo do número de publicações e estudos sobre a problemática do alcoolismo (MacAuley, 2015). Marty Mann, membro dos AA, foi fundadora do “National Council for Education on Alcoholism” em 1944, denominado desde 1990 como “National Council on Alcoholism and Drug Dependence” (NCADD) (Graham, 2015). Mann e Jellinek foram os principais responsáveis pelo crescimento do conceito de doença do alcoolismo, após a Segunda Guerra Mundial, contribuindo para a fundação do Conselho Nacional de Alcoolismo e Dependência de Drogas (organização americana) em 1944, que definiu o alcoolismo como doença, posição adotada posteriormente pela Associação Médica Americana em 1957 (Graham, 2015; MacAuley, 2015). Em 1980, a “American Psychiatric Association” (DSM-III) definiu os termos alcoolismo e abuso de álcool. No entanto, na década de 1970, o termo alcoolismo começou a ganhar uma conotação negativa, tendo sido alterado para Perturbação do uso de álcool (DSM-V) e Dependência de álcool (CID-10) (Hasin, 2003).

Conclusões ou considerações finais

Após vários anos de investigação sobre o alcoolismo, as causas que contribuem para este problema, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, não estão totalmente compreendidas. Apesar de Huss ter sido o primeiro a utilizar o termo alcoolismo, Rush e Trotter são os primeiros responsáveis pela teoria de doença do alcoolismo. Este conceito de alcoolismo como doença mais tarde popularizado por Jellinek, tem sido amplamente discutido nos últimos anos. No entanto, esta visão permitiu substituir a visão de censura moral e punição criminal associada ao alcoólico e ao seu comportamento, aliviando, desta forma, o sentimento de culpa e promovendo a procura de ajuda profissional.

Fontes e bibliografia final

- Abel, E. L. (2001). The Gin Epidemic: much ado about what? – Volume 36, Issue 5. *Alcohol and Alcoholism*, 401-405. doi: <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.401>
- Anderson, S. (2015). History of Medicinal use. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Bíblia. (s.d.). *Salmo 104:15*.
- Butterfield, L. H. (2024). Benjamin Rush. *Encyclopedia Britannica*. doi: <https://www.britannica.com/biography/Benjamin-Rush>.
- Bynum, W. (1968). Chronic Alcoholism in the first half of the 19th century. *Bulletin of the History of Medicine*, 42(2), 160-185. Obtido de <http://www.jstor.org/stable/44450720>
- Bynum, W. F. (1968). Chronic alcoholism in the first half of the 19th century. *Bulletin of the History of Medicine*, 42(2), 160-185. Obtido de <http://www.jstor.org/stable/44450720>
- Cassidy, T. M. (2015). History and Culture of Alcohol and Drinking: 17th Century. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.

- Cheyne, G. (1725). *An essay of health and long life*. Dublin: Printed by W. Wilmot, for George Ewing, at the Angel and Bible in Dames-Street.
- Clemis, D. (2015). Gin Epidemic in England. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Clemis, D. (2015). History and Culture of Alcohol and Drinking: 17-19th Century. Em S. Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Clemis, D. (2015). History of Addiction and Alcoholism. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives* (Vol. 1). Martin, Scott C. – Bowling Green State University, USA. doi: <https://doi.org/10.4135/9781483331096>
- D., H. (2003). Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Res Health*, 27(1):5-17.
- Dillon, P. (2002). *he Much-Lamented Death of Madam Geneva*. London: Review.
- Downame, J. (1613). *London: Michael Baker*, 87.
- Ernst, W. & Müller, T. (Eds.). (2022). *Alcohol, psychiatry and society: Comparative and transnational perspectives, c. 1700-1990s (Vol. 51)*. Manchester University Press.
- Graham, L. M. (2015). Alcoholics Anonymous and Recovery Groups in Popular Culture. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol-Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Hales, S. (1754). A friendly admonition to the drinkers of brandy]. A friendly admonition to the drinkers of gin, brandy, and other distilled spirituous liquors. *Internet Archive*.
- Huss, M. (1943). Alcoholismus Chronicus. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4(1), 85-92. Published Online: April 23, 2020.
- Jellinek, E. M. (1969). *The Disease concept of alcoholism*. New Haven, Hillhouse Press.
- Kielhorn, F.-W. (1996). The history of alcoholism: Brühl-Cramer's concepts and observations. *Addiction*, 91: 121-128. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91112114.x>
- Korostyshevsky, D. (2022). "Corrupting the body and mind: Distilled spirits, drunkenness and disease in early modern England and the British Atlantic world". In *Alcohol, psychiatry and society. Manchester, England: Manchester University Press*. doi: <https://doi.org/10.7765/9781526159410.00008>
- MacAuley, B. (2015). History of Alcoholism and Drug Abuse. Em S. Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Mann, K. a. (January de 2000). One hundred years of alcoholism: The twentieth centruty. *Alcohol and Alcoholism, Volume 35, Issue 1*, 10-15. doi: <https://doi.org/10.1093/alcalc/35.1.10>
- Nehring, S. M., Chen, R. J., & Freeman, A. M. (8 de Aug de 2023). Alcohol Use Disorder. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436003/>
- Nicholls, J. (2009). *The politics of alcohol – A history of the drink question in England*. Manchester University Press.
- Rush, B. (1819). An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind . *Exeter [N.H.]*: Printed for Josiah Richardson preacher of the gospel. U.S. National Library of Medicine.
- Schroth, S. T. (2015). Gin. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Stolberg, V. B. (2015). Ancient Greece. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives* (p. jan). Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Turberfield, L., & Organ, C. (2015). Rituals. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives* (p. Jan). Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.
- Williams, D. K. (2015). Christianity. Em I. SAGE Publications, *The SAGE Encyclopedia of Alcohol – Social, Cultural, and Historical Perspectives* (p. Jan). Scott C. Martin – Bowling Green State University, USA.

A eletrificante história da epilepsia: da loucura às neurociências

Luísa Santa Marinha, Maria do Rosário Basto, Adriana Horta

Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho (ULSGE)

E-mails: luisamarinha@gmail.com; maria.basto@ulsge.min-saude.pt; adriana.horta@ulsge.min-saude.pt

Resumo

De origem grega, epilepsia significa “ser tomado”, e foi inicialmente associada a natureza sobrenatural, consequência de possessão por entidades espirituais. Embora Hipócrates a tenha considerado um distúrbio cerebral, esteve subjugada à religião durante centenas de anos, impedindo avanços sob uma perspectiva médica. Nos séculos XVIII e XIX, a psiquiatria apoderou-se da epilepsia, atribuindo-a à doença mental e insanidade em indivíduos com excessiva irritabilidade. Só com os avanços neurofisiológicos, no século XX, é que as descargas elétricas no cérebro foram consideradas na fisiopatologia da epilepsia.

De doença espiritual, psiquiátrica e posteriormente neurológica, a epilepsia navegou por conjunturas sociais, culturais, religiosas e médicas, até ao conhecimento atual, com importantes reflexões sobre inimizabilidade e incapacidade. Atualmente, a falha no conhecimento global da epilepsia ainda impede a procura de ajuda por medo de estigma ou de ser-se considerado “louco”. Assim, este texto tem como objetivo visitar a polémica e pouco consensual história da epilepsia.

Palavras-chave: epilepsia, história, neuropsiquiatria, psiquiatria, neurologia

Abstract

Of Greek origin, epilepsy means “to seize”, and was initially associated with supernatural as a consequence of possession by spiritual entities. Although Hippocrates considered it a brain disorder, it remained subjugated to religion for hundreds of years, hindering advances from a medical perspective. In the 18th and 19th centuries, psychiatry took hold of epilepsy, attributing it to mental illness and insanity in individuals with excessive irritability. It was only with neurophysiological advances in the 20th century that electrical discharges in the brain were considered in the pathophysiology of epilepsy.

From spiritual, psychiatric, and later neurological disease, epilepsy navigated through social, cultural, religious, and medical contexts, until reaching the current knowledge, with important reflections on accountability and incapacity. Currently, the lack of knowledge about epilepsy still hinders seeking help for fear of stigma or being considered “crazy”. Thus, it is intended to revisit the controversial and little-consensual history of epilepsy.

Keywords: epilepsy, history, neuropsychiatry, psychiatry, neurology

Introdução

Apesar de atualmente estar bem definida como perturbação neurológica, a história da epilepsia é conturbada e pautada por curiosidade e estigma, com associação ao sobrenatural e espiritualidade, religião e doença mental, fazendo dela uma doença única.

A palavra epilepsia tem origem no termo grego *epilambanein*, que significa “ser tomado por” ou “apoderar-se” (Khalil et al., 2020), tendo sido inicialmente associada a natureza sobrenatural. Posteriormente, Hipócrates tentou classificá-la como um distúrbio cerebral, mas as crenças religiosas e místicas da altura impediram que fosse vista sob uma perspectiva médica. Durante os séculos XVIII e XIX foi vista como doença mental caracterizada por insanidade e irritabilidade. Só mais tarde, a partir do século XX e após a descoberta das descargas elétricas cerebrais, é que a epilepsia tomou a posição que atualmente ocupa como perturbação neurológica.

Assim, neste texto, pretende-se rever a evolução do conceito de epilepsia, desde os tempos antigos até à atualidade.

Epilepsia na Antiguidade

Na antiguidade, o conceito de epilepsia estava enraizado em interpretações místicas, como produto de vingança dos deuses. Textos mesopotâmicos datados de 2000 anos a.C. descrevem sintomatologia semelhante ao de uma crise epilética e incorporam o termo *antasubbu*, que pode ser traduzido como “*hand of sin*” (Bou Nasif et al., 2021;

Kaculini et al., 2021; Khalil et al., 2020). Nesta fase, como se considerava que os episódios de rápidas contrações eram causados por espíritos malignos e possessões demoníacas que invadiam o corpo, o tratamento implicava também intervenção espiritual, rituais e sacrifícios (Bou Nasif et al., 2021; Kaculini et al., 2021).

Há também evidência de descrições de epilepsia no Antigo Egito, nomeadamente no papiro de Edwin Smith (1700 a.C.), referindo-se a esta como *nesejet* (Bou Nasif et al., 2021). Em particular, há relato de um caso em que a estimulação direta do cérebro (num homem ferido), fez com que este tremesse excessivamente. Assim, os egípcios provaram que a epilepsia resulta de dano cortical (Kaculini et al., 2021).

Cerca de um milénio depois dos textos mesopotâmicos, textos babilónicos pertencentes ao manual de diagnóstico *Sakikku* descrevem vários tipos de crises de acordo com as suas características clínicas e prognóstico, associando cada ataque a uma entidade, geralmente maligna (Bou Nasif et al., 2021; Kaculini et al., 2021). Esta poderá ser considerada a primeira tentativa rudimentar de classificação semiológica da epilepsia (Bou Nasif et al., 2021).

Na Índia, a epilepsia foi designada nos textos mais antigos de *Apasmara* ou *Apasmrti*, inicialmente associada a intervenção divina (Bou Nasif et al., 2021). No entanto, Atreya (cerca de 600 a.C.), atribuiu a causa da epilepsia à disfunção cerebral.

Na China (770-221 a.C.), foram descritas as crises generalizadas no livro “*The Yellow Emperor’s Classic of Internal Medicine*” (Bou Nasif et al., 2021; Kaculini et al., 2021). Houve também a tentativa de classificar e categorizar a epilepsia, com base na teoria de que seria contraída *in utero*, se a mãe experienciasse algum tipo de trauma emocional, ou então, se houvesse uma desregulação das forças positiva e negativa dos elementos que constituem a vida (Bou Nasif et al., 2021). O tratamento passava por alterações na dieta, assim como ervas, acupuntura e massagens (Bou Nasif et al., 2021).

Na Grécia Antiga, a epilepsia era uma doença sagrada, causada por um castigo da deusa da lua, *Selene*, e considerada contagiosa (Bou Nasif et al., 2021). Os diferentes tipos de epilepsia estavam também associados a diferentes figuras divinas (Bou Nasif et al., 2021). Para o tratamento eram utilizados objetos mágicos, nomeadamente sangue (Bou Nasif et al., 2021).

A primeira descrição formal da epilepsia enquanto doença encontra-se no livro “*On the Sacred Disease*”, que se acredita ter sido escrito por Hipócrates, onde se rejeita a natureza mitológica, supersticiosa e sobrenatural da doença e se atribui a etiologia à disfunção cerebral e à heritabilidade (em vez de contágio) (Bou Nasif et al., 2021; Kaculini et al., 2021; Khalil et al., 2020; Magiorkinis et al., 2010). Baseado nas observações clínicas e na teoria dos humores, Hipócrates propôs etiologias, descreveu características clínicas e prognóstico, e sugeriu tratamentos racionais, incluindo mudanças na dieta, exercícios físicos e terapias comportamentais (Bou Nasif et al., 2021). Apesar de todo o seu contributo científico, a epilepsia mantinha-se profundamente enraizada em interpretações religiosas e espirituais, pelo que o seu trabalho apenas foi devidamente valorizado séculos depois.

Outros filósofos gregos também hipotetizaram acerca da epilepsia. Platão (428/427-348/347 a.C.) concordou com a origem cerebral da doença e Aristóteles (384-322 a.C.) hipotetizou que a epilepsia e o sono tinham mecanismos em comum (Kaculini et al., 2021; Magiorkinis et al., 2010). Este acreditava que a comida se evaporava para as veias, vapores estes que ascendiam e posteriormente descendiam, processo que ocorreria no sono e na epilepsia (Kaculini et al., 2021; Magiorkinis et al., 2010). Estas ideias viriam a influenciar a comunidade científica nos séculos seguintes, nomeadamente o trabalho de Galeno (131-201) e Areteu da Capadócia, na altura do Império Romano. Galeno elaborou acerca da teoria dos humores e distinguiu entre epilepsia de origem idiopática (de causa cerebral, por acumulação de humores nos ventrículos) e de origem “simpática” (precedida de outros sintomas, com acumulação primária de humores noutros órgãos). Além disso, Galeno descreveu também o conceito de aura (Bou Nasif et al., 2021; Khalil et al., 2020).

Epilepsia na Idade Média

Apesar das teorias de Hipócrates e Galeno, as crenças em torno da epilepsia como possessão pelo divino ou diabo, maldição ou castigo, perpetuaram por muito tempo. A idade média trouxe um retrocesso às teorias do misticismo no campo da Ciência e Medicina, com a difusão do Cristianismo (Bou Nasif et al., 2021; Khalil et al., 2020). Esta época foi caracterizada pela perseguição e execução de pessoas com epilepsia, consideradas possuídas por entidades divinas, particularmente no período da Inquisição (Bou Nasif et al., 2021; Gomes, 2006; Khalil et al., 2020). Além disso, voltou-se à teoria de que a doença poderia ser contagiosa, sendo muitas vezes os doentes excluídos dos rituais religiosos para evitar o risco de contágio ou de profanarem os objetos sagrados (Bou Nasif et al., 2021). Nesta fase, o tratamento baseava-se em exorcismos, que causavam muitas vezes ferimentos ou morte (Bou Nasif et al., 2021).

Epilepsia nas Eras Moderna e Contemporânea

A transição para o Renascimento, e posteriormente durante o Iluminismo, é caracterizada pela emancipação da ciência, particularmente devido ao fim da proibição da dissecação do corpo humano e aos avanços da neuroanatomia, patologia, química, farmácia e fisiologia (Bou Nasif et al., 2021; Gomes, 2006). Vários nomes poderiam ser aqui citados pelos seus contributos médicos e científicos durante a era moderna e início da era contemporânea, tais como Paracelso, Thomas Willis, Herman Boerhaave, Samuel Tissot e William Cullen. Tissot (1728-1797) e Cullen (1710-1790), contribuíram em larga escala para a classificação dos diferentes tipos de epilepsia (Magiorkinis et al., 2014) e, em particular, Tissot foi autor do primeiro grande tratado da epilepsia, rejeitando a etiologia baseada no comportamento da grávida (Gomes, 2006; Kaculini et al., 2021). Cullen contribuiu também para uma mistura da psiquiatria e neurologia com o termo “neurose”, referente a doenças dos sentidos e motoras causadas por uma afecção geral do sistema nervoso, e que incluía convulsões, coreia, histeria, entre outras (Reynolds & Trimble, 2009).

Na viragem do século XIX, a neurologia e a psiquiatria começaram a divergir. Porém, a epilepsia foi-se mantendo em ambas as disciplinas durante algum tempo, sendo só considerada uma doença de causa neurológica a meio do século XX (Reynolds & Trimble, 2009). No entanto, existem ainda pontes entre ambas as especialidades no que concerne a esta doença, como será abordado de seguida.

Epilepsia como Doença Psiquiátrica

Nos séculos XVIII e XIX, verificou-se um aumento do número de hospitais e consequente institucionalização de doentes com epilepsia e doença mental. Embora se reconhecesse o sistema nervoso na génese da epilepsia, continuava a associar-se a doença a emoções intensas, hipersexualidade, menstruação anormal, gravidez, traumatismo craniano ou hereditariedade (Khalil et al., 2020). A Psiquiatria apropriou-se assim da epilepsia, atribuindo-a à doença mental e à insanidade.

Alguns médicos merecem o destaque nesta fase pela contribuição para os avanços científicos, mas sempre relacionando a epilepsia à insanidade. Maisonneuve (1745-1826) foi importante na defesa da institucionalização de pessoas com epilepsia. Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) distinguiu as crises epiléticas ligeiras das graves (pequeno mal e grande mal) e Louis-Florentin Calmeil (1798-1895) também ajudou a caracterizar as crises epiléticas (Magiorkinis et al., 2014).

Os psiquiatras franceses Bénédicte Augustin Morel (1809-1879) e Jules Falret (1824-1902) contribuíram para os aspetos mentais da epilepsia ao observar comportamento agressivo em pessoas segregadas com epilepsia grave ou de longa data. Morel descreveu o conceito de “*epileptic fury*” e Falret descreveu a irritabilidade como o traço dominante dos epiléticos, sendo indivíduos “geralmente desconfiados, questionadores, predispostos a cólera” (Correia, 2013). Além disso, Falret também relatou uma forma psíquica de epilepsia que podia estar presente mesmo na ausência de convulsões, de forma automática e inconsciente (Gyimesi, 2022).

Epilepsia como Doença Neurológica

Como as crises convulsivas não estavam normalmente associadas a lesões cerebrais e aparentavam estar associadas a alterações mentais e do comportamento, a epilepsia manteve-se no domínio da psiquiatria/neuropsiquiatria durante muito tempo (Reynolds & Trimble, 2009). Eventualmente, a neurologia foi emergindo à medida que cada vez mais patologias foram associadas ao conceito de neurose, tais como a Doença de Parkinson e a neurosífilis (Reynolds & Trimble, 2009). Com os avanços no conhecimento da fisiologia neural, a epilepsia passou a ser vista pela comunidade científica como uma patologia com base cerebral. A história da epilepsia na neurologia é pautada por contributos de médicos e cientistas como Andréas Vesalius, Charles-Édouard Brown-Séquard, Robert Bentley Todd, John Russel Reynolds, Jean Martin Charcot, John Hughlings Jackson, entre outros, bem como pela descoberta do eletroencefalograma (EEG), os avanços da neurocirurgia e a descoberta da terapêutica antiepilética.

Brown-Séquard (1817-1894) propôs uma etiologia vascular para a epilepsia (Reynolds & Trimble, 2009), enquanto que Todd (1809-1860), melhor conhecido pela descrição da Paralisia de Todd, foi pioneiro no conceito de descargas neuronais (Reynolds & Trimble, 2009).

John Hughlings Jackson (1835-1911) é por muitos considerado o pai da epileptologia. Lançou as bases para visões neurológicas modernas sobre epilepsia, propondo uma base fisiológica e anatómica organizada pela hierarquia e posição do sistema nervoso e das funções cerebrais (Gomes, 2006; Khalil et al., 2020; Magiorkinis et al., 2014; Reynolds & Trimble, 2009) e definiu epilepsia como “uma descarga súbita, excessiva e rápida da substância cinzenta” (Gomes, 2006; Magiorkinis et al., 2014).

Já no início do século XX, outros progressos na área das neurociências contribuíram para o avanço da neurologia, como a descoberta da estrutura dos neurónios e das sinapses por Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) (Magiorkinis et al., 2014). Outro evento marcante da história da epilepsia é a descoberta das propriedades anticonvulsivantes do fenobarbital por Alfred Hauptmann (1881-1948) em 1912 (Kaculini et al., 2021; Magiorkinis et al., 2014).

O conceito de descarga elétrica serviu de base para a descoberta do EEG. Com base em trabalhos anteriormente realizados em animais, Hans Berger (1873-1941) foi o responsável pelo primeiro registo em humanos em 1924, permitindo confirmar que as convulsões são o resultado de atividade elétrica cerebral anormal (Kaculini et al., 2021; Magiorkinis et al., 2014; Reynolds & Trimble, 2009).

Epilepsia nos Dias de Hoje:

Atualmente, a epilepsia é considerada uma doença neurológica caracterizada por convulsões causadas por descargas elétricas anormais no cérebro, que podem cursar com uma variedade de sintomas. Esta pode ser diagnosticada após a ocorrência de (1) pelo menos duas crises epiléticas, não provocadas (ou reflexas), separadas por um intervalo superior a 24h; (2) uma crise epilética não provocada (ou reflexa) e uma probabilidade de ocorrência de novas crises semelhante ao risco geral de recorrência (pelo menos 60%) após duas crises não provocadas, no decurso dos 10 anos seguintes; (3) diagnóstico de uma síndrome epilética (Fisher et al., 2014).

Atualmente considerada uma doença neurológica, os psiquiatras continuam a ver a epilepsia como uma comorbidade e um diagnóstico diferencial (Murphy et al., 2021). As pessoas com epilepsia têm prevalência elevada de diversas patologias psiquiátricas (como depressão, ansiedade e psicose), bem como maior risco de suicídio e maior risco de mortalidade prematura (Taylor et al., 2021). Por outro lado, pessoas com depressão, ansiedade e psicose têm também risco aumentado de desenvolver epilepsia de novo (Taylor et al., 2021).

Considerações sobre a Epilepsia, a Perseguição e o Estigma

Muitas teorias e equívocos ao longo dos tempos trouxeram consequências sociais para pessoas com epilepsia, incluindo a sua discriminação.

O código de *Hammurabi* (1790 a.C.), um texto legal babilónico, é um dos primeiros exemplos de exclusão de doentes com epilepsia. O código preconizava que um escravo poderia ser devolvido, com retorno do dinheiro, se no mês seguinte à compra apresentasse *bennu*, outra palavra para epilepsia (Kaculini et al., 2021; Magiorkinis et al., 2010). Também no Antigo Egipto, pessoas que estivessem sob a maldição de *Bas*, estavam proibidas de entrar no templo (Bou Nasif et al., 2021). Outro exemplo passa-se na Grécia, em que Platão (428/427-348/347 a.C.) chega a sugerir punições aplicáveis a quem vendesse um escravo com epilepsia (Magiorkinis et al., 2010). Por outro lado, a Idade Média caracterizou-se pela “caça às bruxas”. Em 1486, foi inclusive lançado o manual *Malleus maleficarum*, que ditou a epilepsia como resultado de bruxaria e ensinava a identificar bruxas (Bou Nasif et al., 2021; Gomes, 2006).

No século XIX e parte do século XX, a epilepsia foi uma das doenças mais investigadas na psiquiatria forense e psicologia. Alguns sintomas secundários da epilepsia (como confusão temporal, alterações da consciência ou aumento da agressividade) fundamentaram as teorias forenses e psicológicas dos criminosos epiléticos, considerados extremamente violentos e capazes de cometer atos súbitos e brutais (Gyimesi, 2022). Até à metade do século XX, alguns estados dos Estados Unidos da América chegaram a proibir o matrimónio com pessoas com epilepsia (Kaculini et al., 2021). Esta teoria de criminalidade e personalidade epiléticas, bem como este tipo de leis, foram perpetuando o estigma e a discriminação.

Apesar dos avanços alcançados, ainda existem muitas preconceções erradas em todo o mundo sobre a epilepsia. Ainda hoje, fruto de crenças místicas alimentadas pelo estigma, há pacientes e famílias que não procuram ajuda ou, então, procuram um “curandeiro” antes de procurar um médico (Kaculini et al., 2021). Atualmente, a falha no conhecimento global da epilepsia ainda impede a procura de ajuda por medo de estigma ou de ser-se considerado “louco”. Além disso, existe discriminação ao nível do acesso aos cuidados de saúde e da possibilidade de ter emprego, contribuindo também para o isolamento social.

Estudos mostram que pacientes com epilepsia em comunidades que compreendem a patologia e a causa das convulsões geralmente têm mais sucesso social e educacional (Kaculini et al., 2021). Além disso, o conhecimento e a perceção da sociedade sobre a epilepsia têm sido diretamente correlacionados com o sucesso do tratamento da epilepsia (Kaculini et al., 2021). Desta forma, pode-se concluir que, quanto mais o público entender sobre a epilepsia, melhor será a vida das pessoas com esta patologia.

Conclusão

A história da epilepsia é controversa e espelha o desenvolvimento do conhecimento científico ao longo dos tempos. Desde doença espiritual, psiquiátrica e neurológica, a epilepsia foi navegando por conjunturas sociais, culturais, religiosas e médicas, até ao conhecimento atual, com importantes reflexões sobre inimizabilidade e incapacidade. A história mostra-nos que, apesar dos progressos na compreensão e tratamento da epilepsia, persistem desafios significativos, incluindo o estigma social e a falta de acesso a cuidados médicos adequados. Torna-se assim essencial a procura de uma abordagem holística e inclusiva para a epilepsia, que considere não apenas os aspetos médicos, mas também os sociais e culturais.

Bibliografia

- Bou Nasif, M., Koubeissi, M., & Azar, N. J. (2021). Epilepsy – from mysticism to science. *Revue Neurologique*, 177(9), 1047-1058. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.01.021>
- Correia, D. T. (2013). *Manual de psicopatologia*. Lidel-edições técnicas, lda.
- Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., ... Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
- Gomes, M. (2006). História da epilepsia: um ponto de vista epistemológico. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12. <https://doi.org/10.1590/S1676-26492006000500009>
- Gyimesi, J. (2022). Epilepsy, violence, and crime. A historical analysis. *J Hist Behav Sci*, 58(1), 42-58. <https://doi.org/10.1002/jhbs.22117>
- Kaculini, C. M., Tate-Looney, A. J., & Seifi, A. (2021). The History of Epilepsy: From Ancient Mystery to Modern Misconception. *Cureus*, 13(3), e13953. <https://doi.org/10.7759/cureus.13953>
- Khalil, N., Benbadis, S., & Robertson, D. (2020). Ceasing Antiquated Conceptions: A Telling of the Early and Evolving History of Epilepsy. *European Neurology*, 83(3), 341-344. <https://doi.org/10.1159/000509496>
- Magiorkinis, E., Diamantis, A., Sidiropoulou, K., & Panteliadis, C. (2014). Highlights in the History of Epilepsy: The Last 200 Years. *Epilepsy Research and Treatment*, 2014, 582039. <https://doi.org/10.1155/2014/582039>
- Magiorkinis, E., Sidiropoulou, K., & Diamantis, A. (2010). Hallmarks in the history of epilepsy: epilepsy in antiquity. *Epilepsy Behav*, 17(1), 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.10.023>
- Murphy, V., Hallahan, B., H, O. C., Wright, B., Kelly, B. D., Gulati, G., & Shankar, R. (2021). The neurology-psychiatry interface in epilepsy. *Ir J Psychol Med*, 38(1), 9-15. <https://doi.org/10.1017/ipm.2018.49>
- Reynolds, E. H., & Trimble, M. R. (2009). Epilepsy, psychiatry, and neurology. *Epilepsia*, 50 Suppl 3, 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02039.x>
- Taylor, D. M., Barnes, T. R., & Young, A. H. (2021). *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*. John Wiley & Sons.

***Gaslighting*: iluminar a história para compreender a atualidade**

Francisco S. Silva, Patrícia Baronet, Filipe Varino

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

E-mails: francisco97.ssilva@gmail.com; patriciaaronet25@gmail.com; filipe_varino@hotmail.com

Resumo

“*Gaslighting*” é um termo usado para descrever uma forma de abuso psicológico – o ato de manipular a realidade de alguém através da negação ou subversão de factos, do ambiente que os rodeia, ou dos seus sentimentos, de modo a que a vítima questione a sua própria cognição, emoções, e até mesmo como se vê a si própria. Com este trabalho, visamos explorar a origem e evolução histórica do termo, desde a peça de teatro que o cunhou e as adaptações cinematográficas que o difundiram, às suas primeiras utilizações num contexto psiquiátrico, até à sua popularização nos dias de hoje. Entre redes sociais e debates políticos, tem ocorrido uma simplificação do seu uso na atualidade, que também se verifica com maior frequência no meio médico, não só relativamente a doentes, mas também referente a relações entre profissionais, afetando desproporcionalmente mulheres e minorias sociais.

Palavras-chave: *gaslighting*, história, arte

Abstract

Gaslighting is a term used to describe a form of psychological abuse – the act of manipulating someone’s reality through denial or subversion of facts, their surroundings, or their feelings, in a way that makes the victim question their own cognition, emotions, and even how they perceive themselves. With this work, we aim to explore the origin and historical evolution of the term, from the play that coined it and the film adaptations that popularized it, to its early use in a psychiatric context, and its current widespread usage. In today’s social media and political debates, there has been a simplification of its use, which is also more common in the medical field, not only concerning patients but also in professional relationships, disproportionately affecting women and social minorities.

Keywords: gaslighting, history, arts

Introdução

Com a crescente adoção e popularização contemporânea do termo “*gaslighting*”, sobretudo nas redes sociais e em contextos políticos, tem-se verificado um esbatimento do seu significado, uma simplificação que pode ser potencialmente perigosa para as vítimas deste tipo de abuso invisível. Com este trabalho, visamos explorar a origem e evolução histórica do termo, desenvolvendo sobre a sua utilização em contexto psiquiátrico, o seu estabelecimento como síndrome psicológica e as fundamentais nuances sociais que o caracterizam e garantem uma significativa versatilidade à sua utilização.

Definições

Em 2022, o dicionário *Merriam-Webster* considerou “*gaslighting*” a sua palavra do ano, no seguimento de um aumento de cerca de 1740% da sua pesquisa pelo público em geral. O termo encontra-se definido como uma forma de manipulação psicológica, usualmente com um tempo de duração significativo, que põe em causa a validade dos próprios pensamentos da vítima, a sua perceção da realidade, e as suas memórias, podendo originar confusão, perda de confiança e autoestima, incerteza na própria estabilidade mental e emocional, além de dependência do abusador (Merriam-Webster, s.d.). O *Cambridge Dictionary* acrescenta que esta forma de abuso está especialmente associada à sugestão, por parte do abusador, de que a vítima possa ter uma doença mental (Cambridge Dictionary, s.d.). Várias expressões corriqueiras são comumente associadas com este tipo de comportamento, como por exemplo: “és muito sensível”; “estás a ser paranoide”; “estás a imaginar coisas”; “isso nunca aconteceu”; “isso é só da tua cabeça”; “estás a inventar”; “a tua memória é péssima”; “não tem assim tanta importância”; “estás a exagerar, como já é habitual”; “estás doente”; “estás a enlouquecer”; “lamento que aches que te magoei” (Stern, 2019).

Origens

Apesar do ressurgimento de interesse em torno deste termo, a sua origem retrocede a 1938, quando o dramaturgo britânico Patrick Hamilton apresentou a sua peça “*Gas Light: A Victorian thriller in three acts*” em Londres. Apesar do sucesso relativo que terá alcançado, incluindo reencenações americanas, até na *Broadway*, foram as adaptações cinematográficas que popularizaram a sua história e por conseguinte o termo. Em 1940, foi produzida em Inglaterra a primeira adaptação cinematográfica, recebida favoravelmente tanto pelo público em geral como pela crítica, o que motivou a *MGM Studios*, uma companhia de entretenimento americana, dominante na altura e ainda relevante atualmente, especializada em produção e distribuição de conteúdo cinematográfico, a adquirir os direitos para o seu próprio *remake*. Ironicamente, este contrato apresentava uma cláusula a insistir que todas as cópias existentes, até as originais, da primeira adaptação britânica deveriam ser destruídas de modo a evitar comparações com o seu futuro lançamento, o que não se concretizou, tendo cópias secretas sido realizadas nesta altura e restauradas posteriormente. A adaptação americana de George Cukor, com um maior orçamento e escala comparativamente ao anterior, estreou 4 anos depois, em 1944, para grande sucesso, garantindo a Ingrid Bergman o seu primeiro *Oscar* e ao filme outras 6 nomeações, incluindo Melhor Filme e Melhor Argumento Adaptado. A história consiste então num casal, em que o marido, com o objetivo de institucionalizar a mulher para conseguir a sua herança, manipula-a, aos seus amigos, e o seu ambiente físico, de modo a que ela questione a sua própria sanidade mental e percepção da realidade. Como exemplo, ele esconde os pertences dela e muda a sua mobília de localização para pôr em causa a sua memória; coloca objetos dele na mala dela para a acusar de roubo à frente dos seus amigos, impulsionando o isolamento da mulher; insinua que ela não está bem o suficiente para sair à rua sozinha; e, nas cenas que dão título à obra, ele faz com que as luzes de gás (“*gaslights*”) da casa cintilem ao acender as do sótão, fenómeno questionado com perplexidade por parte da mulher, ao qual o marido insiste que é da imaginação dela, sugerindo um agravamento da sua saúde mental como explicação dos fenómenos que ela descreve perceber (Thomas, 2018).

Contexto psiquiátrico

Antes da sua popularização e uso coloquial, o termo “*gaslight*” começou por ser usado academicamente, com Barton e Whitehead a adotá-lo pela primeira vez, num contexto psiquiátrico, ao relatar três casos de exemplo. Em 1969, descreveram “*The Gas-Light Phenomenon*” como a tentativa de institucionalizar alguém, como um familiar, a visar ganhos terciários para o abusador e em detrimento da vítima, através da simulação de que tenha alguma doença, nomeadamente mental. O primeiro caso descrito consistiu na admissão compulsiva de um mecânico de 48 anos, num hospital psiquiátrico, no seguimento de relatos da sua mulher. Esta referia que ele apresentaria frequentes alterações comportamentais, fora do seu habitual, nomeadamente períodos de maior irritabilidade e heteroagressividade direcionada a ela. Aquando do seu internamento, não foram percecionados os alegados surtos nem apurada qualquer evidência de doença mental ou outra causa médica que os pudesse justificar. Além disso, o marido descrevia apenas que a sua esposa teria mudado de atitude com ele recentemente, por razões que ele não sabia especificar, e que isso lhe afetava o seu estado de ânimo, de modo aparentemente adequado, sem impacto na sua funcionalidade e outras relações interpessoais. Mais tarde, e após confrontação da esposa, descobriu-se que estes relatos teriam sido manufaturados pela mesma, em articulação com o seu amante, de modo a facilitar um possível divórcio e uma subsequente união. No entanto, a mulher mostrou arrependimento para os seus atos, alegando ter sido coagida pelo amante, e iniciou, com o seu marido, terapia conjugal com um aproveitamento favorável e bons resultados numa reavaliação posterior. O segundo caso relatado era referente a um homem de 45 anos, gerente de um bar, que teria sido internado por quadro de sintomas sugestivos de úlcera péptica, com posterior transferência para uma unidade de alcoologia, no seguimento da sua esposa descrever uma história de consumo de álcool significativo, de longa data, associado a episódios recorrentes de comportamento errático e vários períodos de maior agressividade. Esta descrição levou os profissionais de saúde a equacionar a opção do marido apresentar uma perturbação do uso do álcool, naquele momento com um quadro provável de abstinência alcoólica. No decorrer do internamento, chegou-se à conclusão de que o homem consumiria álcool apenas pontualmente, não cumprindo critérios de dependência, de acordo com os relatos do próprio, confirmados com os de outros indivíduos de quem este seria próximo e com quem trabalharia. Foram ainda apurados sintomas de moderada intensidade de ansiedade e depressão, que poderiam justificar a inquietação objetivada, que esteve na base da hipótese diagnóstica inicial. Concluiu-se mais tarde que a mulher do indivíduo teria feito estas acusações com o objetivo de assumir a gerência do bar do mesmo, visto que com esta nova atribuição diagnóstica, ele perderia a licença, permitindo que esta fosse adotada por ela. Por fim, o terceiro e último caso consistia numa viúva de 72 anos, integrada num lar de idosos,

que fora encaminhada para um hospital psiquiátrico por uma alegada síndrome confusional e quadro de incontinência fecal, sendo esta última condição considerada um critério de exclusão para a sua continuação naquele lar. Esta doente teria um quadro demencial já conhecido, associado a uma Doença de Parkinson, mas, apesar disto, mantinha um contacto e comportamento adequados. Durante o internamento, melhorou da componente confusional e não foi apurado, em nenhum momento, qualquer tipo de incontinência, tendo alta para outra instituição diferente. Estranhando o relato da incontinência fecal, que não foi objetivada, esta foi investigada, tendo-se chegado à conclusão de que a responsável pelo lar teria uma relação conflituosa com a doente, acreditando que ela dificultava a sua vida e responsabilidades laborais, as dos restantes trabalhadores e ainda dos outros residentes do lar propositalmente, desvalorizando as condições neurológicas já conhecidas da doente. Neste contexto, a responsável pelo lar decidiu começar a administrar laxantes, sem indicação médica, para provocar incontinência fecal e ter uma razão viável para conseguir concretizar o seu objetivo, o de internar e expulsar a doente idosa do seu lar. Com esta exposição, os autores pretendiam alertar para uma realidade possivelmente frequente, que compararam à da peça e adaptações cinematográficas, reforçando a necessidade de avaliações profundas e longitudinais de todos os casos, para assegurar de que se tratam de reais doenças mentais e não de orquestrações, como as dos casos que minuciosamente apresentaram (Barton e Whitehead, 1969). Nas duas décadas posteriores, pontualmente, seguiram-se outras publicações psiquiátricas a partilhar casos no mesmo âmbito, com focos mais conjugais, não havendo muita evidência nesse sentido desde então (Cawthra et al., 1987; Kutcher, 1982; Lund e Gardiner, 1977; Smith e Sinanan, 1972).

Atualidade

Ao longo do tempo, o termo foi sendo incorporado no léxico de terapia de casais e autoajuda, como recurso para descrever um tipo específico de relacionamento tóxico, ao mesmo tempo que se verificou a sua derivação de nome (“*gaslight*”) para verbo (“*gaslighting*” – esta derivação da palavra ainda não teria sido adotada em nenhuma das obras de origem). A sua evolução culminou com o estatuto de síndrome psicológica, contrastando com as ideias originais de que o abusador estaria conscientemente a levar a vítima “à loucura”, ou de que têm um objetivo final claro, por exemplo ganhos terciários através da institucionalização desse outro indivíduo. Inicialmente, era visto como resultante do condicionamento social das mulheres – educadas para desejar e procurar relacionamentos amorosos, o que as predispunha a aproveitamento por parte dos seus potenciais parceiros –, compreendendo-se atualmente que é um tipo de abuso independente do género e que, apesar de ser uma característica comum em casos de violência doméstica, sendo até considerado como crime em certos países, tendo frequentemente como base dinâmicas sexistas, não é exclusivo deste tipo de relações interpessoais. Este facto garante ao *gaslighting* uma dimensão sociológica, essencial para o seu entendimento. Os abusadores recorrem a iniquidades sociais, estereótipos, e vulnerabilidades institucionais para afetarem a sensação de realidade, identidade e o suporte das vítimas, aproveitando-se então de dinâmicas de poder já existentes, em relações em que esse poder não se encontre equilibrado. O segundo requerimento para esta forma de abuso prosperar é a existência de uma relação próxima interpessoal, ou até institucional, que vincule a vítima ao abusador. Perante as estratégias de *gaslighting* levadas a cabo pelo abusador, esta vinculação vai tornar os esforços de afastamento ou desvalorização, por parte da vítima, mais difíceis e eventualmente frustrados, potenciando o seu estabelecimento (Lesaca, 2023; Stern, 2019).

O modo como o termo “*gaslighting*” atingiu o *mainstream* e se enraizou na cultura da atualidade não é claro, tendo acompanhado a exponencial adoção de linguagem terapêutica em discurso casual, que se verifica por exemplo nas redes sociais – uma realidade que se tornou mais evidente com a pandemia, quando houve uma maior procura de apoio psicológico e consequente divulgação de conceitos e estratégias terapêuticas *online*. Outro exemplo flagrante é o seu emprego pelos meios de comunicação, sobretudo na cobertura de campanhas políticas, maioritariamente quando os candidatos diziam mentiras e recusavam-se a reconhecê-lo face a serem confrontados com evidência contraditória. Acredita-se que este uso excessivo e simplificado do termo, que não coincide totalmente com as definições desenvolvidas e estabelecidas, minimiza os potenciais efeitos graves deste tipo de abuso, além de reduzir a sua sensibilidade e gerar confusão quando mercedamente recorrido por sobreviventes. Isto torna-se particularmente alarmante quando reconhecemos o *gaslighting* como um tipo de abuso psicológico único, subtil e íntimo, agravado pela sua invisibilidade (Lesaca, 2023; Stern, 2019).

“*Gaslighting* médico”

É a noção de iniquidades sociais e vulnerabilidades institucionais que nos permite compreender o “*gaslighting* médico”, uma terminologia contemporânea para uma preocupação já antiga, a de invalidação e desvalorização das

queixas dos doentes, próxima do que é conhecido como paternalismo médico, particularmente direcionada a mulheres e minorias sociais – coincidentemente os doentes mais negligenciados pela literatura médica ao longo da história. Os médicos, ao atuarem a partir de um estatuto hierárquico com bases científicas, ganham o poder de fazer interpretações da realidade das queixas dos seus doentes – muitas vezes caracterizadas por comentários semelhantes a “isso é da sua cabeça”, frase que ecoa os relatos de *gaslighting* em contextos de violência doméstica, ou que relembra um legado dos tempos da histeria –, havendo apenas um espaço limitado para refutar, por parte do doente, sem consequências (Lesaca, 2023; Sebring, 2021). Contudo, o “*gaslighting* médico” também tem sido aplicado a outros exemplos dentro da área de saúde, desde relações entre administrativos e outros trabalhadores, médicos e enfermeiros, especialistas e internos, e até entre médicos de especialidades diferentes. Estes exemplos também se enquadram nas noções de dinâmicas de poder desiguais que permeiam este tipo de abuso, primeiramente pelas claras hierarquias promovidas a nível laboral, mas que podem ser significativamente enaltecidas por outros fatores de contenção social, nomeadamente aqueles que dizem respeito a questões étnicas, de género, sexualidade, estatuto socioeconómico, entre outras (Fraser, 2021; Lesaca, 2023).

Considerações finais

Mais complexo do que um simples modo de mentir ou discordar, o *gaslighting* é uma forma sistemática de controlo e coerção, que compromete e substitui a realidade da vítima por outra orquestrada pelo abusador. Esta versão da realidade, sobre a qual o abusador exerce mais controlo pode, mesmo sem finais dramáticos como os das suas obras de origem, ter consequências de longa duração na autoestima, independência e até na saúde mental de quem é subjugado.

Bibliografia

- Barton, R., & Whitehead, J. A. (1969). The Gas-Light Phenomenon. *The Lancet*, 293(7608), 1258-1260.
- Cambridge Dictionary (s.d.). Gaslighting. *Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus*. Acedido a 13 de fevereiro de 2024, em <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/gaslighting>.
- Cawthra, R., O'Brien, G., & Hassanyeh, F. (1987). 'Imposed psychosis'. A case variant of the gaslight phenomenon. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 553-556.
- Fraser, S. (2021). The toxic power dynamics of gaslighting in medicine. *Canadian Family Physician*, 67(5), 367-368.
- Kutcher S. P. (1982). The gaslight syndrome. *Canadian journal of psychiatry*, 27(3), 224-227.
- Lesaca, T. (2023). Gaslighting and healthcare. *ACMS Bulletin*, 113(1), 16-17.
- Lund, C. A., & Gardiner, A. Q. (1977). The gaslight phenomenon – an institutional variant. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 131, 533-534.
- Merriam-Webster. (s.d.). Gaslighting. *Merriam-Webster.com dictionary*. Acedido a 13 de fevereiro de 2024, em <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gaslighting>.
- Sebring, J. C. H. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of health & illness*, 43(9), 1951-1964.
- Smith, C. G., & Sinanan, K. (1972). The “gaslight phenomenon” reappears. A modification of the Ganser syndrome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 120(559), 685-686.
- Stern, R. (2019). I've counseled hundreds of victims of gaslighting. Here's how to spot if you're being gaslighted. *Vox*. Acedido a 13 de fevereiro de 2024, em <https://www.vox.com/first-person/2018/12/19/18140830/gaslighting-relationships-politics-explained>.
- Thomas, L. (2018). Gaslight and gaslighting. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 117-118.

A Síndrome Hikimori como fenómeno transcultural

Inês Mateus Figueiredo

ULS São José – Pólo Júlio de Matos

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

Resumo

A síndrome Hikikomori é caracterizada por um prolongado isolamento social extremo com duração de pelo menos 6 meses. Foi formalmente reconhecida no Japão nos anos 90 por Tamaki Saitō que a comparou com uma «adolescência sem fim», tornando posteriormente um grave problema de saúde pública na Ásia.

Tem sido alvo de debate se esta síndrome deveria ser considerada uma perturbação psiquiátrica ou um fenómeno cultural. Apesar de originalmente se suspeitar que fosse resultado das condições socioculturais específicas do Japão (educação, economia...), atualmente, é observada em vários países com amplas diferenças culturais.

A comorbidade com esquizofrenia, depressão, ansiedade, perturbações de personalidade, perturbações do neurodesenvolvimento e associação com risco suicida e uso excessivo da internet é comum.

A sociedade moderna, o avanço tecnológico e a transformação das normas sociais permitiram que este fenómeno se expandisse e se tornasse transcultural, sendo necessário criar alertas para esta eventual epidemia ainda subdiagnosticada em vários países.

Palavras-chave: Síndrome Hikikomori, isolamento social, psiquiatria transcultural

Abstract

Hikikomori is a condition characterized by prolonged extreme social withdrawal with at least six months of duration. Hikikomori was formally recognized in Japan in the 1990s by Tamaki Saitō comparing it to an “adolescence without end” turning into a serious public health problem in Asia.

It has been debated whether it should be considered as a psychiatric disorder or a cultural syndrome. However originally suspected a result of sociocultural conditions specific to Japan (Japan’s education system or economics...), it is now seen in many countries with broad cultural differences.

Comorbidity with schizophrenia, depression, anxiety disorders, personality disorders, neurodevelopmental disorders and association with suicidal risk factors and heavy internet is common.

Modern society, its technological advances and transformation social norms allowed this syndrome to expand and to break the limits of a culture-bound phenomenon so it is necessary to raise awareness to this probably still hidden epidemic in several countries.

Keywords: Hikikomori syndrome, social isolation, transcultural psychiatry

Introdução

A síndrome *Hikikomori* é uma condição caracterizada por um prolongado e extremo isolamento social com duração de pelo menos 6 meses (Kato et al., 2012), isolamento esse que é gerador de *distress* ou que causa significativa disfuncionalidade.

O nome da síndrome provém do verbo composto ‘*Hikikomoru*’ que significa recuar (do verbo *hiku*) e isolar-se (do verbo *komoru*) (Kato; Kanba; Teo, 2019).

Foi no Japão, nos anos 90, que esta síndrome foi formalmente reconhecida após publicação de um livro pelo psiquiatra japonês Tamaki Saitō, o qual a comparou com uma “adolescência sem fim” e a viu tornar-se, posteriormente, num grave problema de saúde pública na Ásia (Fischborn, 2022).

Este artigo procura chamar à atenção para uma condição que se prevê cada vez mais prevalente e fazer uma breve revisão da literatura existente de forma a melhor compreendê-la e preparar a comunidade médica para diagnosticá-la e atuar em conformidade.

Desenvolvimento

Apesar da expressão ter sido reconhecida após a publicação de “*Shakaiteki Hikikomori-Owaranai Shishunki*” (Isolamento social: uma adolescência sem fim) em 1998 por Saitō, o termo foi introduzido pela primeira vez alguns anos antes pelo psicólogo Fujiya Tomita em 1985 (Dong, Li, Baker, 2022).

Em 2003, um conjunto de especialistas constituintes do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar (Ministry of Health, Labour and Welfare – MHLW) do Japão salientou importantes características do Hikikomori: 1) passar a maior parte do tempo em casa; 2) desinteresse em ir à escola ou para o emprego; 3) isolamento com evolução de mais de 6 meses; 4) exclusão do diagnóstico de esquizofrenia, perturbação de desenvolvimento intelectual e perturbação bipolar e 5) exclusão dos indivíduos que mantêm relações interpessoais (ex: amizades) (Bipeta et al., 2016).

Para além do óbvio impacto na saúde mental, esta síndrome ganhou ainda mais atenção internacional pelas suas consequências sociais, políticas, educativas e económicas (Castelpietra, Nicotra, Leo, 2021). Contudo, apesar de na generalidade ser vista como algo negativo, alguns estudiosos têm colocado em pauta que esta síndrome pode levar a um eventual benefício, o qual se prende com um favorecimento do auto-conhecimento.

Não é consensual que esta síndrome traduza uma verdadeira perturbação psiquiátrica ou se, por outro lado, se deva considerar um fenómeno cultural. Outro tema de debate é ainda o facto de, sendo efetivamente uma patologia mental, se se faça este diagnóstico quando há outra condição psiquiátrica que possa justificar os sintomas/sinais apresentados.

Em resposta ao último problema, alguns autores sugeriram a designação de Hikikomori secundário se há uma comorbilidade concomitante em que a qual poderá, em parte, explicar esta síndrome ou, pelo contrário, o termo Hikikomori primário na ausência de qualquer outro diagnóstico.

Sensivelmente, 1-2% dos adolescentes e adultos jovens sofre desta síndrome na Ásia, sendo o género masculino o mais afetado, com um ratio homem:mulher de 3:1 e com uma média de reclusão social, geralmente, entre os 1-4 anos. Há, contudo, casos descritos com mais de 10 anos de isolamento social (Bipeta et al., 2016). Observou-se ainda que é mais comum em zonas urbanas. No Japão, apurou-se que 1.2% da população geral teve experiências de Hikikomori e que em 0.5% das habitações havia pelo menos uma criança com Hikikomori (Koyama et al., 2010).

Apesar de originalmente se suspeitar que fosse resultado das condições socioculturais específicas do Japão, tais como a sua educação e economia, atualmente, esta síndrome é observada em vários países com diferenças culturais amplas (Kato et al., 2011). Utilizando os critérios atrás referidos, e por meio de entrevistas, foi observado que os doentes na Coreia do Sul e nos Estados Unidos da América que sofrem desta doença experienciam uma maior sensação de solidão e apresentam um maior défice funcional no domicílio, sendo que os últimos ainda apresentam maior comorbilidade com perturbações do humor, ansiedade e uso de substâncias (Kato; Kanba; Teo, 2019). Já os indivíduos originários da Índia conseguiam manter alguma interação social com amigos, mas o défice funcional era maior comparativamente ao referidos anteriormente (Dong, Li, Baker, 2022). Para esta disseminação mundial, julga-se que a comunicação indireta por via das novas tecnologias tenha contribuído grandemente.

A etiologia desta síndrome não é clara, sendo propostas várias explicações. Uma das teorias existentes é que, na sociedade japonesa do pós-guerra, onde as expectativas culturais se traduziam em seguir normas rígidas e alcançar objetivos grandiosos, onde uma educação de nível elevado era a forma de ter sucesso na vida e onde o próprio papel da família promovia a reclusão da criança, sobretudo a relação entre mãe-filho, o fenómeno Hikikomori apareceu como um sintoma social da conjugação destes elementos (Teo, Gaw, 2010). A literatura sugere ainda que fatores socioculturais, de onde se realça a globalização, a crescente escassez de coesão social com a criação das novas tecnologias, nomeadamente a Internet, e consequente alteração na forma como as pessoas interagem entre si e se comportam na sociedade também podem predispor ao desenvolvimento desta patologia (Kim, Yong, Kaneko, 2006). É ainda de acrescentar que existe igualmente associação entre esta síndrome e um ambiente familiar disfuncional, psicopatologia nos pais, experiências traumáticas, personalidade introvertida, um padrão de apego ambivalente ou evitante e mau aproveitamento escolar (Eckardt, 2023).

Um conceito que pode ajudar a entender a aceitação mais passiva desta síndrome no Japão e o porquê do referido relativamente à contribuição da relação entre mãe e filho(a) como potenciadora da mesma é o conceito de *amae*. *Amae* define um desejo de dependência excessiva, sendo o protótipo a dependência da criança para com a sua mãe, fazendo-se notar que, após da 2ª Guerra Mundial, assistiu-se no Japão a uma mudança no modelo de família tradicional, tendo sido adotado o modelo de família nuclear dos países ocidentais onde a figura paterna passa a maior parte do tempo fora de casa a trabalhar e o papel da mulher é cuidar dos filhos. O termo foi introduzido pelo psiquiatra japonês Takeo Doi que, após uma viagem de intercâmbio aos Estados Unidos da América, percebeu que os japoneses desenvolviam muito mais relações codependentes, ou interdependentes e escreveu um livro sobre o tema com o título “A Anatomia da Dependência” (tradução). Yamaguchi propôs duas características essenciais de *amae*: o pedido de *amae* deve ser impróprio para a idade, status social ou condição física do solicitante em situações comuns e o solicitante deve acreditar que seu pedido será aceite pela sua contraparte. O conceito é muitas vezes traduzido para “mimar”, “choramingar” ou “adular”, contudo, enquanto estas palavras em geral têm conotação negativa, *amae* tem uma conotação positiva. Estão descritos alguns casos de heteroagressividade dos doentes para

com as mães o que pode ser explicado pelos vários relatos de mães controladoras e intrusivas que depositam nos filhos inúmeros ideais e expectativas elevadas juntamente com a codependência dos filhos para com as mesmas (Castelpietra, Nicotra, Leo, 2021).

Uma outra perspectiva, desenvolvida por Michael Zielenziger e descrita no seu livro *“In Shutting out the Sun: How Japan created its Own Lost Generation”*, é que a síndrome Hikikomori é um mecanismo de coping para sobreviver aos rígidos valores proclamados pela sociedade japonesa, uma vez que é a forma de as pessoas se conseguirem conformar e fazer desaparecer a sua individualidade e sentimentos de dissatisfação. Acrescenta ainda que é como que uma liberdade individual criada por vários adolescentes e jovens adultos não conformantes com estes valores da sociedade na sua própria casa (Castelpietra, Nicotra, Leo, 2021).

Foi sugerido três tipos de processos de isolamento social com diferentes abordagens de intervenção para cada um: 1) indivíduos jovens, codependentes, que geralmente crescem em famílias sobreprotetoras em que os pais fomentam a dependência e que representam o padrão de isolamento extremo, evitando todo o tipo de interação social e mantendo-se enclausurados nos seus quartos e os mais difíceis de alcançar e tratar; 2) indivíduos jovens com padrões de funcionamento maladaptativos, que cresceram em famílias disfuncionais e sem capacidade de aprender a estabelecer relações interpessoais saudáveis, que geralmente abandonam o ensino e que alteram períodos de seclusão em casa com períodos em que saem da mesma; 3) indivíduos que receiam dependerem de outros, em que foram colocadas responsabilidades muito cedo e colocadas elevadas expectativas por parte dos pais, pelo que é esperado deles passarem muito tempo fechados a estudar para cumprir essas exigências e ambições (Li, Wong, 2015).

O diagnóstico diferencial com outras doenças, nomeadamente no estadio inicial das mesmas, pode ser difícil devido à sobreposição de vários sintomas que acabam por ser inespecíficos, sintomas como isolamento, deterioração social, amotivação, desconcentração, alterações do sono. A anedonia nas perturbações depressivas, a ansiedade causada pela interação social em perturbações de ansiedade social, a síndrome amotivacional na perturbação de uso de canabinóides são sintomas que podem confundir o diagnóstico ou levar a um Hikikomori secundário.

Desta forma, a comorbilidade em si com outros diagnósticos psiquiátricos, tais como esquizofrenia, perturbações depressivas, perturbações ansiosas, perturbações de personalidade, perturbações de stress pós-traumático, perturbações do neurodesenvolvimento é muito variável, indo desde praticamente 50% dos casos até quase à sua totalidade (Dziesinski, 2003). Foi apurada também uma associação frequente com vários fatores de risco suicida e uso excessivo da internet, sendo que cerca de um décimo destes indivíduos fecham diagnóstico para perturbação de uso de internet (Bipeta et al., 2016). Alguns indivíduos com certas doenças não psiquiátricas (fadiga crónica, dor crónica, doenças dermatológicas, doenças GI) podem levar a esta síndrome (Eckardt, 2023).

É ainda importante ressaltar que na esquizofrenia, sobretudo a com sintomas negativos, e noutras doenças psicóticas, alguns dos sintomas desta síndrome, nomeadamente o isolamento social, são frequentes, pelo que se deve ter atenção à evolução do indivíduo, podendo o quadro tratar-se de um pródromo de uma patologia deste tipo. (Kato; Kanba; Teo, 2019). A privação sensorial decorrente da síndrome Hikikomori, por sua vez, também pode levar a uma apresentação semelhante ou mesmo desencadear uma psicose em doentes com predisposição para tal.

Outras doenças médicas não psiquiátricas que causem grande debilitação física geral, síndromes de dor crónica, determinadas doenças dermatológicas (dermatite atópica, pénfigo bolhoso) ou gastrointestinais (síndrome do cólon irritável, colite ulcerosa, doença de Crohn) podem também levar ao evitamento de contatos e interação social (Kato; Kanba; Teo, 2019).

As abordagens terapêuticas são geralmente psicoterapêuticas, mas um tratamento multidisciplinar envolvendo médicos, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais pode levar a um melhor prognóstico. O tratamento pode incluir intervenções familiares e também uma componente farmacológica, especialmente na presença de patologia psiquiátrica concomitante (Kato; Kanba; Teo, 2019). No Japão, existem mais especificamente 3 tipos de serviços que procuram oferecer um tratamento adequado e personalizado ao indivíduo e quebrar as barreiras do isolamento e de onde se referem: hospitais de saúde mental, com uma abordagem clínica/psicológica; serviços comunitários, com abordagem psicológica e ainda outras estruturas alternativas, onde o tratamento pode passar por terapia com animais, quintas comunitárias e/ou plataformas online. Em determinados casos onde a disfuncionalidade é extrema, pode ser mesmo necessária hospitalização.

O MHLW recomendou uma intervenção baseada em 4 etapas: a 1ª assenta no suporte familiar, primeiro contacto com o doente e respetiva avaliação do mesmo; a 2ª compreende o suporte individual; a 3ª assenta num treino intercalado com momentos de terapia em grupo e a 4ª etapa numa tentativa de participação social.

O envolvimento familiar deve ser o ponto de partida, uma vez que, mesmo isolado no seu quarto, vários doentes acabam por coabitar com algum parente. Esta etapada deverá focar-se na a psicoeducação da família para reconheci-

mento da doença, ultrapassar o estigma associado à saúde mental e ensinar meios de boa comunicação para com o doente de forma a minimizar a emoção expressa. Quanto à abordagem do indivíduo propriamente dita, estando estes enclausurados nas suas casas, as visitas domiciliárias serão quase na globalidade dos doentes necessárias para avaliação dos mesmos e para a planificação de um plano terapêutico, sendo por si só a comunicação com outras pessoas para além dos eventuais familiares com quem partilham casa, um incentivo à comunicação e podem ajudar o indivíduo a sentir-se menos tenso nas relações inter-pessoais. Para indivíduos em que o contacto com outras pessoas seja muito aversivo ao início, poderá ser utilizada terapia com animais ou mesmo com robôs.

A psicoterapia é considerada eficaz no tratamento do Hikikomori, nomeadamente as terapias psicodinâmicas individuais ou em grupo e/ou terapia cognitivo-comportamentais, que vão ajudar a resolver as dificuldades nas relações interpessoais com membros da família, escola, trabalho e sociedade em geral.

Quanto a medicação psicotrópica, os estudos são quase inexistentes, baseando-se sobretudo em descrições de casos. Nestes poucos casos, contudo, observou-se, por exemplo, um doente com Hikikomori secundário e com o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-compulsiva foi tratado com Paroxetina com sucesso (Teo, 2010).

O prognóstico é tão pior quanto mais anos da doença passarem sem tratamento, sendo que muitos destes indivíduos apenas procuram, ou são encaminhados, à Psiquiatria já em situação extrema. Quando o doente consegue sair do seu espaço, ao encontro com a sociedade, irá ter que passar por todo um processo de adaptação ao desenvolvimento que ocorreu enquanto permaneceu distanciado desta. A literatura também mostra que o processo de recuperação pode não ser linear e pode incluir várias recaídas, sendo o tratamento geralmente muito longo (anos) (Wenzel et al., 2023), com um estudo de Kondo et al. (2013) a mostrar que apenas 15.3% dos indivíduos conseguiram retomar a interação social após 21.7 meses de tratamento.

Conclusão

A sociedade moderna, o avanço tecnológico e a transformação das normas sociais em conjugação com fatores psicológicos individuais permitiram que este fenómeno se expandisse e se tornasse transcultural.

Desta forma, torna-se necessário criar alertas para esta problemática que pode até se tornar numa eventual epidemia e ainda esteja subdiagnosticada em vários países, para que seja possível chegar a um diagnóstico de forma mais rápida e, consequentemente, iniciar o tratamento ideal mais precocemente, prevenindo assim o aparecimento de comorbidades ou agravar o prognóstico.

Bibliografia

- Bipeta, R., Weinstein, A. M., Janiri, L., et al. (2016). *Internet addiction, Hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis*, 7:3.
- Castelpietra, G., Nicotra, A., Leo, D. (2021). The Hikikomori Phenomenon: Could Loneliness Be a Choice of Self-Restriction from Society? *Open J Psychiatry*, 11(01), 47-62.
- Dong, B., Li, D., & Baker, G. B. (2022). Hikikomori: A Society-Bound Syndrome of Severe Social Withdrawal. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*, 32(2), 167-173.
- Dziesinski, M. (2003). *Hikikomori: investigations into the phenomenon of acute social withdrawal in contemporary Japan*. Acedido a 20 de abril de 2023, em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Hikikomori+-+Investigations+into+the+phenomenon+of+acute+social+withdrawal+in+contemporary+Japan#0>.
- Eckardt, J. P. (2023). Does the Hikikomori Syndrome of Social Withdrawal Exist in Denmark? A Research Request. *Jam j*, 6(1), 86-87.
- Fischborn, G. (2022). “Preso” em casa: o hikikomori é um transtorno marcado por isolamento grave. Acedido a 20 de abril de 2023, em <https://www.correiobraziliense.com.br/revista-do-correio/2022/06/5015338-o-transtorno-mental-hikikomori-e-uma-sindrome-marcada-pelo-isolamento-social.htm>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry Clin Neurosci*, 73(8), 427-440.
- Kato, T. A., Shinfuku, N., Sartorius, N., Kanba, S. (2011). Are Japan's Hikikomori and Depression in Young People Spreading Abroad? *Lancet*, 378, 1070.
- Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., et al. (2012). Does the ‘hikikomori’ syndrome of social withdrawal exist outside Japan?: A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(7), 1061-1075.

- Kim, R., Yong, F., & Kaneko, Y. (2006). Hikikomori, a Phenomenon of Social Withdrawal and Isolation in Young Adults Marked by an Anomic Response to Coping Difficulties: A Qualitative Study Exploring Individual Experiences from First- and Second-Person Perspectives. *Open J Prev Med*, 6, 1-20.
- Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., Takeshima, T., et al. (2010). Lifetime Prevalence, Psychiatric Comorbidity and Demographic Correlates of “Hikikomori” in a Community Population in Japan. *Psychiatry Research*, 176, 69-74.
- Li, T. M. H., & Wong, P. W. C. (2015) Youth Social Withdrawal Behavior (Hikikomori): A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 595-609.
- Teo, A. R. (2010) A New Form of Social Withdrawal in Japan: A Review of Hikikomori. *Int J Soc Psychiatry*, 56(2), 178-185.
- Teo, A. R., & Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM-V. *J Nerv Ment Dis*, 198(6): 444.
- Yokoyama, K., Furuhashi, T., Yamamoto, Y., Rooksby, M., & McLeod, H. J. (2023). An examination of the potential benefits of expert guided physical activity for supporting recovery from extreme social withdrawal: Two case reports focused on the treatment of Hikikomori. *Front. Psychiatry*, 14, 1084384.

Síndromes raras na psiquiatria

Joana Tavares Coelho, Sertório Timóteo

Unidade Local de Saúde São João

E-mails: joana.tavares.coelho@ulssjoao.min-saude.pt; sertorio.timoteo@ulssjoao.min-saude.pt.

Resumo

Apesar da prevalência global das doenças mentais ser elevada, existem condições clínicas raras, que tendencialmente afetam indivíduos que se encontram inseridos em culturas, comunidades ou contextos específicos. Neste trabalho, pretende-se abordar algumas destas síndromes raras, nomeadamente a Síndrome de Diógenes, a Síndrome de Stendhal (também conhecida como Síndrome de Florença), o delírio sensitivo de Kretschmer, a Síndrome de Jerusalém e as síndromes de falsa identificação (Síndrome de Capgras e Síndrome de Frégoli). Estes quadros clínicos reforçam o papel crucial do contexto sociocultural na manifestação das doenças psiquiátricas e, por outro lado, permitem revisitar autores clássicos aos quais se devem as designações eponímicas destas síndromes.

Palavras-chave: Síndrome de Diógenes, Síndrome de Stendhal, delírio sensitivo de Kretschmer, *síndrome de Jerusalém*, síndromes de falsa identificação

Abstract

Although the global prevalence of mental disorders is high, there are rare clinical conditions that tend to affect individuals who are embedded in specific cultures, communities or contexts. In this work, we intend to expose some of these rare syndromes, namely Diogenes Syndrome, Stendhal Syndrome (also known as Florence Syndrome), Kretschmer's sensitive delusion, Jerusalem Syndrome and delusional misidentification syndromes (Capgras Syndrome and Fregoli Syndrome). These syndromes reinforce the crucial role of the sociocultural context in the manifestation of psychiatric disorders. Besides, they allow us to revisit classic authors to whom the eponymic designations of these syndromes are due.

Keywords: Diogenes syndrome, Stendhal syndrome, Kretschmer's sensory delusion, Jerusalem Syndrome, false identification syndromes

Introdução

Globalmente, a prevalência das doenças mentais é elevada. No entanto, existem condições clínicas psiquiátricas que, dado serem raras, constituem um verdadeiro desafio para os psiquiatras. Se, por um lado, a maioria destas síndromes tem uma apresentação clínica bem estabelecida de acordo com os sistemas de classificação, a verdade é que, ao mesmo tempo, realçam a importância da dimensão sociocultural do doente, dado afetarem tendencialmente indivíduos que pertencem a culturas e contextos específicos, enaltecendo a necessidade de uma abordagem biopsicossocial. O objetivo deste trabalho é abordar algumas destas síndromes raras.

Síndrome de Diógenes

Esta síndrome tem como principal característica o desleixo extremo do autocuidado, a par de maior isolamento social, tendência para a acumulação de bens aparentemente sem utilidade e recusa em receber qualquer tipo de ajuda. É ainda comum que o local onde os indivíduos com esta síndrome habitam apresente progressiva acumulação de objetos ao ponto de atingir níveis exuberantes de insalubridade.

O termo Diógenes tem a sua origem no filósofo da Grécia Antiga Diógenes de Sinope, também conhecido como Diógenes, o Cínico. Este filósofo nasceu no ano de 413 a.C., em Sinope (onde se localiza atualmente a Turquia) e, durante toda a sua vida, adotou uma postura anti-materialista para alcançar a plenitude através do conhecimento, defendendo a virtude da pobreza e de uma vida desprovida de bens materiais ou de luxo que, segundo o próprio, cegavam o ser humano. Por este motivo, foi considerado o símbolo da simplicidade, tendo feito parte da corrente filosófica denominada "Cinismo", sendo que este termo deriva da palavra "cão" (Kynos), no contexto da simplicidade que caracterizava o seu estilo de vida, ao ponto de ser comparada à rotina simples de um cão. Diógenes escreveu a obra intitulada "*A República*", na qual está visível a crítica aos valores que regiam a sociedade grega. O filósofo faleceu no ano de 327 a.C., na cidade grega de Corinto.

A Síndrome de Diógenes tem uma incidência anual de 0,5 por 1000 habitantes acima dos 60 anos, apresentando uma média de idades de 79 anos, não se verificando diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino, ocupação profissional ou estatuto socioeconómico. No entanto, está descrita uma maior frequência em idosos isolados, solteiros ou viúvos.

Dado apresentar um quadro clínico com sintomas que se enquadram em diversas condições psiquiátricas, esta síndrome não constitui uma entidade diagnóstica específica contemplada nos atuais sistemas de classificação. Por outro lado, sabe-se que é comum a síndrome existir em co-morbilidade com outras condições clínicas como o alcoolismo, a demência, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a Perturbação Afetiva Bipolar e a depressão psicótica.

Sendo uma síndrome rara, não existem protocolos ou *guidelines* com vista à orientação terapêutica, estando, no entanto, estabelecido que, para além do tratamento da patologia psiquiátrica associada através do uso de psicofármacos, é fundamental orientar cada doente que padece desta síndrome do ponto de vista socio-ocupacional.

Síndrome de Stendhal

A Síndrome de Stendhal, também conhecida como Síndrome de Florença ou hiperculturemia caracteriza-se por um quadro pautado por ansiedade, ataques de pânico e experiências dissociativas perante exposição à arte. De acordo com a literatura, os sintomas que constituem o quadro clínico podem ser despoletados quer pela beleza das obras de arte, quer pela excessiva quantidade de arte concentrada num só local como, por exemplo, uma galeria ou um museu. O nome desta síndrome deve-se ao escritor francês do século XIX Stendhal, pseudónimo de Henri-Marie Beyle, que terá experienciado o quadro clínico descrito durante uma viagem a Florença, em 1817. Na obra *Nápoles e Florença: uma viagem de Milão a Reggio*, este autor terá descrito detalhadamente os seus sintomas, que ocorreram durante uma visita à Basílica de Santa Croce, em Florença, na qual teve a oportunidade de visualizar as pinturas de Giotto no teto, ficando extremamente emocionado perante tal obra de arte. De acordo com os registos presentes na literatura, Stendhal terá proferido as seguintes palavras:

“Eu caí numa espécie de êxtase, ao pensar na ideia de estar em Florença, próximo aos grandes homens cujos túmulos eu tinha visto. Absorto na contemplação da beleza sublime... Cheguei ao ponto em que uma pessoa enfrenta sensações celestiais... Tudo falava tão vividamente à minha alma... Ah, se eu tão-somente pudesse esquecer. Eu senti palpitações no coração, o que em Berlim chamam de ‘nervos’. A vida foi sugada de mim. Eu caminhava com medo de cair.”

o que torna evidente a emoção que terá tomado conta de si.

Para a melhor compreensão desta síndrome, contribuiu ainda a psiquiatra italiana Graziella Magherini, que documentou 106 casos semelhantes admitidos no Hospital de Florença entre os anos de 1977 e de 1986, de doentes que deram entrada no hospital após visualizarem pinturas ou esculturas famosas, apresentando quadros variáveis dentro de um espectro que variou desde níveis exacerbados de ansiedade até sintomas psicóticos exuberantes. Assim, dividiu a síndrome em três tipos: o tipo I foi o predominante e englobava doentes com sintomas psicóticos; no tipo II foram incluídos os doentes com sintomas predominantemente afetivos; o tipo III, mais raro, contemplou doentes que apenas apresentavam sintomas ansiosos.

Delírio sensitivo de Kretschmer

Ernst Kretschmer, psiquiatra alemão nascido em 1888, descreveu pela primeira vez o delírio sensitivo de referência. Por outro lado, é também conhecido por ter desenvolvido um sistema de classificação focado na constituição humana, da qual resultou a divisão dos indivíduos em três grupos, tendo em conta as suas características corporais (asténicos ou leptossómicos; atléticos; pícnicos).

O Delírio sensitivo de Kretschmer constitui um transtorno paranóide, associado a solidão bem como a sofrimento. Está descrito na literatura que este tipo de delírio é mais frequente em indivíduos tendencialmente mais reservados, inseguros, sensíveis às reações de terceiros e com predisposição a reter e a expressar com maior dificuldade os seus conflitos internos, características que se enquadram na chamada “personalidade sensitiva”. Os indivíduos com este tipo de características, além de, muitas vezes, apresentarem sintomas depressivos ou ansiosos associados, também têm a percepção de que estão excluídos da sociedade, ao mesmo tempo que vão cultivando ressentimento em relação à mesma.

Síndrome de Jerusalém

A Síndrome de Jerusalém foi descrita pela primeira vez no ano de 1939 pelo psiquiatra Heinz Herman. A síndrome é caracterizada quer pela presença de ideias de carácter obsessivo de teor religioso, quer por sintomas psicóticos como atividade delirante, tipicamente desencadeados após visita à cidade de Jerusalém. Segundo a literatura, não afeta indivíduos de uma única religião, tendo sido verificada em judeus e cristãos de diversas formações socioculturais. Constata-se que os sintomas desaparecem após algumas semanas de estadia na cidade ou após o indivíduo sair da mesma. De realçar o teor religioso da síndrome, que contrasta com a Síndrome de Stendhal anteriormente descrita, na qual o motivo de aparecimento da sintomatologia relaciona-se com a arte.

É ainda importante referir que o facto de o quadro ser despoletado especificamente por visitantes de Jerusalém, tal como foi inicialmente descrito, tem vindo a gerar alguma controvérsia. Tal discussão surge pelo facto de comportamentos semelhantes terem vindo a ser observados noutras locais com relevância religiosa, como Meca e Roma. Há ainda quem defenda que um quadro semelhante já teria sido previamente reportado durante a Idade Média, nomeadamente na descrição do itinerário de Felix Fabri bem como na biografia de Margery Kempe.

Um caso relevante que representa este quadro clínico e que está na base do filme denominado *The Jerusalem Syndrome* ocorreu em 1969, quando um turista australiano terá posto fogo à Mesquita de al-Aqsa, alegadamente por um “chamamento divino”, evidenciando a gravidade que os sintomas que consituem a Síndrome de Jerusalém pode atingir.

A Síndrome de Jerusalém clássica, na qual a visita à cidade parece despoletar sintomas psicóticos de teor religioso, os quais podem apresentar uma intensidade exuberante tal como representado no caso descrito, tem gerado bastante discussão. Tal discussão reside na dúvida em saber se este quadro constitui uma forma distinta de psicose ou se, pelo contrário, se trata de uma outra forma de manifestação de doença psicótica pré-existente que tenha passado mais despercebida até à sua exacerbação.

Em resposta a esta questão, foi desenvolvido um sistema de classificação que divide a Síndrome de Jerusalém em três principais tipos: tipo I – Síndrome de Jerusalém despoletada em indivíduos com perturbação psicótica prévia (engloba indivíduos que já teriam um quadro psicótico antes de visitarem Jerusalém e que, tipicamente, terão ido para a cidade por causa da influência de ideias delirantes de teor religioso e com um objetivo/missão que acreditam que poderão ser concretizados na chegada ou durante a estadia em Jerusalém); tipo II (não constitui necessariamente uma perturbação mental, podendo meramente ser uma obsessão cultural excessiva relacionada com a importância atribuída a Jerusalém, afetando quer uma pessoa individualmente, quer um pequeno grupo religioso); tipo III – Síndrome de Jerusalém como uma forma discreta, não composta por doença mental pré-existente (descreve o tipo melhor conhecido e caracterizado, no qual uma pessoa previamente saudável e sem qualquer antecedente psiquiátrico, desenvolve um quadro psicótico após chegar a Jerusalém. Tipicamente, a atividade delirante é de teor meramente religioso e desaparece por completo após poucas semanas ou mal o indivíduo é retirado do local. De acordo com a literatura, fazem parte do quadro sintomas como ansiedade, agitação psicomotora, desejo de o indivíduo separar-se do grupo/família e viajar sozinho, necessidade de estar limpo (obsessão por tomar banho e cortar unhas das mãos e pés), associados à preparação detalhada da viagem, uso habitual de uma roupa comprida a tapar os tornozelos e aprendizagem de textos bíblicos para proferirem enquanto visitam a cidade).

Síndrome de falsa identificação

As síndromes de falsa identificação caracterizam-se pelo facto de o doente estar convicto da substituição de um indivíduo por outro, sendo que na maioria dos casos o número de pessoas envolvidas é limitado. Trata-se de crenças de intensidade delirante que se refletem num sofrimento exuberante, que tem origem no facto de o doente temer ser atacado por um “impostor”. Neste capítulo, vamos abordar como exemplos de síndromes de falsa identificação a Síndrome de Frégoli e a Síndrome de Capgras.

A Síndrome de Frégoli tem esta designação em homenagem ao ator italiano Leopoldo Frégoli, que terá ficado famoso devido à sua habilidade em realizar diversas imitações, a par da rapidez durante a troca de papéis nas suas peças de teatro. Este ator nasceu em 1867 na cidade de Roma e trabalhou em diversos lugares de todo o Mundo, nomeadamente Londres, Argentina, Paris, Itália e Rio de Janeiro. Existe a descrição de que nalgumas peças o ator representaria todas as personagens ao ponto de ter chegado a haver rumores de que haveria mais do que um Frégoli. Ora, na Síndrome de Frégoli o doente acredita que pessoas diferentes são, na realidade, um só indivíduo que muda de aparência ou está disfarçado para ter o poder de o prejudicar ou enganar.

Por sua vez, a Síndrome de Capgras foi descrita por Capgras e Rebou-Lachaux em 1923. Joseph Capgras, psiquiatra francês, publicou em conjunto com Rebou-Lachaux um artigo que descrevia o termo *l'illusion des sosies*

(a ilusão dos sósias), no qual se encontrava caracterizado o caso clínico de uma mulher francesa que se encontrava desagrada pelo facto de diversos sósias assumirem o papel de inúmeras pessoas que seriam suas conhecidas. O termo ilusão terá sido substituído por delírio, dado estes conceitos terem diferentes significados no âmbito da psicopatologia, sendo o último o termo correto perante o quadro clínico presente nesta síndrome. Na Síndrome de Capgras, o doente acredita que alguém da sua confiança, normalmente o conjugue, outro membro da família ou algum elemento do seu círculo mais íntimo, foi substituído por um impostor idêntico.

Relativamente à epidemiologia destas síndromes de falsa identificação, a prevalência exata não é conhecida, mas está descrito que ocorre em ambos os sexos, verificando-se aumento progressivo da incidência a partir dos 50 anos de idade. Já no que diz respeito à etiologia destas condições clínicas, diversos autores descrevem que nos doentes com estas síndromes é comum existirem lesões localizadas no hemisfério cerebral direito, nomeadamente na região temporoparietal, que serão responsáveis e estarão na base das alterações verificadas ao nível do reconhecimento facial. A par destas alterações, parecem existir anomalias na ligação entre o córtex temporoparietal direito, o sistema límbico e os gânglios da base com repercussão ao nível da resposta emocional e comportamental inapropriadas associadas à falsa identificação, bem como ao nível da dificuldade no que concerne ao desenvolvimento de crítica para a situação clínica. No que concerne ao tratamento, este tem por base fármacos antipsicóticos, sendo necessário, por vezes, ponderar a realização do tratamento em regime de internamento dada a possibilidade de o doente apresentar episódios de heteroagressividade dirigida a terceiros, nomeadamente a familiares ou outras pessoas envolvidas na temática delirante, impossibilitando a gestão do caso em ambulatório. O prognóstico encontra-se dependente de fatores como a adesão ao esquema terapêutico proposto, bem como da extensão da lesão cerebral que poderá estar na origem do quadro.

Conclusões

Os quadros clínicos abordados permitem reforçar o papel fundamental do contexto sociocultural na expressão da patologia psiquiátrica e, ao mesmo tempo, sublinham a necessidade de uma abordagem e consequente gestão multidisciplinar de cada doente, tendo em conta toda a sua dimensão biopsicossocial. Por outro lado, o estudo de cada uma destas síndromes raras eterniza o nome de diversos autores clássicos, que marcaram a história da Psiquiatria e aos quais se devem as designações eponímicas destas síndromes.

Fontes e bibliografia final

- Berlyne, N., Twomey, J., & Henderson Smith, S. L. (1975). Diogenes syndrome. *Lancet*, 1, 515.
- Breen, N., Caine, D., & Coltheart, M. (2002). The role of affect and reasoning in a patient with a delusion of misidentification. *Cogn Neuropsychol*, 7, 113-137.
- Chauí, M. (2002). *Introdução à história da Filosofia: dos pré-socráticos a Aristóteles*, volume 1 – 2. ed., rev. e ampl. São Paulo: Companhia das Letras.
- Clark, A. N., Mankikar, G. O., & Gray I. (1975). Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 1, 366-368.
- CSP Global (2024). *10 Rare Mental Health Conditions*. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://online.csp.edu/resources/article/10-rare-mental-health-conditions/>
- Millard, L. G., & Millard, J. (2010). Psychocutaneous disorders. *Rook's Textbook of Dermatology*, T. Burns, S. Breathnach, N. Cox, C. Griffith (Eds.); 64.1-64.55, Wiley-Blackwell. Singapore, 8th edition.
- Psiquiatria.com (2024). MARTÍNEZ, J.A.A. *Delírio Sensitivo de Referência. A propósito de un caso*. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/delirio-sensitivo-de-referencia-a-proposito-de-un-caso/>
- Psychology Today (2024). *Having an Art Attack – A brief look at Stendhal Syndrome*. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/in-excess/201403/having-art-attack>
- Rabin, M. P., Testard, I., & Landazuri, F. (2012). Paranoia sensitive, concepts et cas clinique [Sensitive paranoia, concepts and a clinical case study]. *Soins Psychiatr*. 2012 Jan-Feb; (278), 19-22. French. PMID: 22423446.
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Toda Matéria (2024). Souza, Thiago. *Diógenes*. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://www.todamateria.com.br/diogenes/>
- Wikipedia (2024). *Ernst Kretschmer*. Acedido a 25 de março de 2024, em https://pt.wikipedia.org/wiki/Ernst_Kretschmer

- Wikipedia (2024). *Leopoldo Fregoli*. Wikipedia. Acedido a 25 de março de 2024, em https://en.wikipedia.org/wiki/Leopoldo_Fregoli
- Wikipedia (2024). *Síndrome de Capgras*. Acedido a 25 de março de 2024, em https://pt.wikipedia.org/wiki/Síndrome_de_Capgras
- Wikipedia (2024). *Síndrome de Jerusalém*. Acedido a 25 de março de 2024, em https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Jerusal%C3%A9m
- Wikipedia (2024). *Síndrome de Stendhal*. Acedido a 25 de março de 2024, em https://pt.wikipedia.org/wiki/Síndrome_de_Stendhal

Eco-anxiety – far from an icd code?

Marta Loureiro Ribeiro, Ana Lourenço, João Miguel Pereira

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital Santa Maria

E-mail: marta.l.ribeiro@chln.min-saude.pt

Abstract

Climate change is widely recognized as one of the most serious global health threats of the 21st century, endangering public health worldwide. The internalization of environmental issues affecting our planet can have varying degrees of psychological consequences for some individuals. The term eco-anxiety has been gaining traction in the media, yet it remains poorly understood, with a range of definitions encompassing chronic fear of environmental doom, mental distress, anxiety associated with deteriorating environmental conditions, or anxiety experienced in response to the ecological crisis. Other terms used to describe environmentally-induced distress include ecological grief (experienced in response to actual or anticipated losses in the natural world), solastalgia (distress caused by environmental changes affecting individuals while they are directly connected to their home environment), and eco-anxiety (a sense of despair regarding the fragile state of the planet).

Keywords: climate change, mental health, distress

Introduction

Climate change is widely recognized as one of the most serious global health threats of the 21st century, menacing public health worldwide. We understand that the health of communities, infrastructures, and economies is intricately linked to climate conditions, with certain populations facing heightened vulnerability to the health-related consequences of climate change based on factors such as geographic location, pre-existing disabilities, and socioeconomic and demographic disparities (including education level and income). While much research has focused on the physical health ramifications of climate change, mental health has often taken a backseat. In this paper, we aim to delve into the relationship between the geophysical impacts of climate change and mental health.

Climate Change and Mental Health

Climate change stands as the paramount public health threat of the 21st century, entailing deleterious health consequences. The shifting climate primarily stems from human activities, or anthropogenic causes, which have elevated the average global temperature by 0.5 degrees Celsius. Projections for the year 2100 indicate a potential rise in the average global temperature by 2.4 to 5.8 degrees Celsius. Escalating ambient temperatures have been correlated with adverse mental health outcomes, including increased rates of aggression and suicide, as well as heightened levels of conflict, violence, and migration.

Certain demographic groups face heightened risks of distress and other adverse mental health outcomes due to exposure to climate-related or weather-related disasters. These groups encompass infants, children, women, individuals with pre-existing mental illness, the economically disadvantaged, the homeless, and first responders. Among these vulnerable populations, children emerge as particularly susceptible to the mental health impacts of climate change across the lifespan. Additionally, older adults exhibit heightened vulnerability to the mental health impacts of climate change, experiencing increased cognitive difficulties during heat waves, which can evoke feelings of overwhelming, anxiety, concern, worry, desperation, and fear related to extreme heat. Extensive media coverage, such as televised news reports, exacerbates anxiety levels among older adults.

Mental health responses to climate stress among vulnerable populations are multifaceted, enduring, and encompass various domains of life. However, it is evident that the mental health effects of climate change events are less comprehensively understood than their physical health counterparts, owing to several factors. These factors include the direct and indirect nature of mental health outcomes, variations based on the type and severity of events, and the deep contextualization of these outcomes within social, cultural, and historical settings. Consequently, screening and health interventions targeting vulnerable groups before and after severe climate events are imperative, particularly focusing on psychological and mental health distress.

Numerous researchers are exploring the role of emotions in our response to ecological crises, such as climate change. Mental health consequences arising from heat stress are increasingly prevalent across many regions worldwide, disproportionately affecting vulnerable populations and being particularly prevalent among certain occupational groups exposed to high temperatures in the workplace. Heat waves are linked to physical health consequences such as heat stress and heat stroke. Recent studies indicate associations between heat waves, heat stress, and psychiatric sequelae including post-traumatic stress disorders, mood disorders, anxiety disorders and dementia. Furthermore, a causal relationship has been identified between heat and aggression/irritability, underscoring the potential impact of heat on arousal, which can lead to diminished attention and self-regulation.

Solastalgia

The concept of solastalgia has emerged, as the distress caused by environmental change affecting individuals directly connected to their home environment, akin to the experiences of individuals compelled to migrate from their homes. Solastalgia is characterized by overlapping emotional, mental, and spiritual dimensions. Sources of environmental change contributing to solastalgia include extreme weather events/natural disasters, prolonged environmental transformations, land clearing/deforestation, resource extraction/development, gentrification/changing built environments, displacement or appropriation of land/political violence/war, rapid industrial development, and climate change as a unique source of environmental change. Psychological harm stemming from damage to homes and possessions, global migration, added grief from losing or leaving loved ones, witnessing stressful relocations by parents and caregivers, and disruptions to social networks and economic security all exacerbate feelings of solastalgia.

Vulnerable Populations Conceptual Model (VPCM)

Developed by Flaskerud and Winslow, this model supports the interconnected relationship of three aspects relevant to climate change and mental health: resource availability, relative risk, and health status. Through the lens of this model, “resources available” encompasses both socioeconomic and environmental resources; “relative risk” refers to the likelihood of exposure to various well-documented risk factors; and “health status” denotes age- and gender-specific morbidity and mortality. When applying the VPCM to climate change, “relative risk” can be conceptualized as the risk of exposure to climate-related stressors compared to individuals in a healthy climate zone. “Resources available” can be understood as access to clean water, clean air, stable temperatures, financial resources, and social support. “Health status” can be conceptualized as the impact of climate-related exposure on morbidity and mortality data.

Individuals with pre-existing mental illness are categorized as vulnerable populations and are disproportionately affected by climate-related stressors. There exists an interconnectedness between exposure to climate-related stressors, decreased availability of and access to resources, and decreased health status, which further perpetuates resource scarcity and risk exposure.

The Climate Change and Mental Health and Wellness Model (CCMHWM), developed and published by the US Global Change Research Program, identifies key pathways through which humans are exposed to health threats from climate drivers, potentially leading to adverse outcomes for mental health and well-being. These climate drivers and exposure pathways impact mental health and well-being outcomes, which may manifest as distress, grief, and depression; strain on social relationships; substance abuse; post-traumatic stress disorder and anxiety disorders; or resilience and post-traumatic growth—an outcome with potentially positive implications.

Ecological emotions and Eco-Anxiety

Ecological emotions, a heterogeneous amalgamation, encompass the emotional responses to global climate change and environmental threats. They are often encapsulated in one poorly understood concept with a range of definitions – Eco-Anxiety. Little effort has been made to comprehend—both conceptually and empirically—what eco-anxiety truly entails and how it distinguishes itself from seemingly similar emotions like eco-anger, eco-grief, or eco-guilt.

Eco-anxiety and overly-simplistic models

Even in studies focusing on eco-anxiety as a distinct emotion, researchers frequently rely on overly simplistic models or those lacking sufficient empirical grounding. For example, eco-anxiety is often portrayed as a simple

threat-avoidance response: when anxious about ecological matters, individuals react to the perceived threat with a stereotyped flight/avoidance response. However, anxiety can also lead to active engagement with the perceived danger, such as efforts to gather information in order to better understand and evaluate the threat. Thus, these overly simplistic models provide an incomplete understanding of how eco-anxiety operates. Moreover, by characterizing eco-anxiety solely as a defensive response, these accounts overlook its potential for valuable engagement.

Similar issues arise when some researchers focus on the (near) clinical manifestations of eco-anxiety. For instance, a 2017 report from the American Psychological Association defines eco-anxiety as the chronic fear of environmental doom. However, such claims need to be interpreted cautiously – they often indicate a correlation between experiences of eco-anxiety and self-reports of symptoms associated with anxiety disorders and depression. Furthermore, closer examination reveals that only a small percentage of individuals experience clinical (or high non-clinical) levels of eco-anxiety. This poses a problem because the tendency to focus on the (near) pathological, yet infrequent, instances of eco-anxiety can distort our understanding of the emotion, its significance, and its impact on our well-being.

The challenge of developing an empirically-grounded understanding of eco-anxiety is further complicated by ambiguity in the label's usage. It is employed both to denote a unique form of anxiety and, more loosely, as a term that alludes to a related but distinct set of phenomena.

Eco-anxiety as the label for a wide range of ecologically-oriented affective experiences

Firstly defined in 2011 by Albrecht, eco-anxiety serves as the label for a broad spectrum of ecologically-oriented affective experiences. When an individual experiences anxiety about climate change, they may report high levels of seven emotions when contemplating global warming: afraid, nervous, scared, upset, guilty, ashamed, and distressed. Therefore, we observe different emotional profiles rather than a singular affective phenomenon, and since the emotions on this list have diverse functional profiles, this method of defining “anxiety” poses challenges. With this in mind, efforts have been made to categorize these emotions into three distinct functional profiles. Researchers have identified (1) An anxiety-like response (nervous, afraid, and scared), which represents a broadly defensive reaction involving risk minimization and risk assessment efforts in response to perceived ecological threats and dangers. (2) A self-reflective response (ashamed, guilty) occurs when individuals are concerned about having caused harm to something of ecological significance. (3) A grief-oriented response (upset, distressed) emerges when individuals focus on the loss of what they perceive as ecologically important.

This conceptualization of eco-anxiety often pertains to events that have already occurred, reflecting a reactive response, or “backward looking” perspective. However, more recent theories and conceptualizations of eco-anxiety adopt a “forward-looking” approach. In this sense, eco-anxiety is concerned with decisions or issues that individuals currently face or anticipate in the future, representing a proactive response. It is the emotion that initially engages individuals with ecological crises such as climate change: experiencing eco-anxiety alerts individuals to environmental challenges and prompts cognitive engagement that can assist in both understanding and addressing these challenges.

Eco-anxiety as a form of Practical Anxiety

Practical anxiety is the unease we experience when confronted with a new or challenging choice. Therefore, we can consider Eco-Anxiety as a form of practical anxiety—an alarm that helps us tune in to the challenges and uncertainties of our circumstances. It prompts a blend of efforts to minimize risk and gather information aimed at resolving the issues at hand. This combination can lead to better decision-making and the motivation to follow through on those decisions. Unlike other forms of anxiety, such as social anxiety where concerns revolve around how we will be perceived by others, practical anxiety focuses less on what we should do and more on how our actions will be perceived.

Similarly, this interpretation of practical anxiety's functional role distinguishes it from superficially similar emotions like guilt and anger. It's not just that these emotions feel different, but they also function differently: guilt often leads to efforts to rectify a wrongdoing, while anger tends to provoke aggressive behavior aimed at addressing a perceived offense to one's dignity. This intuitive understanding of practical anxiety, and its contrast with both other emotions and other forms of anxiety, finds empirical support in research from social and cognitive science. For example, studies in psychology confirm the typical behavioral patterns associated with both practical and social anxiety: practical anxiety prompts reflection and efforts to gather information when faced with a new or difficult choice, while social anxiety triggers caution and efforts to minimize risk in situations where negative social evaluation is possible.

In summary, practical eco-anxiety is the anxiety experienced when one is uncertain about the appropriate course of action, particularly regarding how to respond to ecological threats and challenges. It heightens awareness of situations where individuals face unfamiliar or difficult decisions concerning matters of ecological significance. This heightened awareness and engagement can contribute positively to environmental stewardship and individual and collective well-being. As it is a relatively recent concept, more research is needed to fully understand its implications.

Eco-anxiety as a mark of moral attunement

A tendency to experience practical eco-anxiety is not merely a trait that enhances individuals' sensitivity and responsiveness to environmental threats; it also signifies a morally commendable character and serves as an essential component of a morally commendable ecological consciousness. If so, then practical eco-anxiety is both instrumentally and intrinsically valuable: it is instrumentally valuable insofar as it helps one recognize and respond better to morally significant ecological threats, and it is intrinsically valuable in that when one's eco-anxiety is well-tuned, it reflects positively on one's moral character. Furthermore, it is a skill-like psychological disposition that nearly all of us possess and that nearly all of us can improve. This should instill optimism that we can develop our eco-anxiety so that we experience it at the appropriate time and in the appropriate manner.

While there remains much that researchers have yet to understand about eco-anxiety, there is a plethora of evidence demonstrating that the functional profile of practical anxiety differs not only from seemingly similar emotions like sadness, anger, and guilt, but also from other forms of anxiety such as social and existential anxiety. Moreover, as we transition from examining practical anxiety in general to practical eco-anxiety in particular, we encounter a growing body of theoretical and empirical support for its characterization as a distinct eco-emotion. It can be interpreted as an emotion that heightens our awareness of challenging decisions regarding issues like climate change and prompts behaviors such as reflection and engagement aimed at addressing the challenges we face. In this regard, eco-anxiety is an emotion that we should embrace, as it can contribute to the enhancement of planetary well-being.

References

- American Public Health Association. (2019). *Climate changes health: Mental wellness*. APHA.
- Crimmins, A., Balbus, J., Gamble, J. L., et al. (2016). *The impacts of climate change on human health in the United States: A scientific assessment*. U.S. Global Change Research Program. Doi: 10.7930/J0R49NQX
- Galway, L. P., Beery, T., Jones-Casey, K., & Tasala, K. (2019). Mapping the solastalgia literature: A scoping review study. *Int J Environ Res Public Health*. 16. DOI: 10.3390/ijerph16152662
- Knight, V. (2019). 'Climate grief': Fears about the planet's future weigh on Americans' mental health. *Kais Health News*.
- Kumar Padhy, S., Sarkar, S., Panigrahi, M., & Paul, S. (2015). Mental health effects of climate change. *Indian J Occup Environ Med*. Doi: 10.4103/0019-5278.156997
- Lin, H.-C., Chen, C.-S., Xirasagar, S., Lee, H.-C. (2008). Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: A population-based study. *Neuropsychobiology*. Doi: 10.1159/000129664
- McMichael, A. J., Woodruff, R. E., & Hales, S. (2006). Climate change and human health: Present and future risks. *Lancet*. Doi: 10.1016/S0140-6736(06)68079-3
- Tawatsupa, B., Lim, L.-Y., Kjellstrom, T., Seubsman, S., & Sleight, A. (2010). The Thai Cohort Study team. The association between overall health, psychological distress, and occupational heat stress among a large national cohort of 40,913 Thai workers. *Glob Health Action*. Doi: 10.3402/gha.v3i0.5034
- Watts, N., Amann, M., Arnell, N., et al. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: Ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet*. 2019; Doi: 10.1016/S0140-6736(19)32596-6
- White, B., Breaky, S., et al. (2023). Mental Health Impacts of Climate Change Among Vulnerable Populations Globally: An Integrative Review. *Annals of Global Health* 2023; Doi: 10.5334/aogh.4105

Golden Gate Bridge: a liderar as manchetes nas temáticas da arquitetura e... do suicídio

Afonso Carvalho Ramos, Sofia Silveira Carvalho, Nuno Borja Santos

Departamento de Saúde Mental do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

E-mail: afonso.ramos@hff.min-saude.pt / sofia.carvalho@hff.min-saude.pt / jose.n.santos@hff.min-saude.pt /

Resumo

Conhecida pelos Portugueses pelas suas semelhanças com a Ponte 25 de Abril, e à escala mundial como uma paragem obrigatória para quem visita a cidade de São Francisco, a Golden Gate Bridge (GGB) é, também, um dos locais mais famosos do mundo pelos piores motivos: a quantidade de pessoas que aqui cometeram suicídio. Desde a sua abertura, em 1937, até à atualidade, mais de 1500 pessoas cometeram suicídio saltando do tabuleiro da ponte, com uma taxa de mortalidade de 98%. 2023 seria o ano em que se previa terminarem as obras relativas à construção de “barreiras de suicídio” na GGB, cuja construção foi discutida ao longo de décadas. Estas barreiras visam prevenir a queda dos que saltam, dando-lhes uma nova oportunidade de abraçarem a vida. Esta comunicação oral pretende reunir a literatura disponível sobre a história do suicídio nesta obra-prima arquitectónica, desde a sua construção até aos dias de hoje.

Palavras-chave: ponte Golden Gate, suicídio, prevenção

Abstract

Known by the Portuguese for its similarities with the 25th April Bridge, and worldwide as a mandatory stop for those visiting the city of San Francisco, the Golden Gate Bridge (GGB) is also one of the most famous places in the world for the worst reasons: the number of people who used it to commit suicide. Since its opening in 1937, more than 1500 people committed suicide by jumping off the deck of the bridge, with a mortality rate of 98%. After decades of discussion, it was expected that the construction of “suicide barriers” in the GGB would be concluded in 2023. These barriers aim to prevent the fall of those who jump off the deck, giving them another opportunity to embrace life. This oral presentation aims to gather the current literature about the history of suicide in this architectural masterpiece, from its construction until today.

Keywords: Golden Gate bridge, suicide, prevention

Introdução

“The Golden Gate Bridge is practically suicide proof. Suicide from the bridge is neither possible nor probable.”

Chief Engineer Joseph Strauss, 1936

A Golden Gate Bridge (GGB) é uma fascinante obra arquitectónica do séc. XX. Inaugurada em 1937, esta ponte conecta a cidade de São Francisco ao Marin District, na Califórnia. É um dos mais conhecidos pontos turísticos do mundo, sendo visitado, todos os anos, por milhões de pessoas. Tornou-se, no entanto, também conhecida por ser o local do mundo onde mais pessoas cometeram suicídio até um passado recente.

GGB: Perspetivas Históricas

Construída sobre o Estreito de Golden Gate, a GGB é por muitos considerada a transição entre a Baía de São Francisco e o Oceano Pacífico. Aquando da sua inauguração era a mais comprida e alta ponte suspensa do mundo, com um comprimento de 2,7 quilómetros e largura de 27,4 metros. É considerada um dos segmentos mais icónicos da Route 101, uma histórica estrada nacional que atravessa a costa do Pacífico na Califórnia, até Los Angeles. Mais de 100 000 veículos atravessam-na diariamente, o que significa cerca de 40 milhões por ano. (1)

A história da GGB remonta a várias décadas previamente à sua construção. Em 1848, a população da cidade de São Francisco era inferior a 500 habitantes; em 1849, um fenómeno invulgar aconteceu: foi encontrado ouro em Sutter's Mill. Quando as notícias desta descoberta se espalharam, centenas de milhares de pessoas, oriundas de

outras áreas Norte Americanas, mas também de todo o mundo, deslocaram-se para a Califórnia. Quase subitamente, a população de São Francisco multiplicou-se por dez; pouco depois do início do século XX, a população da Baía já tinha atingido 1 milhão. A região não só ganhara maior prosperidade económica como atratividade para que as populações lá quisessem viver. Face a esta prosperidade, tornou-se peremptório que a mais importante auto-estrada da Califórnia atravessasse o estreito de Golden Gate, aquele que seria o pináculo de uma gigante artéria que ligaria a Califórnia da extremidade norte a sul. (2)

Apesar da oposição política, da escassez de fundos causada pela Grande Depressão que se iniciou em 1929, e das dificuldades de ligar através de uma ponte um estreito com tão adversas condições geográficas e climatéricas, o até então impossível tornou-se uma consistente possibilidade. Nas primeiras décadas do século, a engenharia civil fez avanços dramáticos no *design* e construção de pontes progressivamente mais compridas. Eis que os habitantes de 6 Condados do norte da Califórnia votam a favor do financiamento da Golden Gate Bridge. Surgem então engenheiros e construtores civis com imaginação, coragem e determinação, para juntos construírem algo que até então seria impensável “*the bridge that couldn't be built*”. (2)

Hoje, a GGB é uma das atrações turísticas mais conhecidas mundialmente, com cerca de 1,5 milhões de turistas a atravessá-la a pé, por ano. Oferece uma vista privilegiada de São Francisco, Oakland, Berkeley, Alcatraz, e da San Francisco-Oakland Bay Bridge a leste, e do Pacífico no lado oeste. (3) Permanece, no século XXI, amplamente conhecida pela sua imponência, sendo um dos símbolos da Califórnia e dos EUA. Trata-se mesmo da obra arquitectónica mais fotografada do mundo. (1)

A GGB é também conhecida pelos Portugueses pelas suas semelhanças com a Ponte 25 de Abril, a ponte suspensa que atravessa o Tejo entre Alcântara e Almada, sendo, de forma homóloga à GGB, um importante elo de ligação entre o norte e o sul do país e um dos principais acessos à capital Portuguesa. A semelhança entre estas duas fantásticas obras da mão humana é um dos motivos pelos quais a cidade de Lisboa é por muitos considerada a *San Francisco of Europe*.

GGB e suicídio

A vitoriosa história da GGB é contrabalançada por um outro *record*: falamos de um dos locais mais mortíferos do mundo: em 2007, mais de 1300 pessoas – que se conheça – já tinham cometido suicídio neste local. Os números baseiam-se na quantidade de corpos retirados da água, e não incluem os casos com testemunhas oculares ou em que são encontrados carros parados no tabuleiro da ponte sem ocupantes, sem, no entanto, terem sido encontrados corpos nestas situações; estima-se que este número seja superior a 2000. Até recentemente, foi o local no mundo onde mais pessoas cometeram suicídio. (1,3,4)

A mortalidade de uma tentativa de suicídio que envolve saltar de uma estrutura depende de vários factores, nomeadamente da sua altura, da posição com que se atinge o solo, e da substância com que o corpo colide (água, rochas, cimento, etc). Uma queda acima dos 15-18 metros de altura é frequentemente letal, com 50% de mortalidade se a queda for de uma altura de 9 metros, o correspondente a um terceiro andar (Buckman & Buckman, 1991). A mortalidade aumenta com a altura de que se salta. Quem salta do tabuleiro da ponte, fá-lo de uma altura de aproximadamente 67 metros e atinge a água em 4 segundos, a uma velocidade de 120 quilómetros/hora, associando-se a uma taxa de mortalidade estimada em 98-99%. Com efeito, trata-se de uma mortalidade maior do que a verificada em qualquer outro método com este fim. A maioria das vítimas tiveram morte imediata com o impacto (93%), com o restante a dever-se a afogamento na sequência de alteração do estado de consciência ou gravidade das lesões (Snyder & Snow 1968). (3,5)

O número de suicídios na GGB supera o número dos mesmos na Torre Eiffel, Clifton Bridge, Grafton Bridge, e Empire State Building todos somados. Nos últimos 70 anos, a proporção de sexo masculino:feminino de pessoas que cometeram suicídio na GGB variou ligeiramente entre 2,75-3:1, proporção que aparenta ser ligeiramente inferior à nacional (4,15:1) dos Estados Unidos da América (EUA) no mesmo período (Centers for Disease Control and Prevention, 2003-2009). Neste sentido, a maioria das vítimas são do sexo masculino (aproximadamente 75%). A faixa etária onde se verificaram mais vítimas foi a correspondente à meia idade: adultos com 30-59 anos de idade, correspondendo a 47-63% do total. Existem dados que referem, também, que 78% das vítimas eram caucasianas. Semelhantemente a outras formas de suicídio em que ser solteiro, divorciado e viúvo são fatores de risco, também aqui estes estados civis foram identificados como tal, atendendo ao facto de que 55% eram solteiros e 22% divorciados ou viúvos. A maioria das vítimas (51%) eram residentes em São Francisco ou no Marin District (2000 census, United States Census Bureau, 2000). (1,3-7)

Ao refletirmos sobre as causas para este fenómeno, podemos identificar dois grupos: psiquiátricos ou não. Quanto ao primeiro grupo, a depressão é a causa mais frequente de suicídio na GGB (34% dos suicídios). Também se identificaram casos de doença afetiva bipolar, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, sendo que a faixa etária dos 20-39 anos foi aquela onde se verificou maior prevalência de doença mental. Quanto ao segundo grupo, apesar de não excluir a existência de doença mental, referimo-nos sobretudo a situações vivenciais adversas: problemas do domínio legal ou financeiro, ou em contexto de desesperança ao enfrentarem desgostos emocionais (divórcio, problemas de custódia, discussões, perda de emprego), ou mesmo problemas de saúde como dor crónica ou doença oncológica em fase terminal. Foi frequente saltar de forma impulsiva na sequência de *stress* agudo, vergonha, humilhação, rejeição, ou eventos traumáticos. (3,5)

Na lista de pessoas que cometeram suicídio, estão presentes algumas figuras públicas com: um *county medical society president*, um sacerdote de uma Igreja Luterana, um presidente do Oakland Real Estate Board, o fundador da Victoria's Secret, um filho do secretário de imprensa do de um Presidente Norte-Americano. Também há, entre as vítimas, militares veteranos que tinham realizado serviço em vários conflitos à escala mundial, como a 1ª Guerra Mundial, as guerras do Iraque, e a Operação Liberdade Duradoura (contrarresposta militar dos EUA aos ataques das Torres Gémeas de 11 de Setembro de 2001). (1)

Glenn (2003) sugere o conceito de “*suicide magnets*” no qual incluiria a GGB: locais frequentemente ligados ao tema do suicídio. A GGB é vista por muitos como um lugar romantizado “*a romantic final exit*”, “*scenic*”, sendo, por muitos, visto como uma oportunidade para uma morte indolor “*Why do you make it so easy?*” (encontrou-se escrito na ponte após um indivíduo ter saltado). Outros factores que tornam este local um “*suicide magnet*” são a acessibilidade fácil na GGB (que tem acesso pedonal, ao contrário da outra grande ponte em São Francisco – a Oakland Bay Bridge – e a sua homóloga Lisboaeta, a Ponte 25 de Abril), ter uma grade com apenas 1,2 metros de altura, e a existência de paragem de autocarros e parque de estacionamento imediatamente adjacentes. (1)

Prevenção: da expectativa à realidade

Desde os anos 60-70 do século XX que se discute a possibilidade da construção de barreiras anti-suicídio na GGB, hipótese que foi sendo recusada ao longo das várias décadas da sua história. Com vista à redução da quantidade de suicídios na GGB, apenas quase 30 anos depois é tomada a primeira medida de prevenção: em 1966 a Golden Gate Bridge Patrol (GGBP) inicia patrulhamento pedonal. Em 1970, a via para peões passa a ser encerrada no período noturno, para prevenir tentativas de suicídio durante este período. Até recentemente, a intervenção dos guardas, quando tal era possível, era a única forma de prevenir o suicídio na GGB. (3)

Vários estudos observacionais sugerem que a redução do acesso a meios letais é uma estratégia eficaz na redução de suicídio. A construção de barreiras anti-suicídio noutros monumentos icónicos como a Torre Eiffel, o Empire State Building e a Harbor Bridge (em Sydney) foram altamente eficazes na prevenção do suicídio nestes edifícios. Reisch and Michel (2005) concluíram que no Muernster Terrace, em Berna, não voltaram a ocorrer quaisquer suicídios após a construção de barreiras anti-suicídio, e verificou-se uma redução do número de suicídios por este método em toda a área metropolitana. O mesmo também aconteceu no Bloor Street Viaduct, em Toronto (Sinyor and Levitt (2010). Um dado curioso deste último caso, é que na cidade de Toronto se observou, entre 2003 e 2007, uma diminuição de vítimas de suicídio em 28 por ano, não obstante o facto de a taxa de suicídios por arremesso de uma grande altura ter aumentado em frequência relativa (este meio foi apenas parcialmente mitigado pelas barreiras suicidárias do Bloor Street Viaduct). Esta realidade ocorre, no entanto, numa altura em que no Canadá se restringiu drasticamente o acesso a meios letais, como armas de fogo e doses letais de medicamentos. (3,5)

A construção de barreiras anti-suicídio não só tem demonstrado ser eficaz, como nenhum estudo demonstrou que incrementa o suicídio noutras estruturas próximas – argumento que adiou a construção das mesmas na GGB até recentemente. Alguns autores defendem que, embora em teoria os indivíduos tentem o suicídio noutro sítio, o método será consistentemente menos letal, dado que na GGB a mortalidade após a queda é de 98-99%. Por outro lado, uma barreira anti-suicídio pode ser interpretada pela pessoa como “*um sinal de que se importam*”, com redução momentânea da angústia. (3-5,8)

A construção de barreiras anti-suicídio foi discutida ao longo de várias décadas, assunto que não era consensual devido a questões estéticas, financeiras, e ignorância sobre o suicídio. A 10 de Outubro de 2008, o Golden Gate Bridge Board of Directors vota 14 contra 1 a favor da construção de uma rede flexível de aço inoxidável “anti-suicídio” imediatamente por baixo do tabuleiro da ponte. Em Março de 2010, o Golden Gate Bridge Highway

and Transportation District (GGBHTD) autoriza a construção da barreira, com um orçamento inicial de 50 milhões de dólares, e 78 000 dólares anuais em manutenção. 2023 seria o ano em que se previa a finalização desta obra, tendo esta sido adiada recentemente para o ano de 2026. (3)

Rosen (1975) entrevistou 7 dos 10 sobreviventes de tentativas de suicídio na GGB. Desses 7, 6 entrevistados mencionaram ter escolhido a GGB por ser o seu local preferido; 4 entrevistados referiram mesmo que não teriam tentado em mais lugar algum. Os entrevistados mencionaram terem escolhido a GGB pela acessibilidade, letalidade e pela beleza do local em si. Se o método preferido não for possível, é provável que o indivíduo com ideação suicida procure outros métodos, e chegue mesmo a tentar consumir o seu seu objetivo (Marzuk et al., 1992; Reisch, Schuster, & Michel, 2007). Num cenário hipotético em que se tornasse impossível fazê-lo na GGB, e assumindo que os indivíduos procurariam outra forma, esta seria invariavelmente menos letal. Assumindo cerca de 30 tentativas de suicídio por ano, num período de 20 anos, com uma letalidade de 98%, estaríamos perante 588 vítimas de suicídio na GGB numa coorte de 20 anos. Admitindo que a mortalidade média das tentativas de suicídio “não-GGB” (incluindo a ponderação pela frequência com que ocorrem) é de aproximadamente 43,4%, ao tornar o suicídio na GGB impossível reduzir-se-ia para 260 o número de vítimas, no mesmo período (e, portanto, nas mesmas 600 tentativas) e mesma localização geográfica. E este é o cenário hipotético mais derrotista, com a assunção de que todos os indivíduos que tentariam o suicídio na GGB adotariam outro método suicidário, o que parece não ser verdade, uma vez que dos sobreviventes de tentativa de suicídio, independentemente do meio, a proporção dos que efetivamente acabam por perder a vida por suicídio é 12-13% ao longo da vida. (1,3-5,8)

Conclusões

A GGB tornou-se conhecida mundialmente pelo fascínio arquitectónico, mas também por ser, até recentemente, o local do mundo onde mais pessoas se suicidaram. A tomada de medidas anti-suicídio na GGB foi sendo adiada ao longo de várias décadas, o que perpetuou a prática daqueles que vão viam outra saída “*a scenic death*” “*joining whoever did it before*”. Não obstante, a construção de barreiras anti-suicídio mostrou ser eficaz em vários outros monumentos também conhecidos pelos mesmos motivos. Nos últimos anos, após terem sido iniciadas as obras da construção de barreiras anti-suicídio, o número de suicídios na GGB já reduziu substancialmente.

Bibliografia

1. Blaustein, M., & Fleming, A. (2009). Suicide from the Golden Gate Bridge. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1111-1116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020296>
2. *The History of the design and Construction of the Bridge – Exhibit Area 4 | Golden Gate*. (n.d.). <https://www.goldengate.org/exhibits/the-history-of-the-design-and-construction-of-the-bridge/>
3. Whitmer, D. A., & Woods, D. L. (2013). Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 98-106. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000179>
4. John, J. (2010). Suicide prevention on the Golden Gate Bridge. *American Journal of Psychiatry*, 167(4), 473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09111622>
5. Seiden, R. H. (1978). Where Are They Now? A Follow-up Study of Suicide Attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8(4), 203-216. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1978.tb00587.x>
6. Kirch, M. R., & Lester, D. (1986). Suicide from the Golden Gate Bridge: Do They Cluster over Time? *Psychological Reports*, 59(3), 1314. <https://doi.org/10.2466/pr0.1986.59.3.1314>
7. Yeh, C., & Lester, D. (2010). Suicides from the Golden Gate Bridge: Have They Changed over Time? *Psychological Reports*, 107(2), 491-492. <https://doi.org/10.2466/12.13.pr0.107.5.491-492>
8. Rosen, D. (1975). Suicide survivors. A follow-up study of persons who survived jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay Bridges. *PubMed*, 122(4), 289-294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1171558>

A iconografia de dois suicídios: enquadramento segundo a visão de Émile Durkheim

Rita Ortega, João Basto Fonseca, Elisa Lopes

Unidade Local de Saúde do Alto Ave – Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

E-mails: ritaortiga@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt, joaofonseca@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt,
elisalopes@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt

Resumo

Em 1897, o sociólogo Émile Durkheim categorizou o suicídio em quatro tipos – altruísta, egoísta, anómico e fatalista. Neste trabalho, exploramos a iconografia de dois suicídios, que ficaram eternizados por fotografias, e enquadrámo-los na classificação de Durkheim. Evelyn McHale precipitou-se do 86º andar do Empire State Building, em 1947. Cerca de 4 minutos depois, foi fotografada por Robert Wiles, tendo ficado conhecido como *The Most Beautiful Suicide*, uma vez que surge sobre um Cadillac, de pernas cruzadas, segurando o colar, como se estivesse adormecida. O monge budista Thích Quảng Đức autoimolou-se em público num protesto político-religioso, em 1963. O momento foi captado por Malcolm Browne, onde o monge surge em chamas, sentado em posição de lótus. Seguiram-se vários suicídios em condições semelhantes aos descritos – Efeito Werther. Na visão de Durkheim, estes suicídios encontram-se em polos opostos, com o primeiro a enquadrar-se no tipo egoísta e o segundo no tipo altruísta.

Palavras-chave: suicídio, efeito Werther, Émile Durkheim, Evelyn McHale, Thích Quảng Đức

Abstract

In 1897, sociologist Émile Durkheim categorized suicide into four types – altruistic, selfish, anomic, and fatalistic. This work explores the iconography of two suicides, eternalized by photographs, framed within Durkheim's classification. Evelyn McHale fell from the 86º floor of the Empire State Building in 1947. About 4 minutes later, she was photographed by Robert Wiles, becoming known as *The Most Beautiful Suicide* as she appears on the top of a Cadillac, with her legs crossed, holding the collar, as if she was asleep. The Buddhist monk Thích Quảng Đức self-immolated himself in public in a 1963 political-religious protest. The moment was captured by Malcolm Browne, where the monk is on fire, sitting in a lotus position. Several suicides followed in conditions like those described – Werther Effect. In Durkheim's view, these suicides are at opposite poles, the first fitting into the selfish type and the second one into the altruistic type.

Keywords: suicide, Werther effect, Émile Durkheim, Evelyn McHale, Thích Quảng Đức

Introdução

A viragem do século XX foi um marco para o estudo do suicídio, fenómeno especificamente humano e de enorme complexidade. À época, destacaram-se duas correntes de pensamento, a psicanalítica, liderada por Sigmund Freud e Karl Menninger, e a sociológica, associada a Émile Durkheim (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

Este artigo centra-se na perspetiva sociológica do suicídio defendida por Émile Durkheim, inclusivamente na sua categorização deste fenómeno em quatro subtipos (egoísta, altruísta, anómico e fatalista). Adicionalmente, é explorada a iconografia de dois suicídios mediáticos ocorridos no século XX, o de Evelyn Mchale e de Thích Quảng Đức, e realizado o seu enquadramento na classificação de Durkheim.

Émile Durkheim (Épinal, 15 de abril de 1858 – Paris, 15 de novembro de 1917)

O livro *Le Suicide: Étude de Sociologie* da autoria do sociólogo francês Émile Durkheim foi publicado em 1897 e apresentou uma nova perspetiva acerca do suicídio, conceptualizando-o como um facto social (Saraiva et al., 2014).

Na visão do autor o suicídio consiste em todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato que a vítima sabia produzir este resultado, surgindo da falência da integração do indivíduo na sociedade e na relação que estabelece com ela (Saraiva et al., 2014).

Por acreditar que as taxas de suicídio eram determinadas por causas exteriores, Durkheim propôs uma tipologia de suicídio baseada no envolvimento social do indivíduo (Saraiva et al., 2014). Esta tipologia engloba quatro tipos

de suicídio: o egoísta (ocorre pela sobreposição do indivíduo sobre o Eu social, devido a um individualismo excessivo e à falta de integração e adaptação do indivíduo à sociedade), o altruísta (devido ao excesso de integração do indivíduo num grupo, pelo que o mesmo falha no seu processo de individualização), o anómico (o indivíduo sente-se perturbado por não sentir a ação regularizadora por parte da sociedade) e o fatalista (resultado de um excesso de regulamentação, através da qual o indivíduo veria o seu futuro comprometido) (Saraiva et al., 2014).

Portanto, Émile Durkheim defendia que em todas as sociedades deve existir um equilíbrio ótimo entre egoísmo e altruísmo e entre anomia e adaptação, sendo que quando esse equilíbrio é frágil, as taxas de suicídio aumentam.

Evelyn Mchale (Califórnia, 20 de setembro de 1923 – Nova Iorque, 1 de maio de 1947)

O suicídio

Evelyn McHale precipitou-se do 86º andar do Empire State Building em Nova Iorque, a 1 de maio de 1947 (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Cosgrove, 2014; Rare Historical Photos, 2023). Para trás deixou um casaco cuidadosamente dobrado sobre o parapeito do observatório do 86º andar, onde mais tarde foram encontradas uma carta de despedida e uma caixa de maquilhagem com várias fotografias de família no seu interior (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023). A carta de despedida foi escrita em papel timbrado do Hotel Governor Clinton, situado a dois quarteirões do Empire State Building, onde se provou ter estado nas horas que antecederam a sua morte (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

“Não quero que ninguém, dentro ou fora da minha família, veja qualquer parte de mim. Poderiam destruir o meu corpo por cremação? Imploro-vos a vocês e à minha família – não tenham nenhum respeito por mim ou lembrança de mim. ~~O meu noivo pediu que me casasse com ele em junho. Acho que não seria uma boa esposa para ninguém. Ele está muito melhor sem mim.~~ Digam ao meu pai que eu tenho muitas tendências da minha mãe.”

Tradução da carta de despedida de Evelyn McHale. A carta continha um trecho rasurado, conforme representado (Codex99, 2017).

Cerca de quatro minutos após o impacto fatal, Evelyn foi fotografada por Robert Wiles, um taxista e estudante de fotografia, sobre o tejadilho de uma limousine Cadillac ao serviço das Nações Unidas, que se encontrava estacionada no local (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023). Na fotografia, McHale parece posar no tejadilho esmagado da limousine como sugerido pela expressão do seu rosto, impecavelmente maquilhado, e pela postura corporal glamorosa, de pernas cruzadas e mãos com luvas, uma delas segurando um colar de pérolas, assemelhando-se a uma bela adormecida, indiferente ao alvoroço ao seu redor.

No dia 30 de abril de 1947, Evelyn tinha ido visitar o seu noivo, Barry Rhodes, à Pensilvânia, onde este estudava Engenharia, presumivelmente a propósito do seu 24º aniversário, tendo voltado a Nova Iorque na manhã do dia fatídico (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023). Após a tragédia, Barry revelou à imprensa que Evelyn nunca verbalizou ideias de suicídio, embora lhe tivesse confidenciado diversas vezes o medo de não ser uma boa esposa (Rare Historical Photos, 2023).

De acordo com a vontade de Evelyn, o seu corpo foi cremado em local desconhecido e não há qualquer sepultura (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

Barry Rhodes nunca casou (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

A iconografia

Nem todos os últimos desejos de Evelyn foram cumpridos, não fosse a fotografia captada por Robert Wiles ter-se tornado um dos retratos de suicídio mais famosos do mundo, sendo até hoje conhecido pelo nome *The Most Beautiful Suicide* (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

O seu suicídio foi fonte inspiradora para diversas obras artísticas, das quais se destacam: a serigrafia *Suicide* (*Fallen Body*), integrada na série *Morte e Desastres*, produzida por Andy Warhol, entre 1962 e 1967; diversas composições musicais (*Where Are You Going Evelyn McHale?*, de Namring Charles; *Beautiful Suicide*, dos Red Sun Rising; *Evelyn McHale*, dos Parenthetical Girls); videoclips (*Unconditionally*, de Katy Perry, de 2013; *Bad Blood*, de Taylor Swift, de 2014); capas de discos (*Gilt*, da banda Machines of Loving Grace, de 1995); exposições (*Nude and Descend*, de Matthew Day Jackson, em 2013) e até campanhas publicitárias (Araújo, 2021; Codex99,

2017). Existem ainda alguns blogues e até uma página na Wikipédia sobre si (Codex99, 2017; Keith York City, 2012; Rare Historical Photos, 2023; Wikipédia, 2024).

Robert Wiles conquistou a efêmera fama e não voltou a publicar outra fotografia (Araújo, 2021; Codex99, 2017).



Fig 1. Fotografia de Evelyn McHale captada por Robert Wiles, publicada pela primeira vez como a “Imagem da Semana” na edição de 12 de maio de 1947 da Life Magazine (Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

Quanto ao Empire State Building, à semelhança da Ponte Golden Gate, que fora construída 7 anos depois, tornou-se um *hot spot* de suicídios (Codex99, 2017). Evelyn foi a 12ª pessoa a precipitar-se do edifício, mas no total contabilizam-se certa de 30 atos suicidas, a maioria suicídios consumados. Até onde sabemos, existem apenas dois sobreviventes (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

O enquadramento

Uma análise atenta e especulativa da biografia de McHale levanta alguns fatores que no seu conjunto e em associação a uma presumível personalidade e genética vulneráveis podem ter contribuído para o seu triste desfecho.

O seu período de infância e adolescência foi marcado por um contexto familiar instável. O emprego do pai, que forçou a família a mudar de cidade algumas vezes, e a frágil saúde mental da mãe (pensa-se que tivesse uma perturbação depressiva nunca diagnosticada ou tratada, o que não surpreende atendendo à época) foram motivos frequentes de conflitos conjugais que culminaram na saída do pai de casa e mais tarde no divórcio (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023). Evelyn e os irmãos ficaram à guarda do pai (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

Após terminar o ensino secundário, Evelyn foi destacada para o Woman’s Army Corps, mas presume-se que a experiência militar não tenha sido agradável, uma vez que queimou o uniforme assim que foi desmobilizada (Araújo, 2021; Codex99, 2017; Rare Historical Photos, 2023).

Nas comemorações do Ano Novo de 1945, Evelyn conheceu aquele que viria a ser seu noivo, Barry Rhodes (Araújo, 2021; Codex99, 2017). O casamento estava marcado para junho de 1947, mas o que parecia ser o início de uma nova vida, mais estável e voltada para as suas ambições, transformou-se numa nuvem negra de sentimentos negativos, que acabou por rebentar naquela manhã de 1 de maio de 1947 (Codex99, 2017). Talvez o aproximar do enlace lhe tenha reavivado memórias desagradáveis, desencadeando uma espiral de sentimentos de angústia, menos-valia (“*Não tenham nenhum respeito por mim ou lembrança de mim.*”), desesperança (“*Acho que não seria uma*

boa esposa para ninguém. Ele está muito melhor sem mim.”) e raiva (em 1946, foi dama de honor no casamento do irmão, mas após a festa terá rasgado o vestido e gritado que nunca mais usaria nada semelhante) (Araújo, 2021; Codex99, 2017).

Apesar de não dispormos de dados suficientes para avançar com qualquer diagnóstico, McHale assume na sua carta de despedida ter muitas das tendências da sua mãe, que se pensava padecer de uma perturbação depressiva. Contudo, não deixa de ser curioso que tenha dirigido essa afirmação especificamente ao pai. McHale teria receio de replicar o relacionamento dos pais? Se sim, isso seria porque se revia nos sintomas da mãe e previa o seu impacto na dinâmica familiar ou por vislumbrar no noivo as tendências do pai, que considerava ter sido pouco apoiante? Atendendo à época, à sua carta de despedida e aos próprios sintomas depressivos, o mais provável é que McHale se sentisse culpada por esses mesmos sintomas, pouco valorizados e compreendidos pela sociedade do século XX. As perturbações depressivas geram, entre outros sintomas, instabilidade emocional, desleixo no autocuidado e desinteresse pelas diversas áreas da vida da pessoa, tendo um forte impacto na sua funcionalidade. Numa sociedade em que a mulher tinha o dever primordial de cuidadora da casa e da família, não espanta que na presença de sintomas depressivos fosse considerada pelos outros e por si mesma como inútil.

No meio de tantas dúvidas que se apoderavam de Evelyn nos seus últimos meses de vida, esta decidiu lançar-se para a única certeza que alguém pode ter ao precipitar-se de uma altitude de 1050 pés, a morte (Rare Historical Photos, 2023).

McHale não conseguiu adaptar-se às constantes mudanças a que foi obrigada, não se integrou no seio familiar como a mãe, não se integrou num emprego promissor e não integrou a ideia de um futuro casamento, o propósito da maioria das mulheres do seu tempo. E se nem esse ápice de vida feminina lhe trazia segurança, o que mais lhe restava? Evelyn foi-se desintegrando da sociedade, perdendo o sentimento de pertença e centrou-se progressivamente em si mesma, sucumbindo às suas inseguranças e ideias autodestrutivas, que a impediram de se projetar no futuro, levando-a ao suicídio. O seu Eu individual sobrepôs-se ao seu Eu social. Na carta de despedida os seus últimos desejos estão relacionados consigo, confirmando esse mesmo individualismo.

Por tudo isto, considera-se que o suicídio de Evelyn se pode enquadrar no tipo de suicídio egoísta proposto por Émile Durkheim, assumindo-se evidentemente a natureza especulativa deste enquadramento (Saraiva et al., 2014).

Thích Quảng Đức (Indochina Francesa, 1897– Saigon, 11 de junho de 1963)

O suicídio

No dia 11 de junho de 1963, o monge budista vietnamita Thích Quảng Đức autoimolou-se em público num protesto político-religioso, que se anunciava há alguns meses (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021).

O ato ocorreu no cruzamento da Avenida Phan Đình Phùng e da Rua Lê Văn Duyệt, em Saigon, a poucos quarteirões a sudoeste do Palácio Presidencial (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). Đức chegou como parte de uma procissão que começou nas imediações com centenas de outros monges, que cantavam um tipo de cântico comum em funerais e denunciavam as políticas discriminatórias de que julgavam ser alvo pelo regime de Ngô Đình Diệm, assumidamente católico (Rare Historical Photos, 2021; Witty, 2012).

À chegada ao local, formaram um círculo e Đức emergiu de um carro acompanhado por outros dois monges. Um deles colocou uma almofada na estrada, enquanto o outro tirou um recipiente de gasolina da bagageira do carro (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012). Em seguida, Quảng Đức sentou-se na almofada em posição de lótus, tipicamente utilizada na meditação, tendo-lhe sido derramada gasolina sobre o corpo (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012). Antes de atear fogo a si mesmo, Đức proferiu as palavras “*Nam mô A di đà Phật*”, que significam “homenagem a Amitâbha Buddha” (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021).

No dia anterior, os correspondentes estrangeiros em Saigon tinham sido informados de que algo importante iria acontecer naquele local na manhã seguinte (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012). Contudo, a maioria dos jornalistas desconsideraram a mensagem, uma vez que a crise budista já decorria há um mês e esse tipo de ultimatos vinha a ser uma constante (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012).

Malcolm Browne, chefe do escritório da Associated Press em Saigon, e David Halberstam, do The New York Times, não ignoraram o aviso, tendo sido praticamente os únicos jornalistas no local (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). Os seus testemunhos foram fundamentais para o nível de detalhe que se sabe do sucedido.

Segundo os mesmos, Đức permaneceu tranquilamente sentado, imóvel, sem proferir um único grito de dor, enquanto dele emanava uma fumaça oleosa e o cheiro de carne humana queimada envolvia o local (Rare Historical

Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012). A multidão assistia incrédula e horrorizada, a maioria em silêncio, embora também se ouvissem orações, lamentos e choro (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012).

O corpo de Đức ficou totalmente imolado, após aproximadamente dez minutos (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). Diante dele vários monges e alguns transeuntes curvaram-se em jeito de vénia e pôde ouvir-se: “Um monge budista queima-se até à morte. Um monge budista torna-se um mártir” (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021).

Mais tarde, o seu corpo voltou a ser cremado, mas diz-se que o seu coração permaneceu intacto, tendo sido considerado sagrado e um símbolo de compaixão (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021).

Malcolm Browne foi o autor da icónica fotografia do monge em chamas, que pelo seu impacto mediático e simbólico é até hoje comparada à fotografia de Robert Wiles (Cosgrove, 2014; Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012).

À semelhança de McHale, Đức também deixou uma carta de despedida.

“Antes de fechar os olhos e avançar em direção à visão do Buda, imploro respeitosamente ao presidente Ngô Đình Diệm para ter uma mente de compaixão para com o povo da nação e implementar a igualdade religiosa para manter a força da pátria eternamente. Apelo aos veneráveis, reverendos, membros da sangha e aos budistas leigos para se organizarem em solidariedade para fazer sacrifícios para proteger o budismo.”

Tradução do carta de despedida de Thích Quảng Đức (Rare Historical Photos, 2021).

A iconografia

Ao contrário de McHale, que na sua carta de despedida pediu para que ninguém visse qualquer parte de si, Đức pretendia precisamente o oposto. O monge e todos os que planearam o protesto ambicionavam que o mesmo acausasse um destaque mundial, por isso o ritualizaram e avisaram a imprensa (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012).



Fotografia de Thích Quảng Đức captada por Malcolm Browne (Sousa, 2021).

Đức queria tornar-se um mártir e com isso acabar com a discriminação exercida sobre o povo budista do Vietnam (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). Contudo, não o desejava (ou não acreditava conseguir fazê-lo) sozinho, tendo pedido na sua carta despedida para que “*veneráveis, reverendos, membros da sangha e aos budistas leigos*” realizassem “*sacrifícios para proteger o budismo*”.

Deste ponto de vista, pode dizer-se que Đức conseguiu cumprir o seu propósito, uma vez que o seu ato aumentou a pressão internacional sobre o regime de Diệm, culminando na mudança do regime (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). Além disso, diversos monges atenderam ao seu pedido, seguindo-se uma série de outras autoimolações em condições semelhantes (Sousa, 2021).

Mas o suicídio de Đức extrapolou a esfera política e à semelhança do suicídio de McHale também enriqueceu a cultura Pop, embora em menor escala. A fotografia do monge em chamas foi usada como capa do primeiro disco

da banda americana Rage Against the Machine e também existem blogues sobre o seu suicídio, incluindo, evidentemente, uma página na Wikipédia (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Wikipédia, 2023).

Quanto a Malcom Browne, recebeu o prémio Pulitzer de reportagem internacional, bem como a World Press Photo of the Year, em 1963 (Columbia University, 1964; Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021; Witty, 2012). A sua fotografia foi considerada pela revista Time como uma das 100 fotografias mais influentes do mundo (Sousa, 2021).

O repórter David Halberstam também recebeu um Pulitzer pela sua reportagem escrita do ocorrido (Columbia University, 1964).

O enquadramento

À data, os budistas representavam cerca de 70-90% da população do Vietnã, mas o governo sul-vietnamita liderado por Diêm era assumidamente católico (Rare Historical Photos, 2021). Esse favoritismo era notado permanentemente através das políticas pró-católicas implementadas pelo regime, o que culminou na crise Budista de 1963 (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021).

O ápice da revolta eclodiu após a proibição do hasteamento da bandeira budista no dia de Vesak, o aniversário de Gautama Buddha (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). Uma grande multidão de budistas protestou contra esta medida, levando a que forças do governo disparassem contra os manifestantes, matando nove pessoas (Rare Historical Photos, 2021; Sousa, 2021). A recusa de Diêm em assumir a responsabilidade, aumentou os tumultos e culminou no protesto de 10 de junho de 1963 (Sousa, 2021).

O suicídio de Đức, embora tenha sido um ato individual, foi planeado em conjunto com outros membros da comunidade budista, tendo sido um meio para atingir um bem maior para o resto do grupo.

Ao contrário de McHale, na sua carta de despedida os seus últimos desejos são centrados no coletivo, tendo como finalidade beneficiar os budistas.

Đức falhou no processo de individualização, o que conduziu a um excesso de integração no grupo. As causas do grupo tornaram-se as suas causas e essa fusão levou-o a desconsiderar o valor da sua própria vida. Đức escolheu suicidar-se, sobrepondo o seu Eu social, ao seu Eu individual.

Assim, à luz da tipologia de Durkheim julgamos que o suicídio de Thích Quảng Đức pode ser classificado como um suicídio altruísta, assumindo-se novamente a natureza especulativa deste enquadramento (Saraiva et al., 2014).

Considerações finais

Apesar das diferentes motivações e contextos, McHale e Đức tiveram os seus suicídios eternizados por fotografias, que ficaram mundialmente conhecidas.

Ambas as fotografias são peculiarmente atraentes, prendendo a atenção de quem as admira e talvez por isso tenham conseguido embelezar um comportamento tipicamente carregado de sofrimento e transformá-lo numa fonte inspiradora para diversos trabalhos artísticos, maioritariamente relacionados à cultura Pop. Curiosamente, é precisamente esta cultura que mais se projeta para a comercialização. Outro facto interessante, é que ambas as fotografias foram divulgadas pela primeira vez a partir dos Estados Unidos da América, simbolicamente associados aos sonhos e à excentricidade.

Infelizmente, os suicídios amplamente divulgados, na ausência de fatores protetores, podem funcionar como gatilho, levando a que pessoas suscetíveis imitem o comportamento – efeito Werther.

Apesar das medidas legislativas destinadas à regulamentação da divulgação de suicídios pela comunicação social, assistimos com frequência a uma exposição “gratuita” deste comportamento, sobretudo na internet.

Bibliografia

- Araújo, A. (2021). A rapariga do El Dorado. *Diário de Notícias*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://www.dn.pt/opiniao/a-rapariga-do-el-dorado-13291134.html>.
- Codex99. (2017). Evelyn McHale: Photojournalism as Iconography. *Codex99*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <http://www.codex99.com/photography/43.html>.
- Columbia University. (1964). The Pulitzer Prizes. *The Pulitzer Prizes*. Acedido a 5 de fevereiro de 2024, em <https://www.pulitzer.org/winners/malcolm-w-browne-and-david-halberstam>.

- Cosgrove, B. (2014). 'The Most Beautiful Suicide': A Violent Death, an Immortal Photo. *TIME*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://time.com/3456028/the-most-beautiful-suicide-a-violent-death-an-immortal-photo/>.
- Keith York City. (2012). Evelyn McHale: A Beautiful Death on 33rd Street. *Keith York City*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://keithyorkcity.wordpress.com/2012/10/24/evelyn-mchale-a-beautiful-death-on-33rd-street/comment-page-2/>.
- Rare Historical Photos. (2021). The burning monk, 1963. *Rare Historical Photos*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://rarehistoricalphotos.com/the-burning-monk-1963/>.
- Rare Historical Photos. (2023). Named by Life magazine as the "The Most Beautiful Suicide": Evelyn McHale leapt to her death from the Empire State Building, 1947. *Rare Historical Photos*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://rarehistoricalphotos.com/beautiful-suicide-evelyn-mchale-leapt-death-empire-state-building-1947/>.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: LIDEL.
- Sousa, R. (2021). O Monge em Chamas: a história por trás desse dramático acontecimento. *Olhar Budista*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://olharbudista.com/2021/07/11/o-monge-em-chamas/>.
- Wikipédia. (2023). Thích Quảng Đức. *Wikipédia*. Acedido a 5 de fevereiro de 2024, em https://en.wikipedia.org/wiki/Thích_Quảng_Đức.
- Wikipédia. (2024). Evelyn McHale. *Wikipédia*. Acedido a 5 de fevereiro de 2024, em https://en.wikipedia.org/wiki/Evelyn_McHale.
- Witty, P. (2012). Malcolm Browne: The Story Behind The Burning Monk. *TIME*. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em <https://time.com/3791176/malcolm-browne-the-story-behind-the-burning-monk/>.

A história controversa da malarioterapia no tratamento de doenças mentais

Ana Salomé Pires, Miguel Pires, Diana Cruz e Sousa

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

E-mails: ana.c.pires@ulsguarda.min-saude.pt; miguelocpires@gmail.com; diana.sousa@ulsguarda.min-saude-pt

Resumo

A malarioterapia surgiu por volta dos anos 20 do século XX. Consistia na inoculação de sangue de doentes com malária em doentes psiquiátricos para obter picos febris desejados e com efeito terapêutico e era, à época, o tratamento hipertérmico mais eficaz e com maior segurança. Foi idealizada por Wagner-Jauregg, um médico psiquiatra austríaco, dedicado ao estudo de piretoterapias, que obteve resultados “satisfatórios” com a malarioterapia em 1917, obtendo o primeiro Prémio Nobel da medicina atribuído a um psiquiatra.

Este procedimento terapêutico foi aplicado preferencialmente em doentes com neurosífilis, que se manifestava como uma doença mental, terminal e incurável, denominada Paralisia Geral Progressiva, habitualmente tratada em regime de internamento psiquiátrico. A malarioterapia permaneceu o procedimento de eleição até aos anos 50, altura em que a penicilina passou a ser o método preferencial para o combate da doença. Existem também registos do seu uso terapêutico em casos de psicose.

Palavras-chave: malarioterapia, piretoterapia, saúde mental, Prémio Nobel

Abstract

Malaria therapy emerged from the early 1920s. At the time, it was the most efficient and safe hyperthermic treatment and consisted in inoculating blood of patients infected with malaria on psychiatric patients with the intent of obtaining desired fever spikes with therapeutic benefits. It was developed by Wagner-Jauregg, an Austrian psychiatrist, who was dedicated on the investigation of pyrotherapy, and had “satisfactory” results with the application of malaria therapy in 1917, which granted him the first Nobel Prize of Medicine ever attributed to a psychiatrist.

At that time, this therapeutic method was applied preferentially in patients with neurosyphilis, which manifested itself as a terminal and incurable mental illness called General Paralysis of the Insane that was treated in psychiatric wards. Malaria therapy remained the preferential treatment until it was replaced by the introduction of penicillin in the early 1950s. There are also records of its therapeutic use in psychotic patients.

Keywords: malaria therapy, pyrotherapy, mental health, Nobel Prize

Introdução

Os efeitos benéficos de processos infecciosos nas doenças mentais foram descritos já no mundo antigo. Personalidades importantes da história da medicina como Hipócrates, Galeno, Pinel constataram a melhoria de sintomatologia psiquiátrica em alguns doentes após contraírem doenças infecciosas, como a cólera ou a tuberculose pulmonar. A malarioterapia surge por volta dos anos 20 do século XX, como parte de um conjunto de terapêuticas englobadas pelo termo piretoterapia, cujo objetivo é causar febre no doente com a finalidade de cura ou atenuação de sintomas psiquiátricos. Consistia na inoculação de sangue de doentes com malária em doentes psiquiátricos para obter picos febris com efeito terapêutico. Foi aplicada preferencialmente na neuro-sífilis, que se manifestava como uma doença mental, terminal e incurável, na altura denominada de Paralisia Geral Progressiva (PGP), permanecendo o procedimento de eleição até aos anos 50, altura em que a penicilina passou a ser o método preferencial de tratamento da doença.

Paralisia Geral Progressiva

Uma doença extremamente prevalente no início do século XX, a prevalência da PGP em hospitais psiquiátricos variava entre 10% até 45% desde o fim do século 19 até 1940, antes do aparecimento dos antibióticos. Corresponde à sífilis terciária, causada pela infeção com *Treponema pallidum*, e ocorre quando a bactéria invade o sistema nervoso central, provocando alterações neuropsiquiátricas como a psicose, deterioração neurológica, paralisia geral e

levando, invariavelmente, à morte. Os sintomas típicos da PGP incluíam os delírios (especialmente os de grandeza), problemas na fala e na escrita, tremores nos lábios e na língua e paralisia progressiva generalizada dos músculos. Uma vez instalados esses sintomas, o doente não teria muitos anos de vida (Tsay, 2013). Era transmitida através de contato sexual, transfusão sanguínea ou adquirida congenitamente.

Nessa época, os médicos que trabalhavam em asilos psiquiátricos na Europa, particularmente na França, reportavam a incidência cada vez maior deste quadro clínico de défices motores generalizados e delírios, atingindo uma porção significativa dos doentes internados nesses hospitais e representando uma das principais causas de superlotação. Figuras proeminentes do campo da medicina mental francesa acreditavam que esse quadro era causado por complicações derivadas de diferentes tipos de loucura e, portanto, não representava a manifestação de uma doença autónoma. Contudo, Antoine Laurent Bayle (1799-1858), após sua entrada como interno no *Maison Royale de Charenton* em 1818, começou a estudar os casos de paralisia acompanhados de manifestações delirantes e demência e com base nas suas observações defendeu que as alterações mentais e motoras observadas derivavam de uma doença independente, causada por uma lesão encefálica a que chamou de *aracnoidite crónica*.

É importante realçar, que nessa época, sobretudo graças aos contributos da anatomia patológica, da microscopia e do desenvolvimento de instrumentos capazes de quantificar achados clínicos, como o termómetro e o estetoscópio, a medicina geral já utilizava meios considerados mais “objetivos” para o diagnóstico, tratamento e reconhecimento das diferentes patologias. Em contraste, o alienismo ainda se encontrava em busca de se constituir como campo médico independente e reconhecido na Europa e a prática da medicina mental fundamentava-se, principalmente, nos princípios do tratamento moral e na identificação das diferentes formas de alienação através de técnicas que, a princípio, careciam da objetividade considerada fundamental pelas restantes áreas médicas. O estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre lesões orgânicas e sintomas clínicos constituía um dos principais argumentos para a defesa da existência de uma doença autónoma. (Accorsi, 2021)

Assim, ao longo das décadas seguintes, e especialmente nos círculos alienistas franceses, germânicos e britânicos, o quadro mórbido descrito por Bayle passou a ser reconhecido, por grande parte dos médicos, como uma doença autónoma.

Várias etiologias eram conjecturadas para a doença, já predominantemente denominada paralisia geral dos alienados, desde relacionadas com a urbanização e civilizacionais como os traumas na região da cabeça, os excessos sexuais, o trabalho intelectual ostensivo e o abuso de certas substâncias, como o álcool. A associação definitiva desta entidade com a sífilis ocorreu quando Hideyo Noguchi (1876-1928), demonstrou a presença da espiroqueta *Treponema Pallidum* no cérebro de um doente com PGP.

No tratamento da sífilis foram aplicados diversos métodos, à medida que o conhecimento sobre a doença ia também evoluindo: desde tratamentos à base do mercúrio (aplicado de diferentes vias, nomeadamente cutânea, oral, vaporizado e inalado) até *Guaiacum*, a raiz de uma planta chinesa. Em 1908, foi descoberto um fármaco organo-arsénico chamado arsfenamina (salvarsan) por Sahachiro Hata no laboratório de Paul Ehrlich (vencedor Prémio Nobel de Fisiologia e Medicina em 1908) e, mais tarde, desenvolvida uma forma mais segura do mesmo denominado neosalvarsan. Posteriormente, nos anos 20, começou a ser utilizada a malarioterapia, mais utilizada especificamente nos casos de PGP (Bynum, 1994). Por fim, todos estes tratamentos se tornaram obsoletos com a descoberta da penicilina e o seu fabrico massificado após a Segunda Guerra Mundial, que permitiu que a sífilis fosse curada de forma eficaz e fiável (Brown, 2006).

Julius Wagner-Jauregg

Médico neurologista e psiquiatra austríaco nascido em 1857 em Wels na Áustria e falecido em 1940. Wagner-Jauregg estudou na Universidade de Viena, onde foi professor auxiliar de Patologia e de Clínica Psíquica e obteve o seu doutoramento em 1880. Inicialmente, a especialidade em que tinha maior interesse era a de medicina interna. No entanto não conseguiu uma vaga de trabalho nessa área, pelo que decidiu comprar um livro de Psiquiatria e começou a trabalhar na Clínica Psiquiátrica de Viena, dirigida por Max von Leidesdorf (Whitrow, 1990). Ao longo da sua carreira clínica e académica nas universidades de Graz e Viena publicou inúmeros trabalhos, sendo a sua mais importante publicação o livro intitulado “*Verhütung und Behandlung der progressiven Paralyse durch Impfmalaria*” (Prevenção e Tratamento da Paralisia Progressiva Através da Inoculação de Malária), que descrevia o procedimento da malarioterapia que motivou a atribuição do Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1927.

Para além do seu trabalho na área da psiquiatria, em 1889, como diretor da Clínica Neuropsiquiátrica da Universidade de Graz, investigou os efeitos do iodo no cretinismo e no bócio, condições endémicas nos vales

alpinos da Áustria e da Suíça. O seu trabalho nesta área levou posteriormente à introdução de sal iodado nas regiões Austríacas onde o bócio era endêmico. Adicionalmente, também se dedicou à medicina forense e aos aspetos legais da insanidade, tendo ajudado a formular leis de proteção aos doentes mentais. Em reconhecimento ao seu trabalho na medicina forense, recebeu o diploma de Doutor em Direito. Além disso, Jauregg tornou-se membro honorário em inúmeras instituições científicas de diversos países. Era descrito pelos seus colegas como brilhante, mas com uma personalidade difícil, um homem capaz de pensar “fora da caixa”, mas que considerava que um homem como ele não necessitava de ter princípios (Gartlehner, 2012).

No entanto as suas descobertas na área da medicina foram ofuscadas pela sua atitude anti-semita e o seu apoio entusiasta do regime Nazi. Tornou-se presidente da Liga Austríaca para Regeneração Racial e Hereditariedade que era a favor da esterilização forçada de pessoas com problemas mentais, criminosos ou considerados geneticamente inferiores. Ficou para a história como uma figura controversa, oscilando entre brilho e desprezo.

História – Malarioterapia

Em 1883, Julius Wagner-Jauregg, como médico assistente, observou a melhoria dos sintomas psicóticos de uma mulher após contrair erisipela, infeção tipicamente acompanhada de febre alta. Esta observação motivou uma investigação literária e culminou na publicação de um artigo, “*Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen*” (O Efeito das Doenças Febris na Psicose) em 1887, em que resumiu resultados significativos na área e descreveu os seus próprios casos. Nesse artigo, Wagner-Jauregg concluiu que a febre podia curar a psicose e debateu se se justificaria infetar doentes psiquiátricos para induzir febre como intervenção terapêutica. (Tsay, 2013)

Em Viena, como professor de Psiquiatria e diretor da Clínica para Doenças Neuropsiquiáticas, continuou o seu trabalho na área da piretoterapia utilizando tuberculina para induzir febre em doentes psicóticos. Alguns dos doentes com PGP mostraram sinais de melhoria. Entre 1900 e 1901 Wagner-Jauregg e o seu assistente Alexander Pilcz trataram 69 casos de PGP com tuberculina e compararam com 69 casos sem tratamento. Os resultados demonstram maior taxa de remissão sintomatológica no grupo dos doentes tratados com tuberculina e foram apresentados no 16º Congresso Médico Internacional de Budapeste, mas foram recebidos com grande cepticismo (Tsay, 2013). Adicionalmente, tratou vários pacientes psicóticos com toxinas causadoras de febre, como a toxina de *Salmonella* e culturas mortas de *Staphylococcus* com resultados desanimadores. Estas experiências foram interrompidas precocemente. Em particular, a tuberculina foi inclusive banida da prática médica confiável, por se considerar perigosa.

Em 1917, na Clínica do Hospital Geral de Viena, ao tratar um soldado infetado com infeção palúdica do tipo terçã, que tinha contraído na guerra dos Balcãs, Wagner-Jauregg encontrou finalmente um meio ideal de provocar um estado febril. Este tipo de malária é transmitido pelo *Plasmodium vivax*, uma das três espécies de agentes etiológicos que transmitem a doença a seres humanos. Os acessos febris são seguidos de sudorese intensa e prostração. Decidiu inocular 9 doentes que sofriam de PGP com o sangue contaminado do soldado. Destes 9 doentes, 6 apresentaram melhorias significativas. Publicou os seus resultados em 1919 no artigo “*Über den Einfluss von Malaria auf die progressiven Paralyse*” (Sobre o impacto da malária na Paralisia Geral Progressiva).

Contudo, antes de Wagner-Jauregg, em 1876 no Hospital Psiquiátrico de Odessa, Alexander Samoilovich Rosenblum, tinha já mostrado interesse pelo potencial terapêutico das febres infecciosas na psicose. Em 1877, Rosenblum publicou um artigo num jornal russo descrevendo um ensaio no qual 11 dos 22 doentes psiquiátricos foram curados após o tratamento de piretoterapia. Os seus resultados, no entanto, só ganharam relevância internacional várias décadas mais tarde, quando o artigo foi traduzido para inglês em 1943 (Tsay, 2013). Inicialmente, Wagner-Jauregg mostrou relutância em admitir o pioneirismo de Rosenblum, questionando se a febre teria sido induzida com a finalidade de estudar seus efeitos psiquiátricos e afirmando ainda que entre os pacientes de Rosenblum não havia paráliticos gerais. Finalmente, em 1935, reconheceu a vanguarda de Alexander Rosenblum e concedeu-lhe o crédito pela descoberta (Tsay, 2013).

Como qualquer novo tratamento promissor, a malarioterapia após a ser divulgada, foi intensamente estudada e aprimorada. O *Plasmodium vivax* era considerado a melhor espécie para a execução do tratamento, uma vez que preenchia dois importantes requisitos: primeiro, sendo esta a espécie responsável pela transmissão da malária de curso mais benigno (ou crónico), os médicos acreditavam que não colocaria a vida dos pacientes em risco; segundo, sendo uma forma menos agressiva da doença, a administração do quinino conseguiria de forma controlada, segura e eficaz trata-la, após um determinado número de acessos febris.

Porém, a investigação para o desenvolvimento da malarioterapia enfrentou alguns reveses, fruto de metodologias pouco rigorosas. Numa ocasião, um médico militar contactado por Wagner-Jauregg forneceu-lhe as amostras de

sangue que, assumiu-se, estariam infetadas com o *Plasmodium vivax*. Wagner-Jauregg confiou na procedência do material e negligenciou a realização dos testes microscópicos que verificariam se no sangue estaria presente, de fato, o microrganismo correto. Dos quatro doentes inoculados com essa amostra, três viriam a falecer. Constatou-se posteriormente que, na realidade, estava presente nas amostras o plasmódio transmissor da malária tropical, o *Plasmodium falciparum*. O último doente sobreviveu após tratado com doses extremamente elevadas de quinino e de injeções de neosalvarsan, administradas durante 45 dias. Depois de recuperado, os médicos puderam constatar que os sintomas de PGP desapareceram de forma completa e permanente.

No seguimento deste episódio, foi criado o primeiro protocolo formal da malarioterapia em que o exame microscópico do sangue era cláusula fundamental do protocolo da técnica e consistia em (Tsay, 2013):

- 1) Inoculação do agente etiológico da malária crónica, *Plasmodium vivax*, agora através de injeções subcutâneas;
- 2) Acessos febris que deveriam ocorrer entre sete e doze vezes;
- 3) Um grama de bissulfato de quinina por dia, durante três dias;
- 4) Meio grama administrado por mais 15 dias;
- 5) Três doses de neosalvarsan eram injetadas por via intravenosa nos pacientes, uma vez a cada semana.

O procedimento começou então o seu caminho de sucesso clínico. Para uma doença cujo prognóstico era a morte em 5 anos, esta alternativa trouxe esperança aos doentes e às famílias. O Prémio Nobel de Fisiologia e Medicina acabou por ser atribuído a Julius Wagner-Jauregg em 1927, sendo a primeira vez que este prémio foi atribuído a um psiquiatra. A malarioterapia foi amplamente divulgada e utilizada na Europa e no resto do mundo e também estudada em outras doenças mentais (Freitas, 2014). Com o avolumar da experiência a nível mundial, verificou-se que o tratamento precoce aferia um melhor prognóstico. Embora a sua eficácia para a PGP ou outras doenças mentais nunca tenha sido analisada por estudos epidemiológicos modernos, uma revisão internacional de 2460 casos de PGP demonstrou que em 27,5% dos doentes tratados com malarioterapia verificaram-se grandes melhorias e 25,6% pequenas melhorias e aumento de sobrevivência (Freitas, 2014). Por outro lado, o uso medicinal do parasita foi o responsável pela fama de doença benigna que a malária adquiriria nos anos seguintes, reputação sem o menor fundamento. Apesar dos efeitos positivos no tratamento da neuro-sífilis, cerca de 15% dos pacientes inoculados com o parasita morriam de malária, pondo assim em causa o princípio da não maleficência (Whitrow, 1990). Apesar disto a malarioterapia continuou a ser utilizada para tratar doentes com PGP até ao advento da penicilina.

Até hoje não se conhece com precisão o mecanismo pelo qual a malária estava associada à melhoria dos quadros neuropsiquiátricos da sífilis terciária. A hipótese mais aceite é que o estímulo imunológico provocado pelo *Plasmodium* fosse suficientemente intenso para iniciar uma resposta do sistema imune robusta e frequentemente eficaz contra o *Treponema*. Esta teoria é reforçada pelo trabalho de Weichbrodt & Jahnel, que em 1919 demonstrou que as espiroquetas da sífilis são destruídas após exposição ao calor, o que era conseguido na malarioterapia através das altas febres provocadas pela malária (Weichbrodt, 1919).

Malarioterapia em Portugal:

No início do século XX, a malária era ainda muito prevalente e criavam-se mosquitos do género *Anopheles* (o vetor e hospedeiro principal do *Plasmodium*) em estações construídas para o estudo e controlo da doença. Instituições como a Casa de Saúde do Telhal, pioneira no tratamento com malarioterapia em Portugal (1935), e o Hospital Sobral Cid requisitavam os mosquitos às estações antipalúdicas de Pegões e Águas de Moura. Estes eram transportados em gaiolas de redes finas, que eram posteriormente atadas com uma ligadura às coxas dos doentes. Como a rede era fina os mosquitos não conseguiam fugir, mas podiam picar, infetando assim o doente e transmitindo-lhe a malária.

Logo que o doente apresentasse febre, começava a ser elaborado um gráfico de temperatura, medida regularmente com o intuito de definir o tipo de febre. Era assumido como ideal um padrão de febre terçã, isto é, que apresentasse picos febris de 3 em 3 dias. Os picos febris diários eram considerados excessivos, causando desidratação marcada, e os picos de 4 em 4 dias eram considerados demasiado espaçados para produzir o efeito terapêutico pretendido. Uma vez o doente infetado e se a febre fosse terçã, frequentemente se faziam colheitas de sangue com o intuito de o administrar a outros doentes e os infetar com malária. Após cerca de uma dezena de picos febris, procedia-se ao tratamento da malária, com recurso ao quinino.

Tal como nos outros países, com o advento da penicilina em 1940 e sua alta eficácia no tratamento da sífilis, a utilidade terapêutica da malarioterapia foi reduzida e acabou por ser descontinuada (Ramos, 2013).

Considerações finais:

Desenvolvida por Julius Wagner-Jauregg, a malarioterapia consistia na inoculação de sangue contaminado com malária em doentes psiquiátricos para obter picos febris desejados e com efeito terapêutico. Foi aplicada principalmente no tratamento da PGP, fase terminal da sífilis e de prognóstico nefasto dada a ausência de tratamento eficaz, o que garantiu o primeiro Prêmio Nobel da Medicina atribuído a um psiquiatra. Este procedimento tornou-se obsoleto e foi descontinuado nos anos 50, após massificação do acesso à penicilina, fármaco seguro e extremamente eficaz no tratamento da sífilis.

Bibliografia:

1. Gartlehner, G., & Stepper, K. (2012). Julius Wagner-Jauregg: pyrotherapy, simultanmethode, and 'racial hygiene'. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(8), 357-359.
2. Accorsi, G. E. (2021). A influência da anatomia patológica na construção do conhecimento alienista na Corte Imperial—o caso da paralisia geral progressiva (1868-1882). *História Unisinos*, 25(1), 160-167.
3. Brown, K. (2006). *The pox: the life and near death of a very social disease*. The History Press.
4. Bynum, W. F. (1994). *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge University Press.
5. Tsay, C. J. (2013). Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *The Yale journal of biology and medicine*, 86(2), 245.
6. Whitrow, M. (1990). Wagner-Jauregg and fever therapy. *Medical history*, 34(3), 294-310.
7. Freitas, D. R. C., Santos, J. B., & Castro, C. N. (2014). Healing with malaria: a brief historical review of malariotherapy for neurosyphilis, mental disorders and other infectious diseases. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 47, 260-261.
8. Weichbrodt, R., & Jahnel, F. (1919). Einfluß hoher Körpertemperaturen auf die Spirochäten und Krankheitserscheinungen der Syphilis im Tierexperiment. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 45(18), 483-484.
9. Ramos, A., Fonseca, C., & Santos, V. (2013). Historical context of mental healthcare. *Journal of Aging and Innovation*, 1(1), 80-84.

A clorpromazina a revolucionar a psiquiatria: a inédita jornada do largactil

Carlos Siopa, Ana Duarte, Carlos Góis

Departamento Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria

E-mails: carlosiopa@hotmail.com; ana.p.duarte@chln.min-saude.pt; carlos.gois@chln.min-saude.pt

Resumo

A descoberta da clorpromazina constitui um marco significativo no tratamento de doenças mentais. Nos anos 50 os laboratórios da Rhône-Poulenc sintetizaram um anti-histamínico com efeito sedativo tão potente que Henri Laborit, cirurgião militar parisiense, propôs aplicá-lo como anestésico. A eficácia obtida levou-o a colaborar com Pierre Huguenard e Jean Delay para desenvolver a utilização psiquiátrica desse fármaco. Ensaiado em doentes mentais graves, os autores verificaram a eficácia da clorpromazina na tranquilização dos doentes, inaugurando então o primeiro neuroléptico.

Em 1952, a clorpromazina foi introduzida à comunidade médica pela eficácia no tratamento de alucinações, delírios e agitação. Essa descoberta alterou a pragmática dos cuidados psiquiátricos, dando um passo na direção dos tratamentos baseados em evidência científica, distanciando-se de cuidados asilares por permitir um tratamento ambulatorio eficaz.

As pessoas com doença mental obtiveram melhores hipóteses de recuperação, estabilização e qualidade de vida graças a esta descoberta e ao seu posterior desenvolvimento.

Palavras-chave: neuroléptico, clorpromazina, doença mental

Abstract

The discovery of chlorpromazine constitutes a significant milestone in the treatment of mental illnesses. In the 1950s, the Rhône-Poulenc laboratories synthesized an antihistamine with such potent sedative effects that Henri Laborit, a Parisian military surgeon, proposed its application as an anesthetic. The efficacy observed led him to collaborate with Pierre Huguenard and Jean Delay to develop the psychiatric use of this drug. Tested on severely mentally ill patients, the authors found chlorpromazine's effectiveness in calming patients, thus inaugurating the first neuroleptic.

In 1952, chlorpromazine was introduced to the medical community due to its effectiveness in treating hallucinations, delusions, and agitation. This discovery altered the pragmatics of psychiatric care, taking a step towards evidence-based treatments, distancing itself from asylum-based care by enabling effective outpatient treatment.

Individuals with mental illness gained better chances of recovery, stabilization, and quality of life thanks to this discovery and its subsequent development.

Keywords: neuroleptic, chlorpromazine, mental illness

Introdução

A síntese da clorpromazina foi um momento pioneiro na introdução dos neurolépticos e na transformação do tratamento de doenças mentais graves. Não só revolucionou a abordagem farmacológica à saúde mental, mas também permitiu uma mudança fundamental na prática clínica, afastando-se de métodos mais invasivos e institucionais. Relatar essa descoberta é crucial para compreender como a farmacologia foi gradualmente integrada no tratamento das doenças mentais graves, proporcionando uma alternativa mais eficaz e humanizada. Ao destacar a importância da clorpromazina, reconhecemos não apenas a sua contribuição para a medicina, mas também o papel fundamental que a investigação e a inovação desempenham na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças mentais.

Contexto histórico e científico

A descoberta da clorpromazina ocorreu num período de intensa atividade científica e mudança social. No entanto, este período também foi caracterizado por desafios persistentes no tratamento de doenças mentais, com terapias muitas vezes rudimentares e ineficazes.

Num contexto mais amplo, a década de 50 foi um período de transição entre duas eras na história da medicina. Por um lado, as descobertas científicas do século XX, como a penicilina e a descoberta do DNA, deram início a processos de mudança paradigmática na prática médica. Por outro lado, as práticas médicas tradicionais, como a lobotomia e o confinamento institucional, ainda eram prevalentes.

Neste contexto, a descoberta da clorpromazina representou um avanço significativo na abordagem ao tratamento de doenças mentais. A sua introdução inaugurou uma nova era na Psiquiatria, marcada pelo desenvolvimento de tratamentos farmacológicos específicos e uma abordagem mais humanizada no tratamento das pessoas com doenças mentais graves.

Síntese e descoberta da clorpromazina: de anti-histamínico a neuroléptico

A história deste fármaco tem o seu primeiro momento no ano de 1937, quando Daniel Bovet criou o primeiro anti-histamínico no Instituto Pasteur. Subsequentemente, a indústria farmacêutica e particularmente a Rhône-Poulenc, uma empresa farmacêutica francesa, desenvolveu colaborações com os investigadores desse instituto para obter novos compostos com esse mesmo efeito. Inicialmente a empresa estaria interessada em desenvolver fenotiazinas, tendo obtido inicialmente a prometazina que se destacou pelo efeito de indução do sono.

A descoberta da clorpromazina foi o resultado de uma série de avanços científicos e técnicos na área da química farmacêutica. Para esse efeito, Paul Charpentier sintetizou em 11 de dezembro de 1951 a molécula que se tornou notável pelo seu efeito sedativo, tanto que apenas um ano depois já era um potencial fármaco de utilidade em outros contextos. Ao manipular a molécula da prometazina, obteve um fármaco que se revelou ainda mais interessante. (López-Muñoz et al., 2005; *On the So-Called Psychopharmacological Revolution*, 2021)

Foi Henri-Marie Laborit (1914-1995), cirurgião da Marinha Naval francesa estacionado em Marrocos, que reconheceu o potencial da clorpromazina para além da sua utilidade como anti-histamínico. Observando os efeitos sedativos do composto durante estudos com animais, Laborit propôs que a clorpromazina poderia ter eficácia na indução anestésica de doentes submetidos a cirurgias invasivas. Num artigo publicado em 1952, altura em que o fármaco era referido pelo código 4560RP, ele escreve “the patient’s lack of interest in what is going on around him, going as far as to describe it as ‘pharmacological lobotomy’”. (López-Muñoz et al., 2005; *On the So-Called Psychopharmacological Revolution*, 2021)

Laborit criou um cocktail de fármacos anestésicos em que utilizou a clorpromazina pelo seu efeito sedativo e de redução da temperatura corporal. Ao utilizar 50 a 100mg em forma de solução intravenosa, obteve o efeito que designou por “desinteresse” sem perda de consciência e com apenas uma tendência para o sono. Publicou em 1952, 1 ano após a síntese da molécula, o primeiro artigo intitulado “A new vegetative (autonomic) stabilizer”. A transição entre o efeito anti-histamínico e o sedativo deu-se através do teste criado nos laboratórios da Rhône-Poulenc, que consistia no tempo os ratos treinados demoravam a subir uma corda vertical para chegar ao alimento. Este teste foi adotado por Simone Courvoisier, que assim comprovou em laboratório o potencial efeito sedativo da clorpromazina e que distinguia esse fármaco dos barbitúricos ou de outros sedativos, uma vez que bloqueava de modo seletivo o comportamento condicionado, sem afetar o não condicionado, ou seja, não apresentava o potencial de inibir alterar reflexos motores. (Ban, 2007)

Colaboração interdisciplinar e desenvolvimento da utilização psiquiátrica

Foi no serviço de neuropsiquiatria de Val de Grâce, o hospital militar de Paris, que a clorpromazina foi primeiro utilizada como neuroléptico, num doente de 24 anos maníaco em período de agitação psicomotora, estando registado que lhe foi aplicado 50mg do fármaco por via intravenosa, com efeito sedativo imediato, mas que apenas durou algumas horas, pelo que era necessário repetir múltiplas vezes a administração do fármaco. Ao fim de 20 dias e após um total de 855mg do fármaco, o doente estabilizou e esse caso, considerado de sucesso, foi apresentado num congresso em 1952.

Os efeitos sedativos da clorpromazina despertaram o interesse dos psiquiatras Jean Delay (1907-1987) e Pierre Deniker (1917-1998), na altura a trabalhar em Sainte-Anne, que requisitaram amostras do fármaco e administraram nos seus doentes em doses sucessivas. Pierre Deniker e a sua equipa começaram a estudar doentes psicóticos no Hospital Sainte-Anne. Em 1952, Delay e Deniker apresentaram seis artigos em co-autoria que revelam como a equipa do Hospital Sainte-Anne entendia a ação do medicamento. Deniker argumentou que havia três opções possíveis para entender como os medicamentos funcionavam e reconstruir a história da descoberta de um medicamento:

(1) a via quimofarmacológica, (2) a via de fisiologia humana, de anestesiologia e reanimação, e (3) a procura por medicamentos psiquiátricos específicos. As duas primeiras opções referem-se especificamente à descoberta do medicamento e a como aplicá-lo, ou seja, a estudos (como o de Laborit) sobre seus mecanismos de ação e seu potencial para induzir os efeitos desejados, neste caso, hibernação e anestesia. Segundo Deniker, os dois primeiros métodos são indiretos e não nos ajudam a entender a extensão e importância do medicamento no campo da Psiquiatria. Ele entendeu que o terceiro método era o único que poderia levar à descoberta da ação específica da cloropromazina na área da Psiquiatria, e foi esse o método que os investigadores do Hospital Sainte-Anne se dedicaram a seguir. Como Deniker escreve em 1975, “One idea we had in mind was the possibility of discovering a specific medication for the treatment of mental illnesses. ... Nevertheless, the idea of possibly discovering specific psychiatric medications had not been considered by specialists until that point”. (Ban, 2007; López-Muñoz et al., 2005; *On the So-Called Psychopharmacological Revolution*, 2021)

Em geral, os resultados obtidos foram considerados eficazes em termos de sedação, redução da ansiedade, desaparecimento da confusão mental e controlo dos movimentos anormais. Em alguns casos, os doentes foram considerados curados e receberam alta hospitalar. Quanto a doentes deprimidos, uma vez que o fármaco foi também avaliado em vários subtipos de perturbações afetivas, a maioria não mostrou sinais de recuperação da depressão, embora os autores tenham observado alguns progressos em termos de sintomas de mania e agitação. No caso dos doentes esquizofrénicos os resultados registados foram: desaparecimento da confusão e ansiedade, sedação da agitação, desaparecimento dos movimentos anormais, melhora da agitação e excitação, remissão da agitação, calma e melhoria do relacionamento. É importante salientar que muitos desses doentes incluídos nos estudos já tinham sido submetidos a várias sessões de electroconvulsivoterapia, terapia com insulina e outras terapias de choque. O estudo mostra que a cloropromazina não foi usada exclusivamente para casos de esquizofrenia, como mais tarde viria a ser. A sua principal função terapêutica parecia limitar-se ao controlo da agitação e ansiedade e à produção de sedação. O medicamento não parecia ser eficaz para a depressão, mas funcionava para casos de agitação motora e mania.

Alguns anos depois, em 1956, Deniker e Delay publicaram um artigo na revista *L'Encéphale* avaliando os efeitos do uso da cloropromazina em doentes mentais tratados de 1952 a 1955 (*On the So-Called Psychopharmacological Revolution*, 2021). Esta visão geral foi baseada num total de trezentos registos clínicos de doentes, em regime de tratamento de internamento ou ambulatorio, que receberam cloropromazina ao longo de quase quatro anos. Os autores afirmam que é difícil estabelecer uma comparação com outros estudos publicados, dada a ambiguidade e discrepância entre as classificações nosológicas utilizadas nesses estudos. O artigo de Deniker e Delay centra-se em três aspetos: a ação da cloropromazina em psicoses agudas; a sua ação na depressão; o papel das curas de longo prazo possibilitadas pelo uso da cloropromazina no tratamento de psicoses crónicas. Eles afirmam que, no que diz respeito ao primeiro grupo, as suas expectativas iniciais quanto à eficácia da cloropromazina no tratamento de psicoses agudas foram confirmadas, uma vez que o medicamento mostrou ter efeitos rápidos. Este estudo mostra que um grande número de doentes foi considerado curado e recebeu alta. Eles observam que a duração média dos internamentos hospitalares foi menor do que nos doentes que receberam electroconvulsivoterapia. Outro facto que observam é que, para as mulheres, o tempo de internamento foi maior do que para os homens.

Por fim, para o tratamento a longo prazo de psicose crónica, Deniker e os colegas estudaram um total de 116 doentes, incluindo casos de doentes com esquizofrenia. Avaliaram o uso de cloropromazina isoladamente ou em conjunto com electroconvulsivoterapia e outros medicamentos, bem como lobotomia. Os resultados obtidos foram considerados positivos e sublinham a importância do tratamento ambulatorio e com formulações orais, no qual a medicação poderia ser continuada após sair do regime de internamento. Este texto ajuda-nos a entender o que Deniker e Delay viram como um resultado eficaz e bem-sucedido do ponto de vista terapêutico. Eles afirmam que a cloropromazina não reduz alucinações nem delírios, em concreto, Deniker afirmou “Producing a state of indifference or disinterest with regard to the delirium is what seems to constitute the originality of this treatment. The problem of whether the hallucinations or the delirious activity really disappear is more complex. Although in some cases they seem to stop, frequently the patient continues to believe the delirium. He continues to live with the existence of ‘delirious ideas’ about which he no longer manifests concern after treatment, but indifference”. Assim se destaca, mais uma vez, que a questão da indiferença (seja em relação ao mundo, ao ambiente externo dos doentes ou aos sintomas da sua doença) parece ser fundamental para entender como o medicamento realmente funcionava. Ou seja, o sentimento de indiferença parece estar diretamente ligado ao que foi visto como a eficácia terapêutica do medicamento. Assim, embora os doentes tratados com cloropromazina continuassem a ter alucinações, pareciam indiferentes a estes fenómenos. (*On the So-Called Psychopharmacological Revolution*, 2021)

Alguns estudos realizados posteriormente no Hospital Sainte-Anne e outros mostram que os doentes afirmavam ter deixado de ouvir vozes dizendo-lhes para ir para casa e tinham a sensação de ter recuperado alguma normalidade. No entanto, o sucesso da cloropromazina não foi tão imediato como isso sugere. Embora Delay e Deniker tentassem divulgar as suas observações ao publicar em prestigiadas revistas científicas e em conferências internacionais, os seus estudos não tiveram imediatamente o impacto que esperavam. Muitos psiquiatras argumentavam que a psicose era impossível de tratar e que a cloropromazina era apenas um sedativo bastante eficaz. Mesmo dentro do Sainte-Anne, o novo tratamento não foi adotado imediatamente por todos.

A colaboração entre Laborit, Huguenard e Delay foi fundamental para o desenvolvimento da utilização psiquiátrica da cloropromazina. Juntos, eles conduziram uma série de estudos e ensaios clínicos para investigar os efeitos do composto em doentes mentais graves. Os resultados desses estudos foram impressionantes: a cloropromazina demonstrou ser eficaz no tratamento de uma variedade de sintomas psiquiátricos, incluindo alucinações, delírios e agitação.

A cloropromazina tornou-se disponível para prescrição na França em novembro de 1952, sob o nome comercial de largactil, i.e, ação larga. O nome foi escolhido com intuito de destacar a diversidade de ações farmacológicas e potenciais clínicos.

Além da equipa de investigação francesa, outros cientistas contribuíram para o desenvolvimento da cloropromazina e da sua aplicação clínica. Num período de 3 anos, entre 1953 e 1955, o fármaco foi divulgado pelo mundo e obtiveram-se publicações de resultados benéficos na Suíça, Inglaterra, Canada, Alemanha, Hungria, América Latina, Estado Unidos da América, Austrália e Rússia. (Ban, 2007; López-Muñoz et al., 2005)

Impacto na prática psiquiátrica: uma mudança de paradigma

O impacto da descoberta da cloropromazina na neurofarmacologia abriu novas perspetivas para a compreensão das bases bioquímicas das doenças mentais. Coincidiu com uma mudança significativa na compreensão da transmissão sináptica, passando de um modelo puramente elétrico para um mediado quimicamente. A identificação de seis neurotransmissores no sistema nervoso central abriu caminho para uma compreensão mais detalhada das vias neuroquímicas envolvidas nas doenças mentais, proporcionando uma base mais sólida para o desenvolvimento de novos tratamentos.

As apresentações feitas no primeiro congresso do Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP) em Roma, em 1958, foram fundamentais para promover a compreensão da eficácia terapêutica dos antipsicóticos. Os relatórios de Frank Ayd, Hanns Hippus, Selbach, e Pierre Lambert forneceram dados valiosos sobre os efeitos clínicos desses medicamentos em doentes com doenças mentais, destacando a importância de considerar a relação entre eficácia terapêutica e efeitos colaterais somáticos na prática clínica.

A classificação proposta por Pierre Lambert, que dividiu os antipsicóticos fenotiazínicos em sedativos, como a cloropromazina, e incisivos, como a proclorperazina, também teve um impacto significativo no desenvolvimento de novos tratamentos. Essa classificação permitiu uma compreensão mais refinada das propriedades farmacológicas dos antipsicóticos, ajudando os psiquiatras a selecionar o tratamento mais adequado para cada doente com base nas suas necessidades individuais. (Ban, 2007)

Antes de 1955, a Psiquiatria era fortemente influenciada pelo método psicanalítico e ainda não havia encontrado um tratamento confiável para a esquizofrenia que fosse além dos métodos usuais de institucionalização, contenção, sedação e intervenção psicossocial. Tratamentos empíricos baseados em hipóteses populares na época, como a indução de convulsões em doentes com esquizofrenia, eram traumáticos e em grande parte ineficazes. Manfred Sakel, um médico de Viena, tentou destruir seletivamente as células cerebrais anormais induzindo comas de insulina, mas os resultados eram temporários e arriscados.

Embora tenha desempenhado um papel crucial na desinstitucionalização de doentes com esquizofrenia e mudado a prática psiquiátrica, não corrigiu todos os problemas associados ao tratamento da doença. O mecanismo de ação da cloropromazina permaneceu obscuro por décadas, e seus efeitos colaterais incluíam hipotensão, discinesia tardia e confusão. No entanto, a cloropromazina iniciou uma nova era na Psiquiatria, promovendo o tratamento farmacológico das doenças mentais e incentivando pesquisas sobre as bases biológicas da esquizofrenia. Esta compreensão levou ao desenvolvimento de agentes neurolépticos mais específicos e eficazes.

Desde a sua descoberta inicial, a cloropromazina tem sido objeto de desenvolvimento clínico. Novos medicamentos foram desenvolvidos com base na estrutura química da cloropromazina, e novas indicações terapêuticas foram descobertas. (Ban, 2007; Chauveau et al., 2001; López-Muñoz et al., 2005; *On the So-Called Psychopharmacological Revolution*, 2021)

Conclusão

A descoberta da clorpromazina representa um marco na história da Psiquiatria, marcando a transição de uma era de tratamentos rudimentares e ineficazes para uma abordagem mais farmacológica e humanizada. No meio de um período de intensa atividade científica e mudança social, a clorpromazina emergiu como uma ferramenta poderosa no tratamento de doenças mentais graves. O seu impacto foi sentido não apenas nas enfermarias de internamento, mas também nos corredores acadêmicos e científicos, impulsionando a compreensão das bases bioquímicas das doenças mentais e promovendo uma nova era na neurofarmacologia. Apesar dos desafios e do ceticismo inicial, a clorpromazina abriu caminho para o desenvolvimento de novos tratamentos e trouxe esperança para milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem de doenças psiquiátricas. Ao longo das décadas, a sua descoberta continua a inspirar avanços na investigação e prática clínica, destacando-se como um dos marcos mais importantes na história da medicina.

Bibliografia

- Ban, T. A. (2007). Fifty years chlorpromazine: A historical perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3(4), 495-500.
- Chauveau, S., Roux, M. Le, & Roux, M. Le. (2001). *L' invention pharmaceutique . La pharmacie française entre l' État et la société au XX e siècle*.
- López-Muñoz, F., Alamo, C., Cuenca, E., Shen, W. W., Clervoy, P., & Rubio, G. (2005). History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(3), 113-135. <https://doi.org/10.1080/10401230591002002>
- On the so-called psychopharmacological revolution*. (2021). 1-21.

Canábis na ansiedade – percepções

Catarina Paiva^{1,2}, João Rui Pita^{1,2}, Ana Leonor Pereira^{1,3}

¹ Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia (GHSCT) do CEIS20, Universidade de Coimbra

² Faculdade de Farmácia (FFUC); ³ Faculdade de Letras (FLUC) – Universidade de Coimbra

E-mails: catarina_701@hotmail.com; jrpita@ci.uc.pt; aleop@ci.uc.pt

Resumo

Em Portugal, a canábis é a droga ilícita mais consumida no século XXI.

A canábis é uma planta muito bem estudada sob o ponto de vista químico e o seu potencial enquanto arma terapêutica tem sido amplamente investigado.

Pretendemos analisar a percepção do consumidor e a percepção do investigador sobre os efeitos da canábis na ansiedade, recorrendo a estudos e inquéritos credenciados.

Em 2021, um inquérito revelou que cerca de 40% dos consumidores portugueses recorre a esta droga para tratar depressão ou ansiedade.

Entre 2000 e 2015 um estudo, em Portugal, refere que houve cerca de 30 vezes mais hospitalizações por surto psicótico ou esquizofrenia em pacientes com consumo de canábis.

Importa não “medicalizar” o consumo para fins ditos recreativos. A par desta preocupação surge o aumento da potência e adulteração de canábis e produtos de canábis.

Palavras-chave: canábis, ansiedade, canabidiol, tetrahidrocanabinol

Abstract

In Portugal, cannabis is the most widely used illicit drug of the 21st century.

Cannabis is a chemically well-studied plant and its potential as a therapeutic tool has been widely investigated.

We intend to analyse consumer and researcher perceptions of the effects of cannabis on anxiety, using credible studies and surveys.

In 2021, a survey revealed that about 40% of Portuguese consumers use this drug to treat depression or anxiety.

Between 2000 and 2015 a study in Portugal reported that there were about 30 times more hospitalizations for psychotic break or schizophrenia in patients with cannabis use.

It is important not to “medicalize” the use of cannabis for so-called recreational purposes. Along with this concern is the increase in the potency and adulteration of cannabis and cannabis products.

Keywords: cannabis, anxiety, cannabidiol, tetrahydrocannabinol

Introdução

Quando falamos de ansiedade podemos estar a referir-nos a um estado emocional passageiro, que poderá ser benéfico, ou a ansiedade patológica, que pode ter grandes implicações na qualidade de vida.¹

As perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas são denominadas perturbações mentais comuns, dada a sua elevada prevalência.²

A pandemia veio agravar o panorama. No primeiro ano da pandemia Covid-19, as taxas de perturbações mentais comuns, como a depressão e a ansiedade, aumentaram mais de 25%.³

É há muito conhecido que a canábis e a ansiedade estão relacionadas, havendo relatos, antes de 1000 a.C., sobre o recurso à canábis como hipnótico e tranquilizante no tratamento de ansiedade, histeria e compulsividade.⁴

Pretendemos analisar a percepção do consumidor e a percepção do investigador, em Portugal, sobre os efeitos da canábis na ansiedade, recorrendo a estudos e inquéritos credenciados.

Corpo do texto

A ansiedade pode ser definida como “um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo de algo desconhecido ou estranho”. O Manual Diagnóstico

e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) classifica os transtornos de ansiedade. Como exemplo podemos citar o transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e a fobia social.¹

Estima-se que 264 milhões de pessoas, cerca de 3,6% da população mundial, tenham transtornos de ansiedade (dados de 2015). Os transtornos de ansiedade são mais frequentes entre as mulheres (4,6%) do que entre os homens (2,6%). De 2005 até 2015 verificou-se um aumento de 14,9%, resultado do crescimento e envelhecimento da população.²

Em Portugal a prevalência de perturbações de ansiedade entre a população é 4,9%. O valor mais alto na Região da Europa é, segundo a OMS, registado na Noruega, com 7,4% e o valor mais baixo, 3,1%, foi registado na Federação Russa e no Tajiquistão.²

A nível mundial o Brasil aparece em primeiro lugar, com uma prevalência de 9,3% e no fim da tabela, com a prevalência mais baixa, 2,2%, o Vietname.²

A planta da canábis é usada desde a antiguidade no tratamento da ansiedade.

A mediatização desta planta controversa disponibiliza, para quem procurar, muita informação sobre a mesma. É no entanto necessário não só seleccionar fontes fidedignas, como também tentar perceber a informação disponibilizada.

Em 2021, um inquérito revelou que cerca de 40% dos consumidores portugueses recorre a esta droga para tratar depressão ou ansiedade. A amostra foi de 3188 indivíduos. Destes 3019 (95%) consumiram canábis ilegal, 614 (19%) consumiram canábis legal (produtos de CBD e/ou baixo teor de THC comercializados em lojas) e apenas 2 (0,1%) consumiram canábis prescrita por um médico.⁵

Por outro lado, dois anos antes, também em Portugal, tinha sido notícia que as “Hospitalizações psiquiátricas associadas a canábis cresceram quase 30 vezes em 15 anos”, “de acordo com um trabalho da Universidade do Porto”.⁶

Da leitura destes resultados identificam-se percepções diferentes:

- por um lado o recurso à planta da canábis pelos consumidores para tratar ansiedade ou depressão;
- por outro o estudo de uma Universidade portuguesa onde se percebe que as hospitalizações por surto psicótico ou esquizofrenia, em pacientes que têm consumos de canábis registados, aumentaram quase 30 vezes no espaço de 15 anos (2000 e 2015).

O aumento acima referido, segundo os autores, pode dever-se não só às alterações dos padrões de consumo, dos consumidores portugueses, mas também a questões relacionadas com a codificação de diagnósticos secundários.⁷

De forma a perceber melhor a relação da canábis com a ansiedade recorreremos a alguns estudos. Ainda assim e dada a complexidade da planta, iremos considerar nesta análise a canábis para fins recreativos e a canábis para fins medicinais.

A planta da canábis tem uma composição química extremamente complexa. Tem na sua composição mais de 500 constituintes identificados, nos seus vários quimiotipos, dos quais mais de 100 são canabinóides. Destes destacam-se dois: o tetrahidrocanabinol (THC) e o canabidiol (CBD).⁸

Uma carta entregue em 2018 à Assembleia da República, por profissionais de áreas como a saúde, educação e justiça, entre outras, alerta para que devemos considerar não o uso medicinal da planta, mas sim das moléculas desta, que têm propriedades terapêuticas.⁹

Canábis para fins recreativos

O consumo de drogas acompanha os hábitos do homem desde há muitos séculos. A planta da canábis está presente desde a antiguidade, nomeadamente em rituais religiosos e como medicamento.¹⁰

A procura de prazer é uma das razões evocadas para o consumo de canábis.¹¹

Apesar de se conhecerem os efeitos da canábis no organismo desde os primórdios da medicina, só durante meados do século XX se identificaram e isolaram as substâncias responsáveis por esses efeitos e mais recentemente se começaram a perceber os mecanismos de ação.

Quando falamos em canábis para fins recreativos, em Portugal e em muitos países do mundo onde a canábis para fins recreativos faz parte de um mercado ilegal, na realidade não sabemos qual a composição da planta em causa, nem sequer a sua concentração nos dois principais canabinóides e não sabemos se tem contaminantes, nomeadamente canabinóides sintéticos.

O THC é considerado o principal composto psicoativo, responsável pela euforia, relaxamento e alterações sensoriais, procuradas no consumo recreativo. Elevadas concentrações deste composto podem contudo resultar em crises de pânico, ansiedade, sintomas depressivos e sintomas psicóticos. A ansiedade, um dos fatores psicológicos associados à manutenção do consumo de canábis, pode surgir tanto durante períodos de intoxicação como durante a abstinência, contribuindo para a manutenção do consumo.¹¹

Em Portugal foi publicado um estudo, em 2018, que teve como objectivo identificar como o nível de *craving* se relaciona com a depressão, a ansiedade e o stresse, numa amostra de consumidores portugueses. Verificou-se que “o nível do *craving* tem um efeito estatisticamente significativo na ansiedade”. Neste estudo os resultados indicam que “os participantes com um nível moderado de *craving* são os que apresentam maior ansiedade, contradizendo estudos anteriores, que referem que quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível do *craving*”. Os resultados obtidos permitem concluir que “o consumo de canábis é um mecanismo a que os consumidores recorrem para lidar com níveis de depressão, ansiedade e stresse”.¹¹

O consumo de canábis por pré-adolescentes e adolescentes parece poder estar associado com problemas como sono irregular, raiva, depressão, ansiedade, problemas de relacionamento ou problemas respiratórios.¹² Há estudos que têm demonstrado uma maior frequência de perturbações como ansiedade e depressão em consumidores de canábis, associando o consumo a estas patologias.¹³

O consumo de canábis em adolescentes e jovens adultos é uma preocupação dado o maior risco de dependência nestas faixas etárias. Os efeitos deletérios podem ser mais acentuados nestas idades, devido ao estado de desenvolvimento psicológico e neurológico característico desta fase.¹⁴

A associação entre canábis e ansiedade não é clara e necessita de mais estudos. Numa revisão, publicada em 2023, que pretendeu debruçar-se sobre a problemática da ansiedade e da canábis em adolescentes e jovens adultos, foram considerados 47 estudos. Destes, 23 concluíram que uma maior ansiedade entre os adolescentes e jovens adultos estava associada a um maior consumo de canábis e sete, pelo contrário, uma associação negativa – uma maior ansiedade estava relacionada com um menor consumo de canábis. Os restantes 17 estudos não encontraram associação clara entre a ansiedade e o consumo de canábis.¹⁵

A composição da planta da canábis poderá, em parte, esconder a resposta para as diferentes conclusões dos diferentes estudos.

O dois principais canabinóides, THC e CBD, têm sido estudados na tentativa de explicar a relação entre a canábis e a ansiedade. Tem-se procurado perceber se a presença de CBD, em produtos com THC pode diminuir a ansiedade comparativamente a produtos só com THC.

Com necessidade de mais investigação ao redor deste problema, há um estudo que apresentou os seguintes resultados: “tanto o THC como o THC/CBD aumentaram significativamente a ansiedade de estado auto-avaliada em comparação com o placebo. A ansiedade de estado após THC/CBD foi significativamente menor do que após THC isolado. A ansiedade induzida pelo THC foi independente da ansiedade na linha de base. Quando a ansiedade na linha de base era baixa, o CBD neutralizava completamente a ansiedade induzida pelo THC; no entanto, quando a ansiedade na linha de base era alta, o CBD não neutralizava a ansiedade induzida pelo THC.”¹⁶

Os festivais de verão, muito frequentados também por jovens, parecem ser locais convidativos ao consumo de drogas nomeadamente de novas substâncias psicoativas (NSP), já que o número de apreensões e de amostras em que se detetam estas substâncias aumenta. Aumenta também, de acordo com perito com experiência em serviços de urgência hospitalar, “o número de episódios de urgência com quadros psicóticos e de ansiedade associados ao consumo de substâncias psicoativas, possivelmente NSP”.¹⁷ Relembro que um dos principais grupos de NSP é o grupo dos canabinóides sintéticos. Estas substâncias, adulterantes por vezes de drogas à base da planta da canábis, podem ter efeitos extremamente graves, havendo relatos de mortes na Europa. Uma das principais preocupações atuais, é o consumo inadvertido de canabinóides sintéticos.¹⁸

Já nos Estados Unidos da América, desde dezembro de 2018 que a canábis recreativa é legal, no Michigan. Na sequência desta legalização houve um aumento do número de casos nas emergências associadas aos efeitos psiquiátricos da canábis. Dos 1135 indivíduos que participaram no estudo 196 (17,3%) apresentavam a ansiedade como principal queixa, tendo apresentado ataques de pânico, agressão, comportamento maníaco ou alucinações.¹⁹

Canábis para fins medicinais

De acordo com a Lei nº 33/2018 de 18 de Julho, entende-se por “«Uso para fins medicinais» a utilização dos medicamentos, preparações e substâncias à base da planta da canábis, quando prescritas por médico, mediante receita médica especial, com o objetivo de explorar as suas propriedades medicinais”.²⁰ Neste caso estamos a falar de um produto com qualidade farmacêutica e com composição conhecida, nomeadamente no que respeita à concentração de THC e CBD.

Nos estudos que iremos analisar de seguida, consideramos o THC ou o CBD, de forma a saber a que substância podemos atribuir o efeito.

O CBD, pelo seu potencial ansiolítico, parece poder ser utilizado com alternativa terapêutica no controlo da ansiedade. Apresenta um bom perfil de segurança e tolerabilidade. Em comparação com as benzodiazepinas, frequentemente utilizadas, parece apresentar menos efeitos secundários. No entanto devem ser realizados mais estudos, para medir a eficácia do CBD, bem como vigiar os riscos a longo prazo.¹

Uma revisão bibliográfica abrangendo 10 anos aponta no mesmo sentido, tendo concluído que o CBD exerce potenciais efeitos ansiolíticos e neuroprotetores, que tem uma potente ação terapêutica no tratamento da ansiedade e pouca intolerância e ainda que o benefício risco deve ser sempre considerado pelo médico, sendo necessários mais estudos de eficácia e segurança, no que respeita à finalidade ansiolítica em humanos.²¹

Assunção e Silva referem que “a *Cannabis sativa* mostra-se como potente opção terapêutica para o tratamento da ansiedade, o que mostra a eficácia do CBD e do THC no tratamento da ansiedade social”, reforçando a segurança do CBD. É útil para o tratamento da ansiedade refratária e sintomas psicóticos atenuados.²²

Outros autores referem a utilização de cânabis medicinal em algumas patologias como Esclerose Múltipla, Síndrome de Gilles de la Tourette e em algumas demências como a doença de Alzheimer parecendo ser benéfica ao atuar também diminuindo sintomas como a ansiedade.²³

Com base em modelos pré-clínicos, os medicamentos à base de cânabis têm sido identificados como novas terapêuticas para a perturbação de ansiedade generalizada apesar da eficácia e segurança terem que ser aprofundadas. Num estudo com o objetivo de avaliar os resultados clínicos de doentes com perturbação de ansiedade generalizada tratados com flores secas, preparações à base de óleo, ou uma combinação de ambos, constataram-se melhorias clinicamente significativas na ansiedade, com um perfil de segurança aceitável.²⁴

Na Austrália a ansiedade é a segunda causa na prescrição de cânabis medicinal, estando a aumentar rapidamente. Pode ser utilizado para este fim tanto o THC como o CBD. Por outro lado a auto-medicação com cânabis (ilícita) para tratar a ansiedade também é amplamente usada.²⁵

Um estudo reconhece os efeitos ansiolíticos do CBD apesar de não haver provas atuais suficientes para o considerar como tratamento de primeira linha. Em relação ao THC verifica-se aumento de ansiedade em alguns indivíduos e diminuição em outros. Os riscos associados à condução e alteração da função cognitiva e os resultados ambíguos fazem com que o uso desta substância não seja consensual.²⁵

No projeto Twenty21 (T21), o primeiro registo multicêntrico, prospetivo e observacional de doentes com cânabis no Reino Unido, os resultados “indicam que a inalação controlada de flores de cânabis de grau farmacêutico, com predominância de THC, está associada a uma melhoria significativa dos resultados da dor, do humor, da ansiedade, das perturbações do sono e da qualidade de vida, relacionada com a saúde, global” numa população clínica resistente ao tratamento.²⁶

Há autores que referem mesmo que “A cannabis medicinal pode ser utilizada em vários distúrbios neuropsiquiátricos como ansiedade e depressão, pois atua aumentando a produção de neurotransmissores. Esse é o principal foco de estudos atuais.”²⁷

Ainda antes da aprovação da Lei da Cânabis para Fins Medicinais, em Portugal, João Goulão, médico de renome na problemática das drogas em Portugal, defendia a separação, em termos de discussão, da cânabis para fins recreativos e para fins medicinais, referindo que a discussão do acesso em simultâneo estaria a levar a confusão na opinião pública e nos decisores políticos.²⁸ De igual forma no caso das percepções da cânabis em relação à ansiedade, a cânabis para fins medicinais deve ser tratada de forma distinta da cânabis para fins recreativos.

De acordo com a legislação portuguesa em vigor os medicamentos, preparações ou substâncias à base da planta da cânabis são uma opção apenas quando já estão esgotadas todas as alternativas do mercado, ou porque não fizeram o efeito desejado ou porque os efeitos secundários não são toleráveis pelo doente, e para indicações terapêuticas aprovadas pelo Infarmed. Em Portugal, em Março de 2024, de acordo com deliberação do Infarmed, são sete as indicações terapêuticas consideradas apropriadas para os medicamentos, preparações e substâncias à base da planta da cânabis. A ansiedade não é uma delas.²⁹

Conclusões

O CBD diminui a ansiedade sem efeitos colaterais importantes. No caso do THC, os efeitos ansiolíticos serão menores e os riscos mais consideráveis.

Investigadores e consumidores, em Portugal, têm percepções diferentes: enquanto os primeiros vêm as idas ao serviço de urgência, relacionadas com o consumo, aumentar, os segundos recorrem à cânabis para diminuir a ansiedade.

Importa conhecer a composição da substância a que nos referimos. A canábis tem imensos constituintes e há vários quimiotipos. A ação da planta como ansiolítico vai depender da sua composição.

A canábis oriunda do mercado ilícito, tem composição desconhecida, podendo ainda conter contaminantes. Por outro lado a canábis para fins medicinais tem qualidade farmacêutica e composição, pelo menos no que respeita ao THC e ao CBD, conhecida.

Importa não “medicalizar” o uso recreativo de canábis. São preocupações recentes o aumento da potência em THC e a adulteração de canábis, nomeadamente com canabinóides sintéticos.

Referências Bibliográficas

1. Peixoto, L. S. F., Lima, I. F. M., Silva, C. P., Pimentel, L. G., Lima, V. B. S. R., Santana, K. R., Júnior, F. B. P., & Paz, E. S. L. (2020). Ansiedade: o uso da Cannabis sativa como terapêutica alternativa frente aos benzodiazepínicos. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 50502-50509.
2. WHO. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. WHO. (2022). World Mental Health report. In *World Health Organization*.
4. Gurgel, H. L. C., Lucena, G. G. C., Faria, M. D., & Maia, G. L. A. (2019). Therapeutic use of cannabidiol: The lawsuit in the state of Pernambuco, Brazil. *Saude e Sociedade*, 28(3), 283-295.
5. SICAD. (2022). *European Web Survey on Drugs – Portugal 2021* (Issue May). https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/229/Cannabis in Portugal European Web Survey on Drugs 2021Drugs.pdf
6. Barroso, C. (2019, December 13). Hospitalizações psiquiátricas associadas a canábis cresceram quase 30 vezes em 15 anos. *Observador*. <https://observador.pt/2019/12/13/hospitalizacoes-psiquiatricas-associadas-a-cannabis-cresceram-quase-30-vezes-em-15-anos/>
7. Gonçalves-Pinho, M., Bragança, M., & Freitas, A. (2020). Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence: A nationwide big data analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 29(1), 6-11.
8. Fonseca, B. M., Soares, A., Teixeira, N., & Correia-da-silva, G. (2019). Canábis e Canabinoides para Fins Medicinais. *Revista Portuguesa Farmacoterapia*, 11, 21-31.
9. Carta aberta a toda a sociedade sobre o consumo de canábis, (2018). <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a6c445579394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c3259554e7662576c7a633246764c7a5669595459774e6a63784c575a6a4d5>
10. Guilherme, C. G., Santos, A. E. M., Dantas, A. E. A., Medeiros, L. L., Filho, V. F. O., & Pinto, D. S. (2014). Cannabis sativa (Maconha): Uma alternativa terapêutica no tratamento de crises convulsivas. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, 12(2), 8.
11. Vasconcelos-Raposo, J., Couto, S., Formiga, N., & Teixeira, C. M. (2018). Consumo de Canábis: craving e a relação com ansiedade, stresse e depressão. *Actualidades En Psicología*, 32(125), 1.
12. Howard, J., & Copelan, J. (2013). O uso da cannabis e as dificuldades relacionadas em alunos do ensino médio: Uma orientação para as enfermeiras da escola, profissionais de saúde da comunidade e conselheiros de saúde pública. *Adolescência e Saude*, 10(SUPPL. 3), 42-52.
13. Vaziri-harami, R., Vaziri-harami, S., & Tarom, M. (2022). Prevalence of anxiety and depression among engineering students consuming cannabis. *Annals of Medicine and Surgery*, 80, 1-5.
14. Lawn, W., Mokrysz, C., Lees, R., Trinci, K., Petrilli, K., Skumlien, M., Borissova, A., Ofori, S., Bird, C., Jones, G., Bloomfield, M. A. P., Das, R. K., Wall, M. B., Freeman, T. P., & Curran, H. V. (2022). The CannTeen Study: Cannabis use disorder, depression, anxiety, and psychotic-like symptoms in adolescent and adult cannabis users and age-matched controls. *Journal of Psychopharmacology*, 36(12), 1350-1361.
15. Stiles-Shields, C., Archer, J., Zhang, J., Burnside, A., Draxler, J., Potthoff, L. M., Reyes, K. M., Williams, F. S., Westrick, J., & Karnik, N. S. (2023). A Scoping Review of Associations Between Cannabis Use and Anxiety in Adolescents and Young Adults. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(3), 639-658.
16. Hutten, N. R. P. W., Arkell, T. R., Vinckenbosch, F., Schepers, J., Kevin, R. C., Theunissen, E. L., Kuypers, K. P. C., McGregor, I. S., & Ramaekers, J. G. (2022). Cannabis containing equivalent concentrations of delta-9-

- tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) induces less state anxiety than THC-dominant cannabis. *Psychopharmacology*, 239(11), 3731-3741.
17. Lavado, E., Leonardo, J., Carapinha, L., Torrado, M., Frango, P., & Calado, V. (2018). *Novas Substâncias Psicoativas em Portugal – Metodologia Trendspotter – Relatório Final*. http://www.sicad.min-saude.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/191/TRENDSPOTTER_Relatorio_Final_pt.pdf
 18. OEDT. (2022). *Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e evoluções*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/2022.2419_PT_03_wm.pdf
 19. Keung, M. Y., Leach, E., Kreuser, K., Emmerich, B.W., Ilko, S., Singh, M., Sapp, T., Barnes, M., Ouellette, L., & Jones, J. S. (2023). Cannabis-Induced Anxiety Disorder in the Emergency Department. *Cureus*, 15(November 2018), 1-7.
 20. Lei n.º 33/2018 de 18 de Julho, Pub. L. No. Diário da República: 1ª Série, Nº137, I Série Diário da República 3241 (2018). <https://dre.pt/application/file/a/115712610>
 21. Aguiar, M. S., Hipolito, L. C., Júnior, V. J. S., Melo, B. R., Vilanova, J. C., Torres, J. G. P., & Vêras, L.M.C. (2023). Canabidiol (CBD) e seus efeitos terapêuticos para a ansiedade no ser humano. *Research, Society and Development*, 12(4), 1-9.
 22. Assunção, R.S.; Silva, M.D.P. (2022). Evidências do papel terapêutico e deletério da cannabis sativa em quadros de ansiedade. *Brazilian Journal of Development*, 8(6), 44202-44221.
 23. Carneiro, D.R.; Morgadinho, A.S. (2019). Canábis Medicinal na Neurologia Clínica: Uma Nuvem de Incertezas. *Sinapse*, 19(3-4), 104-113.
 24. Rifkin-Zybutz, R., Erridge, S., Holvey, C., Coomber, R., Gaffney, J., Lawn, W., Barros, D., Bhoskar, U., Mwimba, G., Praveen, K., Symeon, C., Sachdeva-Mohan, S., Rucker, J. J., & Sodergren, M. H. (2023). Clinical outcome data of anxiety patients treated with cannabis-based medicinal products in the United Kingdom: a cohort study from the UK Medical Cannabis Registry. *Psychopharmacology*, 240(8), 1735-1745.
 25. Berger, M., Amminger, G. Pa., & McGregor, I. S. (2022). Medicinal cannabis for the treatment of anxiety disorders. *AJGP*, 51(August), 586-592. <https://www1.racgp.org.au/getattachment/90d10f15-f308-42e9-8981-b1b327b5a38f/Medicinal-cannabis.aspx>
 26. Moreno-Sanz, G., Madieto, A., Lynskey, M., & Brown, M. R. D. (2022). “Flower Power”: Controlled Inhalation of THC-Predominant Cannabis Flos Improves Health-Related Quality of Life and Symptoms of Chronic Pain and Anxiety in Eligible UK Patients. *Biomedicines*, 10(10), 15.
 27. Grosso, A. F. (2020). Cannabis: de planta condenada pelo preconceito a uma das grandes opções terapêuticas do século. *JOURNAL OF HUMAN GROWTH AND DEVELOPMENT*, 30(1), 94-97.
 28. Goulão, J. C.-B. (2015). A caminho da UNGASS 2016. *Argumentum*, 7(1), 21-25. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v7i1.10209>
 29. Infarmed. (2019). *Deliberação nº 11/CD/2019*. <https://doi.org/10.4324/9781315853178>

As guerras do ópio: revisão narrativa

Eliana Almeida, Francisco Cunha, Elsa Monteiro

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro-Hospitalar Tondela-Viseu

E-mails: eliana_almeida13@hotmail.com; franciscocunha97@gmail.com; elsa70psiq07@gmail.com

Resumo

Os opiáceos são substâncias depressoras do sistema nervoso central, obtidas através do ópio, que por sua vez provém da papoila. As primeiras descrições do uso de ópio remontam a 4000 a.C. na Suméria, onde usavam extratos de papoila para tratar a disenteria. A história do ópio é longa, contudo este trabalho pretende abordar o período desde a chegada do ópio à Ásia no séc. XVII, altura em que se tornou muito popular, até às Guerras do Ópio entre a China e Inglaterra, no séc. XIX, após as quais, em 1860, com a assinatura da Convenção de Pequim, o opio tornou-se uma mercadoria livre. Tal contribuiu para uma crescente degradação da situação económica, financeira e política da China. Só em 1912, durante a Primeira Conferência Internacional do Ópio, é assinado o primeiro tratado internacional de controlo de drogas: a Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia.

Palavras-chave: ópio, guerras do ópio, história, abuso de drogas

Abstract

Opioids are central nervous system depressant substances obtained from opium, which comes from the poppy plant. The earliest descriptions of opium use date back to 4000 b.C. in Sumeria, where poppy extracts were used to treat dysentery. The history of opium is extensive; however, this work aims to address the period from the arrival of opium in Asia in the 17th century, when it became very popular, to the Opium Wars between China and England in the 19th century. Following these wars, in 1860, with the signing of the Treaty of Beijing, opium became a freely traded commodity. This contributed to a growing degradation of China's economic, financial, and political situation. Only in 1912, during the First International Opium Conference, were signed the first international drug control treaty: the International Opium Convention, signed in The Hague.

Keywords: opium, opium wars, history, drug abuse

Introdução

Os opióides são substâncias que atuam principalmente nos recetores *mu*, como depressores do sistema nervoso central (SNC), apresentando também atividade ao nível do intestino, atuando como agonistas destes recetores e produzindo analgesia, sonolência, alterações do estado de ânimo, depressão respiratória, diminuição da motilidade intestinal, náuseas e vômitos, entre outros. (1)

Os opióides são obtidos através do ópio, que é extraído da papoila dormideira – *papaver somniferum*. Extrai-se através da realização de uma incisão na cápsula, debaixo das pétalas da planta, por onde escapa um alcaloide com aspeto leitoso e que coagula rapidamente e adquire um tom acastanhado em contacto com o ar.

A história do ópio é longa. As primeiras descrições do uso desta substância, remontam a 4000 a.C. na Suméria e outras zonas do Médio Oriente, onde usavam extratos de papoila pelas suas propriedades hipnóticas e para tratar a disenteria. Se os Sumérios o exportavam para o Egipto e Pérsia, foram os navegadores portugueses que o levaram para a Índia. Também na Grécia Clássica era usado como um medicamento mágico que tudo curava. Entre os séc. XI e XIII há um aumento do seu uso durante as cruzadas. Surgem novas formas de administração e conservação como pó de ópio, extratos, azeites, e assim aumenta a sua disponibilidade. (2)

O seu uso foi-se expandindo e é na China em que o seu consumo adquire proporções epidémicas, devido às importações em larga escala lideradas pela Inglaterra, que controlava as plantações em Bengala, mas também com a contribuição de Portugal e Espanha através das suas colónias no Oriente. (2)

O Ocidente e a China – As guerras do Ópio

O costume ocidental de fumar ópio chegou à Ásia no séc. XVII, tornando-se muito popular. Apesar da China começar a produzir ópio em pequenas quantidades a partir de 1650, a maior parte do produto usado para **fumar**, chegava por contrabando dos holandeses e portugueses. (2,3)

Ao longo das dinastias este negócio paralelo foi crescendo e o consumo de ópio fumado foi legal na China até 1729, quando o Imperador Yongzheng proibiu a importação do ópio e o seu consumo por via inalatória, mas não o seu cultivo ou utilização oral por parte dos camponeses. Isto levou a que, os portugueses, desenvolvessem um sistema de introdução do ópio na China, através da sua produção em Goa (Índia) e Macau (China). (3) Esta proibição mostrou-se impossível de ser aplicada e o comércio de ópio continuou a crescer. A ocorrência de **graves conflitos sociais e económicos**, resultado de um consumo massivo de ópio fumado fez com que, em 1793, o imperador Qianlong proibisse totalmente a importação e cultivo de ópio, aumentando ainda mais o contrabando. (3,4) A partir daí, a Inglaterra, primeira potência mundial ao longo do séc. XIX, começou a liderar o comércio de contrabando de ópio para a China. (3)

Até meados do séc. XVII, o chá, seda e algodão chineses tinham encontrado um mercado pronto na Inglaterra. Contudo os produtos ingleses não tinham aceitação no mercado chinês. Isto, levou a um desequilíbrio na balança comercial entre a China e o Reino Unido, levando a que a Companhia Britânica das Índias Orientais, em 1781, com o auxílio do governo britânico, expandisse significativamente a importação de ópio para a China como meio de equilibrar a balança de pagamentos. A dependência desta substância espalhou-se rapidamente por toda a China e a demanda por ópio continuou a aumentar. Estima-se que partir de 1810 foram introduzidas milhares de caixas de ópio na China. (3,4)

Um governo chinês alarmado respondeu chamando o ópio de “Víbora da Sociedade”. (4) É em 1838 que o delegado imperial em Cantão, Lin Tse-hsu, recebeu autorização do imperador para fazer cumprir a proibição, após o fracasso desta em 1793. (4) Este, mandou queimar e lançar ao mar mais de 20.000 caixas de ópio em Cantão, com valor estimado de 6 milhões de libras. Começa assim a **Primeira Guerra do Ópio**, com a Inglaterra a declarar guerra à China, em março de 1839. A superioridade tecnológica britânica e a ameaça de ataque a Pequim, levou a China a aceitar negociar, terminando desta forma a primeira guerra do ópio, a 29 de agosto de 1842, com a assinatura do primeiro dos *tratados desiguais*, o **Tratado de Nanquim**. *Tratados desiguais* foi o termo atribuído pela China, já que foram assinados e ratificados à força. Neste tratado, a China foi obrigada a ceder Hong Kong aos britânicos, abrir cinco portos para o comércio internacional, a limitar as taxas aduaneiras e a permitir a livre circulação das mercadorias, para além de uma indemnização de cerca de 6 milhões de libras. (3-5)

Agora que a China não conseguia contê-lo, o comércio de ópio continuou a aumentar. Estima-se que a importação anual média de ópio cresceu de 26.000 caixotes, pouco antes da guerra, para 70.000 caixotes, até a década de 1850. (4)

Com estes acontecimentos, foi havendo uma resistência passiva, com medidas diplomáticas tomadas com o intuito de frustrar os interesses dos ingleses. Com a tensão crescente, os Ingleses foram aguardando pelo pretexto para voltar às armas. A 8 de outubro de 1856, é apreendida pelas autoridades chinesas uma embarcação inglesa, *Arrow*, que navegava sob bandeira inglesa, com capitão inglês, e toda uma tribulação chinesa e que fazia contrabando de ópio entre Cantão e Hong Kong. O Reino Unido, juntamente com a França, declarou novamente guerra à China, iniciando-se a **Segunda Guerra do Ópio**. As forças aliadas britânicas e francesas avançaram sobre Tianjin. Pequim, sem discutir, aceita um segundo *tratado desigual*, o **Tratado de Tientsin** (1856), que concedia autorização para os diplomatas ocidentais residirem em Pequim, a criação de um Ministério dos Negócios estrangeiros, a abertura de mais cinco portos ao comércio internacional, a tolerância religiosa para com as missões cristãs e a permissão para os estrangeiros circularem livremente no interior do império. Contudo, os chineses ofereceram resistência à ratificação dos tratados, pelo que as forças anglo-francesas avançaram sobre Pequim em 1860 e saquearam e incendiaram o Palácio de Verão. (3,5) Finalmente, o tráfico do ópio foi legalizado, com taxas aduaneiras. Em 1860 o comércio do ópio foi oficialmente e definitivamente regulamentado com a assinatura da **Convenção de Pequim**. Esta convenção estabeleceu as diretrizes formais para o comércio desta substância, que passou a ser tratada como uma mercadoria comum, sujeita a uma taxa de importação de 5% a favor da China, a ser paga tanto por compradores locais quanto estrangeiros. O comércio de ópio continuou a prosperar graças a um aumento significativo das importações de ópio. (5) Isso contribuiu para enfraquecer a já instável coesão social do Império Chinês e para a deterioração progressiva de sua situação económica, financeira, política e administrativa. Estes fatores culminaram em consequências sociais e de saúde pública desastrosas que ocorreram na primeira metade do século XX. (5) Estimou-se que durante esse período, entre 5% a 20% da população chinesa estava adita ao ópio. H. Libermann, um médico militar da Marinha Francesa, mencionado por Bachmann e Coppel (1991), afirmava que um em cada dez chineses era viciado em ópio. (3) Estes eram reconhecidos porque

“caminham lentamente, magros e de cabeça baixa, os membros caídos, os movimentos incertos. Aproximamo-nos deles e a tez de uma palidez fosca e malva. Os olhos cavos, rodeados de círculos azulados. Se lhes dirigirmos palavra, respondem com uma locução lenta e embaraçada, ou se estão de influência do produto, duma maneira precipitada e confusa.” (6)

A solução encontrada pelo governo chinês para desencorajar o comércio inglês passou por incentivar a cultura da papoila no seu próprio território, concedendo vastas áreas para isso. Com estas medidas, a China conseguiu finalmente interromper as importações legais de ópio inglês, mas não conseguiu evitar que uma grande parte de sua população se tornasse completamente dependente do consumo excessivo de ópio. (5)

Em 1906, a imperatriz Cixi, que também era opiómana, proíbe o uso da droga na China, argumentando que os fumadores comprometem sua saúde e empobrecem suas famílias. A população, especialmente os mais jovens, aderiram em massa à proibição. Organizam-se em comitês de vigilância nas entradas das casas de ópio para afastar os consumidores, impuseram confissões públicas aos veteranos da droga e as autoridades fecham várias casas de ópio. No entanto, é importante notar que, devido à vasta extensão da China, em algumas regiões o controle não foi tão efetivo. Além disso, o fim abrupto da cultura do ópio, que era uma fonte de lucro significativa para muitos camponeses, resultou no empobrecimento de milhares de pessoas. (3)

O subsequente surgimento da nova China criou um ambiente livre de drogas através de uma legislação rigorosa, o que levou a uma diminuição significativa do uso de drogas. No entanto, no contexto da reforma governamental e das políticas de porta aberta dos anos 1980, o abuso de drogas ressurgiu como um grande problema de saúde pública. (7)

Depois das Guerras...

O início do século XX herda os vestígios das Guerras do Ópio entre a China e a Inglaterra. Os Estados Unidos emergem como uma grande potência e, ao precisarem de mão-de-obra para construir suas ferrovias, permitem a imigração chinesa, que também trouxe consigo os hábitos de uso e abuso do ópio. Com base nas suas posições religiosas, a sociedade norte-americana manifesta-se contra esta situação, pedindo soluções para os problemas das drogas, rotuladas como “tentações do Diabo”. É neste contexto que surge a cruzada contra as drogas, que culmina com o primeiro tratado internacional de controlo de drogas: a **Convenção Internacional do Ópio**, assinada em Haia a 23 de janeiro de 1912, durante a Primeira Conferência Internacional do Ópio, que contou com a participação de 13 países, incluindo Portugal. (8) Haia foi cenário para o debate sobre o comércio de todas as drogas conhecidas mundialmente. Há quem defenda que a “guerra” aos traficantes e toxicómanos, começou com a assinatura da Convenção de Haia.

Em Portugal, só em 1924 é que é publicada a **1ª Legislação** em matéria de drogas: Lei n.º 1687 que restringe a importação para consumo, do ópio, cocaína e seus derivados. (8)

Em 1958 é criado o **Instituto de Assistência Psiquiátrica**, órgão de coordenação nacional com o poder de criar e manter estabelecimentos e serviços necessários à observação, vigilância e tratamento para “alcoólicos, toxicómanos e indivíduos afetados de outras anomalias”. (8)

As guerras do ópio tiveram grande impacto, não só em aspetos de saúde pública, mas também ao nível da reflexão e formulação de políticas antidrogas, aumentando a consciencialização sobre o efeito nocivo do tráfico de drogas em todo o mundo.

O consumo de opióides continua a ser uma realidade a nível mundial. Segundo o Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência, a heroína é o opioide ilícito mais comumente utilizado na Europa e é também a droga responsável por uma grande parte da carga de saúde atribuído ao consumo de drogas ilícitas. Permanece como a terceira droga mais frequentemente presente em intoxicações agudas em hospitais. De uma maneira geral, os opióides foram encontrados em cerca de 74% das overdoses fatais relatadas na União Europeia. (9)

Conclusão

As guerras do ópio enfraqueceram ainda mais a China e levaram à expansão da influência estrangeira no país, resultando em concessões territoriais e comerciais para as potências estrangeiras e tiveram um impacto duradouro na história da China.

Durante e após as guerras do ópio, o seu consumo aumentou drasticamente na China e tornou-se um grave problema de saúde pública, associado a graves problemas de saúde, desintegração familiar, criminalidade e pobreza.

14.º Fazer, além do que acima fica expressamente estabelecido, tudo o que for necessário para o integral cumprimento de todas as disposições contidas no presente estatuto e das deliberações das assembleias gerais.

CAPÍTULO IX

Disposições gerais

Art. 27.º É inteiramente amplo, livre e sem restrições o direito consignado a cada associado de indicar a pessoa ou pessoas a quem lega, no todo ou em parte, o subsídio de que trata o artigo 4.º, sendo também permitida a retirada ou substituição da declaração em qualquer tempo.

§ 1.º Não existindo à data do falecimento do sócio a pessoa ou pessoas por ele indicadas, ou não deixando o sócio declaração nos termos deste estatuto, reverterá o subsídio para os seus herdeiros forçados e, na falta destes para a cota da Lotaria.

§ 2.º Se à data do falecimento do sócio houver falecido um ou mais legatários, reverterá proporcionalmente para os restantes a parte dos legatários falecidos.

Art. 28.º A designação da pessoa ou pessoas a quem o sócio deseja legar o subsídio da Lotaria será feita em declaração devidamente assinada e entregue à comissão administrativa, por forma clara e precisa, por meio do impresso fornecido pela associação, assinado em sobre-crito lacrado, e qual, por fora, de modo bem visível, será assinado e datado, sendo também rubricado pela comissão.

§ 1.º As declarações a que se refere o artigo anterior serão arquivadas num cofre do Ministério, o da sua entrega lavrar-se-á em livro a cargo da comissão administrativa da Lotaria, do qual consta o número do orden, data da entrada, nome do declarante, membros da comissão que receberam o sobre-crito e rubrica do tesoureiro que recebeu o documento.

§ 2.º Sendo substituída ou retirada a declaração, lavrar-se-á no livro próprio, no lugar respectivo, o termo de entrega ou de substituição, com as formalidades lavradas na entrada da primeira declaração.

§ 3.º Quando o sócio for eliminado nos livros há entrega ou respectivo sobre-crito mediante a restituição do correspondente recibo, e, na falta da declaração desse recibo por parte do sócio, será na sua presença, sendo possível, quando o referido sobre-crito não ser aberto, do que se lavrar um auto assinado por ele e pelos membros da comissão que estiverem presentes ou só pelos membros da comissão na falta da presença do sócio.

§ 4.º A declaração a que se refere este artigo deverá ser em duplicado, ficando este na posse do sócio, cujo sobre-crito será autenticado pela comissão administrativa.

§ 5.º Quando a declaração não for entregue em mão própria ou por uma assinatura feita no sobre-crito, devidamente reconhecida, ou ser entregue por um conselheiro munido de procuração especial para esse efeito.

§ 6.º Na falta da declaração que fica na posse da comissão administrativa dar-se-á cumprimento ao determinado no duplicado que tiver a data mais próxima do dia do falecimento do sócio, ou que deve constar do termo lavrado no livro respectivo.

§ 7.º O primeiro pagamento do subsídio, nas condições deste estatuto, utilizar-se-á dentro de oito dias após o falecimento do sócio.

Art. 29.º Aquilo que pretender receber a pessoa em virtude da declaração do sócio passada em seu favor terá de provar a sua identidade.

Art. 30.º A fiscalização da Lotaria é exercida separadamente pelo secretário geral do Ministério das Colónias ou por quem as suas vezes fizer, que poderá exer-

cer essa fiscalização ou directamente ou por delegação facultativa do mesmo Ministério, da sua confiança.

Art. 31.º A dissolução da Lotaria só se poderá realizar em assembleia geral especialmente convocada para esse fim e aprovada por dois terços dos sócios existentes à data, na plenitude dos seus direitos.

Art. 32.º Este estatuto, que a partir da sua aprovação entrará imediatamente em vigor, revoga inteiramente o estatuto anteriormente.

Libão, 31 de Maio de 1924.—A Mesa das Assembleias Gerais, *Arthur Torguetti da Sousa Barboza*, presidente.—*Agostinho Augusto Pacheco de Sampaio* e *João Mendes Coelho*, secretários.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

Direcção Geral de Saúde

Repartição de Saúde

Lei n.º 10375

Em nome da Nação, o Congresso da República decreta, e eu promulgo, a lei seguinte:

Artigo 1.º As alfândegas do continente da República e ilhas adjacentes é reestruturada nas condições deste diploma a importação para consumo dos produtos de que trata o artigo 2.º.

Art. 2.º O ópio bruto, o ópio oficial, os alcalóides do ópio (morfina, codeína, narceína, papaverina, narceína e outros), todos os preparados opíacos, os sais e derivados dos alcalóides do ópio (barbitina, dormina e outros), a cocaína e seus derivados, e os produtos de origem opíaca, não poderão ser despoçados mediante certificado passado pela Direcção Geral de Saúde e ser destinados a fins médicos ou científicos legítimos, e não podem ser reexportados.

§ 1.º Quando os países de procedência o solicitarem será pelo Governo Português passado certificado declarando que os produtos se destinam a fins legítimos médicos ou científicos e não serão reexportados.

§ 2.º A lista de que trata este artigo poderá ser adicionada de qualquer derivado da morfina ou cocaína ou de seus sais ou outro alcalóide ou droga de qualquer espécie que possa produzir efeitos análogos ao que determina o uso do ópio, morfina ou cocaína.

Art. 3.º Quem pretender importar quaisquer dos produtos indicados neste diploma terá de requerer à Direcção Geral de Saúde nos termos e condições por esta estabelecidas.

Art. 4.º Os importadores e detentores dos produtos acima mencionados não podem vender estes produtos senão às farmácias e estabelecimentos científicos, mediante requisição devidamente autenticada, ficando obrigados a declarar por escrito, todos os meses, a quantidade de cada um dos produtos que têm em depósito, a qualidade, quantidade e a quem foram vendidos durante esse mês.

Art. 5.º As farmácias não podem vender estes produtos senão mediante receita médica, e os estabelecimentos científicos têm de provar que o consumo destes produtos é para fins legítimos.

Art. 6.º As farmácias, depósitos ou quaisquer detentores dos produtos indicados neste diploma são obrigados a declarar no prazo de sessenta dias as quantidades de cada um dos produtos que têm em existência.

Art. 7.º A falta de observância do disposto nos artigos 4.º, 5.º e 6.º é julgada como transgressão, nos ter-

mos do decreto n.º 2 de 27 de Setembro de 1894, pelas autoridades mencionadas no mesmo decreto, ou punida com a multa de \$4 000; no caso de reincidência será punida com o máximo da multa e prisão correccional.

Art. 8.º A importação e exportação fraudulentas dos produtos de que trata o artigo 2.º serão consideradas como delitos do contrabando e punidas nessa conformidade.

Art. 9.º Fica revogada a legislação ao contrário.

Os Ministros da Justiça, das Finanças, dos Negócios Estrangeiros e do Trabalho a fazer imprimir, publicar e correr, Paços do Governo da República, 8 de Agosto de 1923.—*Agostinho José de Almeida*—*António de Oliveira Pereira*—*Vilfredo Martins de Carvalho*—*Leopoldo Leite Pereira*—*Alberto da Rocha Saraiva*.

Decreto n.º 10375

Sendo necessário pôr em execução a lei n.º 10375, respeitante ao comércio, importação e venda do ópio, narceína e seus derivados: lei por bem, usando da faculdade que me confere o n.º 3.º do artigo 41.º da Constituição Política da República Portuguesa e sob proposta do Ministro do Trabalho, regulamentar a lei acima citada, pela seguinte forma:

Artigo 1.º As firmas que queiram entregar-se ao comércio de importação das drogas a que se refere o artigo 2.º da lei n.º 10375, têm de habilitar-se perante o Ministério do Trabalho, mediante requerimento dirigido ao respectivo Ministro e enviado à Direcção Geral de Saúde.

§ 1.º O requerimento, de assinatura reconhecida, fará menção do nome e endereço da firma e será acompanhado de certidão do registo da firma no Tribunal do Comércio. O despacho do Ministro será comunicado em ofício ao requerente.

§ 2.º O requerimento ficará arquivado na Repartição de Saúde, organizando-se processo especial para cada um, e far-se-á há registo das firmas importadoras em livro próprio.

Art. 2.º Sempre que o importador, depois de devidamente autorizado ou inscrito, nos termos do artigo anterior, queira proceder à importação de qualquer das drogas referidas tem de requerer à Direcção Geral de Saúde licença para sua importação.

§ 1.º Este requerimento terá a indicação do nome e da quantidade das drogas que pretender importar e por qual alfândega, assim como a designação do fabricante e a via de procedência. Sempre que as drogas não sejam alcalóides puros ou se trate de medicamentos compostos e especialidades deverá indicar-se a percentagem dos alcalóides componentes da droga ou da composição.

§ 2.º No caso em que o requerente seja simples consignatário deve apresentar as requisições autenticadas dos armazéns de drogas, drogarias, farmácias ou estabelecimentos científicos aos quais as drogas se destinam.

§ 3.º O despacho da Direcção Geral de Saúde, autorizando ou negando a licença para importar, no todo ou em parte, será participado ao requerente e à respectiva Alfândega. Desde despacho caber recurso, dentro do prazo de quinze dias no continente e de sessenta nas ilhas adjacentes, para o Ministro, que o julgará, depois do ouvido o Conselho Superior de Higiene.

Art. 3.º Os detentores ou depositários das drogas a que a lei se refere são obrigados a declarar as drogas a que se refere a lei se possuem já licença.

§ 1.º Os armazéns de drogas ou drogarias têm de manter-se para este efeito de autorização requerida na forma consignada no artigo 1.º, salvo se possuírem já licença.

como importadores, tendo no requerimento respectivo consignado o pedido da autorização como detentores.

§ 2.º As farmácias devem estar registadas na conformidade da lei vigente e enviar à delegação de saúde respectiva autenticação; e só poderão vender as drogas referidas na lei sem receita de médico habilitado, receita que deve conter a designação do nome e morada do doente, assim como o nome bem legível do médico. Estas receitas devem ficar transcritas em livro especial.

§ 3.º É proibido repetir o avimento da mesma receita, salvo com autorização escrita do médico.

Art. 3.º Aos institutos e estabelecimentos científicos é facultado fornecerem-se nas farmácias ou drogarias das drogas referidas mediante requisição autenticada com o selo em branco e subscrita pelo director respectivo, que fará a declaração expressa do uso a que a droga se destina.

Art. 4.º Os estabelecimentos de assistência, dotados com serviço farmacêutico, poderão igualmente fornecer, mediante requisição feita pelo respectivo farmacêutico e com o visto do director.

§ 1.º Os armazéns de drogas ou drogarias terão um livro especial onde serão inscritas todas as transacções feitas com estas drogas, livro que será rubricado e selado na Direcção Geral de Saúde. As farmácias terão em livro onde serão inscritas as quantidades compradas e registadas as receitas respectivas, livro que será rubricado em Libão e Porto pelo designado de saúde, e nos outros concelhos pelo subalbergado de saúde.

Art. 5.º Os actuais detentores ou depositários devem declarar no prazo de trinta dias as quantidades e quantidades que têm em depósito.

Art. 6.º A fiscalização do cumprimento das disposições do presente regulamento incumbir-se-á à Direcção Geral e à Repartição de Saúde, assim como às autoridades sanitárias, administrativas, policiais, agentes do serviço interno das alfândegas e do guarda fiscal, a todos competindo efectuar apreensões e dar participação, nos termos do artigo 11.º do decreto n.º 2 de 27 de Setembro de 1894.

Art. 10.º A parte que na distribuição das multas e produtos das transacções venha a competir ao pessoal dependente da Direcção Geral de Saúde será convertida em receita efectiva e privativa desta Direcção para ter a aplicação que a mesma propuser ao Ministro do Trabalho.

A doce sedação: redescobrimo a terapia de choque de insulina

Miguel Pires, Isabel Fonseca Vaz, Juliana Nunes

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde da Guarda

E-mails: miguelocpires@gmail.com; isasoares@hotmail.com; juliananunes.pq@gmail.com

Resumo

A insulina apoderou-se da Psiquiatria nos anos 30 após Manfred Sakel ter constatado, em 1927, que uma doente adicta em morfina havia despertado do estado de coma com um estado mental desprovido de alterações. A “técnica de Sakel”, assim cunhada pelo seu criador, captou a atenção de diversos curiosos, tendo sido ensinada e divulgada por diferentes hospitais europeus, incluindo portugueses, e norte-americanos. Note-se ainda que terá sido valorizada em diversas revistas internacionais, sobretudo pelos seus efeitos em doentes com patologia esquizofrénica e alegada baixa mortalidade. Mais tarde, foi reconhecido que os resultados pós-coma não se deviam à alteração momentânea do estado de consciência, mas às convulsões que o precediam. O declínio da sua aplicação ter-se-á devido a múltiplas causas, entre elas à falta de evidência científica, riscos de segurança, questões éticas inerentes e introdução dos antipsicóticos típicos, em 1950, que vieram a revolucionar o tratamento de distintas patologias psiquiátricas.

Palavras-chave:

Abstract

Insulin took over psychiatry in the 30s after Manfred Sakel noticed, in 1927, that a patient addicted to morphine had awakened from coma with a mental state devoid of alterations. The so-called “Sakel technique” captured attention from the scientific community, having been taught and spread to different European hospitals, including Portuguese and north American. It was also highlighted in various international papers, mostly due to its effects in patients with schizophrenia and alleged low mortality. It was later settled that its post-coma effects were not due to the momentaneous alteration in the state of consciousness, but to the convulsions that preceded it. The decline in its application is due to multiple causes, including the lack of scientific evidence, safety risks, inherent ethical issues, and the introduction of typical antipsychotics in 1950, which came to revolutionize the treatment of different psychiatric pathologies.

Keywords:

Introdução

Os anos 20 ficaram marcados pela popularização das denominadas “curas somáticas” que deram uma nova esperança na recuperação dos doentes com patologia psicótica. A primeira altamente difundida para o tratamento destes doentes foi a Terapia de Sono Profundo, criada pelo psiquiatra Jakob Klaesi, que recorria à combinação de dois barbitúricos divulgados como *Somnifen*.

A insulina, descoberta em 1921 por Frederik Banting e Charles Best atraiu a atenção de Manfred Sakel após ter constatado que após a reversão de estados de coma provocados pela overdose de insulina, doentes adictos em morfina despertavam desprovidos de alterações ao exame do estado mental.

Parecia assim que a Terapia de Choque de Insulina (TCI) poderia revolucionar o mundo da psiquiatria, contribuindo para uma recuperação inigualável dos doentes com patologia psicótica.

O percurso de Manfred Sakel

Antes de se ter dedicado à investigação, Manfred Sakel estudou medicina em Viena, Áustria. A sua formação proporcionou-lhe uma base sólida para explorar novas abordagens e tratamento das perturbações mentais.

Em 1925, enquanto internista no Sanatório Lichterfelde em Berlim, Sakel recorreu à insulina, encarada como “antagonista da hormona tiroideia”, para provocar overdoses em doentes adictos em morfina, provocando posteriormente estados de coma desencadeados pelo choque hipoglicémico. Ao reverter esta alteração do nível de consciência, Sakel constatou a clarificação do estado mental destes doentes e ainda a diminuição dos sintomas de abstinência característicos dos doentes adictos (Shorter, 2009).

Segundo a sua teoria, a insulina atuaria como neutralizadora de neurónios já funcionalmente distintos. Ao neutralizar os impulsos aberrantes, provocaria um estado semelhante à anóxia cerebral, danificando seletivamente os neurónios alterados e dissolvendo qualquer alteração ao exame do estado mental, ou seja, esbatendo a sintomatologia psicótica. De acordo com o autor, estes danos seriam apenas parciais, uma vez que os neurónios teriam uma vulnerabilidade diferente à hipoglicémia e hipóxia (Sakel, 1958).

Os primeiros resultados destas observações foram publicados em 1930 na revista *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, intitulado como “*New treatment of morphine addiction*”.

Em 1933, a convite do célebre professor vienense Otto Pörtl, Sakel voltou para Viena, como investigador associado da Universidade de Neuropsiquiatria Clínica. Apesar de alguma relutância do seu supervisor, Sakel testou a sua teoria em maior escala, induzindo cerca de 5 a 6 estados de coma semanalmente a cada doente, tendo como objetivo um total de 50 a 60 estados ou uma clarificação do estado mental. Segundo os seus relatos, cerca de 70% dos doentes terão atingido a remissão completa e 18% remissão “social”. Cerca de 68% tiveram alta comparativamente aos 20% anteriormente à sua chegada ao hospital. Estes resultados foram novamente partilhados em diferentes revistas, sendo que, conforme um artigo do *Vienna Medical Society*, Sakel alegava que as taxas de melhoria chegavam aos 88% (Sakel, 1937).

Os resultados altamente promissores captaram a atenção de Isabel Wilson, membro do painel de controlo responsável pela saúde mental de Inglaterra e Wales, tendo visitado Sakel em 1936 para comprovar os resultados. Posteriormente partilhou os mesmos num livro intitulado “*A Study of Hypoglycaemic Shock Treatment in Schizophrenia*” que terá esgotado, tamanha a aceitação. A publicação deste manuscrito terá contribuído para a difusão da técnica sendo que, em 1938, 31 hospitais ingleses já haviam adotado a técnica, possuindo unidades próprias destinadas à aplicação da técnica.

Na Europa central, no entanto, a TCI não foi adotada unanimemente dado o ceticismo de muitas clínicas universitárias relativamente ao carácter especulativo da hipótese de Sakel e à sua limitada experiência com doentes crónicos, encaminhados habitualmente para unidades periféricas, e excluídos da TCI (Shorter, 1997).

A técnica foi descrita como o “aparecimento de um novo cometa no céu” dados os resultados “altamente prometedores” dado que nenhuma técnica alguma vez tinha alterado tão significativamente o prognóstico de uma doença tão desafiante como a psicose. (Barnhoorn, 1937).

Em 1937, Sakel mudou-se para os Estados Unidos da América para continuar a difusão da sua técnica. Inclusivamente Joseph Wortis, renomeado psiquiatra norte-americano, terá traduzido o seu livro (“*The Pharmacological Shock Treatment of Schizophrenia*”). Sakel terá pertencido inicialmente ao Harlem Valley State Hospital, tornando-se este o primeiro hospital norte-americano a adotar oficialmente a técnica. No final dos anos 40, a maioria dos hospitais psiquiátricos norte-americanos aplicava a técnica de Sakel. Aliás, a rápida disseminação da TCI refletiu a urgência em encontrar soluções para um problema da saúde pública global.

O procedimento

A técnica de Sakel possuía um procedimento altamente rigoroso que requeria uma equipa multidisciplinar numerosa e altamente treinada.

Segundo os registos, os médicos induziam estados de coma matinais durante 5 a 6 dias por semana. A dose de insulina era progressivamente aumentada até o doente manifestar sinais de hipoglicémia marcada. Ao atingir este marco, os doentes estavam mais permissivos a episódios convulsivos e subsequente coma, no entanto realça-se que os episódios convulsivos eram interpretados como efeito adverso e não como objetivo da técnica (Sakel, 1958).

O choque hipoglicémico tinha duas fases: choque “húmido” e “seco”. O termo “húmido” deve-se à salivação e diaforese típica que acompanhava os doentes dada a ativação parassimpática provocada pelo excesso de insulina. O termo “seco” deve-se à ativação simpática subsequente compensatória que cessava as alterações anteriores e poderia levar, em última instância, a crises convulsivas. Sakel considerava que estas crises poderiam ser complicações da terapia, mas não o motivo da melhoria clínica, sendo esta uma importante diferença entre a TCI e a terapia convulsiva, criada por Lasdislas J. Meduna.

Os terapeutas mais experientes mantinham o doente em estado de coma durante 15 minutos, contabilizados após o surgimento de hipotonia e ausência de reflexos corneanos.

O estado de coma era cessado através da administração de glicose por via nasal ou intravenosa de maneira a elevar os níveis de glicémia e restaurar o nível de consciência do doente.

Era necessária uma monitorização contínua destes doentes pelo risco elevado de *after shock* hipoglicémico. Assim, era necessária uma constante monitorização dos doentes, incluindo medições da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, glicémia, entre outros.

A mortalidade da TCI era, segundo os registos, de aproximadamente 1%, sendo equiparada ao risco de complicações após apendicectomia. Destaca-se ainda o risco de encefalopatia hipoglicémica após o choque que poderia ser fatal.

Salienta-se também a dificuldade na estimativa da quantidade de insulina necessária, variando entre 65 e 210 unidades, dependendo da resposta do doente e do próprio método de administração da insulina.

O declínio da técnica

Existem diversas hipóteses explicativas para o declínio da TCI como tratamento da patologia psicótica, sendo estas ainda hoje alvo de debate.

Primeiramente, após o início da II Guerra Mundial houve uma escassez da insulina nos hospitais psiquiátricos, tendo levado a que muitos optassem pela terapia convulsiva em detrimento da TCI ou recorressem ao *Somnifene*. Note-se que enquanto na terapia convulsiva a reversão das alterações ao exame do estado mental era inteiramente atribuída à indução da crise convulsiva, na TCI, apesar das convulsões precedentes ao estado de coma, a clarificação do estado mental era atribuída ao estado de coma. No entanto, apesar da distinta diferença entre os dois métodos e os seus objetivos, há quem argumente que Sakel deva ser creditado pela introdução da terapia convulsiva, que mais tarde daria origem à eletroconvulsivoterapia (ECT). Perante a escassez de insulina durante a II Guerra Mundial, Wilson terá escrito que todos os hospitais, independentemente do tamanho, deveriam ter uma unidade destinada à aplicação da técnica, e que o encerramento de determinadas unidades dever-se-iam à falta de pessoal.

A disseminação dos ECT, apresentada oficialmente em 1938, pelo neuropsiquiatra Ugo Cerletti, também sabotou a execução da TCI. Aliás, segundo registos do Severalls Hospital em Essex, em 1956, enquanto 39 doentes receberam TCI, 432 foram submetidos a ECT.

Uma outra teoria aponta Harold Bourne, psiquiatra nova-zelandês, e o seu artigo “Mito da insulina”, publicado em 1953, como um dos marcos mais importantes de refutação da TCI. Segundo este artigo publicado na *Lancet*, os resultados partilhados por Sakel eram o fruto de uma seleção tendenciosa de doentes e os resultados eram mascarados pela administração concomitante de eletrochoques. Para o mesmo autor era ainda relevante os cuidados muito mais eficazes e constantes da equipa de enfermagem e médica. Estes doentes possuíam cerca de 50 a 100 vezes mais cuidados que os restantes doentes não tratados com insulina. Para além disso, para Bourne o processo de diagnóstico destes doentes era muito questionável dado que muitas vezes a terapia era iniciada após uma simples suspeita de psicose, não sendo alvo de um estudo aprofundado. Assim, não parecia haver uma verificação clara de que a insulina contrariava o “processo esquizofrénico”.

O artigo publicado por Bourne, na altura nos seus trinta anos, foi alvo de uma onda de contestação por parte dos apoiantes de Sakel que defendiam que aquilo que devia prevalecer era a clínica.

Em 1957, também na *Lancet*, foi publicado um outro estudo, por Brian Ackner e colegas, onde os doentes eram criteriosamente selecionados, avaliados, e comparados com um grupo de controlo que recebia amobarbital (amital de sódio). De acordo com o mesmo, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos aos 6 meses. Este artigo foi mais bem aceite pela comunidade científica, constituindo, indubitavelmente, um importante fator no declínio da técnica.

O avanço do conhecimento sobre os mecanismos biológicos e psicológicos das perturbações psiquiátricas também contribuiu para a mudança do foco no tratamento. Abordagens mais baseadas em evidências e orientadas para a neurociência ganharam destaque, enquanto a TCI foi gradualmente relegada a um papel secundário na prática clínica.

Acrescidamente, e talvez ainda mais relevante, a introdução da clorpromazina, em 1956, veio aparentemente ditar o fim da técnica. O primeiro antipsicótico, sintetizado por Paul Charpentier e Henri Laborit, parece ter sido decisivo para o desaparecimento da TCI dada a sua fácil administração, capacidade de tratamento em ambatório e ainda diminuição dos recursos alocados para o tratamento destes doentes (Sackler, 1956).

Apesar do seu claro declínio multifatorial, Sakel continuou a defender a sua técnica, aplicando-a num consultório privado no Murray Hill Hotel, e na Slocum Clinic em Beacon, Nova Iorque.

Sakel faleceu aos 57 anos, vítima de um enfarte agudo do miocárdio, e com a reputação de arrogante e de alguém movido inteiramente pela ganância. A sua morte marcou o fim de uma era na psiquiatria, mas o seu legado continuou a influenciar a compreensão e o tratamento das doenças mentais.

A importância da técnica para a psiquiatria

A TCI representou uma abordagem inovadora para o tratamento de perturbações psicóticas. Antes do seu desenvolvimento, as opções terapêuticas eram limitadas e muitas vezes ineficazes, resultando em taxas elevadas de internamento prolongadas e incapacidade marcada.

Esta técnica foi também uma das primeiras tentativas de abordagem biológica para o tratamento das perturbações mentais. Ao invés de se concentrar exclusivamente na psicoterapia ou em abordagens psicossociais, a TCI explorou os mecanismos fisiológicos subjacentes a este tipo de perturbações, procurando corrigir os desequilíbrios químicos cerebrais.

A introdução da técnica estimulou o debate e a pesquisa na comunidade psiquiátrica, estimulando os investigadores a explorar os efeitos da hipoglicémia induzida, os mecanismos de ação da insulina a nível cerebral e os resultados clínicos inerentes.

Embora a TCI tenha sido amplamente substituída por intervenções farmacológicas e terapias psicológicas na psiquiatria moderna, o seu legado persiste. A experiência com a TCI influenciou a compreensão dos mecanismos biológicos subjacentes às perturbações psicóticas e destacou a importância das abordagens multidisciplinares no tratamento das mesmas.

A técnica em Portugal

Barahona Fernandes, um dos pioneiros da psiquiatria em Portugal, terá aprendido a técnica diretamente de Sakel, em Viena, no ano de 1936. Esse contacto direto permitiu a transferência de conhecimentos e técnicas para o nosso país, pavimentando o caminho para aplicação da TCI no país.

Os primeiros resultados da TCI em Portugal foram obtidos na clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, do Prof. Sobral Cid, e foram comunicados em 1938. Esses resultados iniciais mostraram resultados favoráveis, incentivando outros profissionais a explorar e implementar a técnica noutros contextos clínicos.

Pedro Polónio, de maneira a obter o título de professor agregado de psiquiatria, elaborou um estudo, entre 1936 e 1945, nos Hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos que demonstrou resultados favoráveis. Os tratamentos eram realizados numa sala própria que continha cerca de 10 camas e 2 quartos anexos destinados aos que iniciam o tratamento ou que têm choques mais agitados. Seria necessário bom isolamento sonoro para conter os gritos soltados durante o tratamento.

No entanto, com a introdução da clorpromazina, o foco no tratamento das perturbações psicóticas começou a mudar. Este fármaco, o primeiro antipsicótico, oferecia uma alternativa mais conveniente e menos invasiva em comparação com a TCI. A sua fácil administração e eficácia em controlar os sintomas psicóticos levou a uma redução gradual no uso da TCI em Portugal.

No cômputo geral, o percurso da TCI em Portugal reflete não apenas os avanços na psiquiatria, mas também as mudanças nas práticas clínicas e a evolução do entendimento e tratamento das perturbações mentais ao longo do tempo.

Conclusão

O uso prolongado e a defesa de métodos e tratamentos ineficazes é prática comum na história da medicina, e a terapia de choque de insulina, mundialmente disseminada na década de 50, não é exceção.

A causa mais óbvia de abolição deste tratamento é a introdução dos neurolépticos, mas a maior aplicação dos eletrochoques, que muitos alegam ter sido inspirada na técnica de Sakel, também pode ter desempenhado um papel importante. Aliás, existe ainda discórdia sobre o papel do austríaco na introdução da eletroconvulsivoterapia, no entanto, para o mesmo, as crises convulsivas eram apenas um efeito adverso do processo, e não a alteração responsável pela clarificação do estado mental dos doentes.

Em jeito de conclusão, as contribuições de Sakel continuam historicamente significantes e impactaram indubitavelmente a história e evolução da psiquiatria.

Referências

1. Pio Abreu, J. L. (2021). *Pequena História da Psiquiatria*. Lisboa: Dom Quixote;
2. Wellington, A. (2022). Dr Manfred J. Sakel: Discoverer of insulin shock therapy – psychiatry in history. *The British Journal of Psychiatry*. 221(5), 682-682.

3. Abraham, C. (2022). Shock (1946) – Movie Review. *Journal of Psychiatry Spectrum*. 1(1), 71-72.
4. Van Mensvoort, F. A. P. M., Blok, G., & Blom, J. D. (2012). De insulineshocktherapie in Den Haag, 1937 tot eind jaren vijftig. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*. 101-126.
5. Rose, C., & Barron, J. (1955). Anaphylactic shock as a complication of insulin coma therapy. *Br Med J*. 1(4913), 583-584.
6. Jones, K. (2000). Insulin coma therapy in schizophrenia. *J R Soc Med*. 93, 147-149.
7. Santos, R. F. G. dos. (2019). *A introdução de psicotrópicos em Portugal: o caso particular dos antidepressivos (1950-2000)*. Tese (Doutoramento) – Curso de História Contemporâneo, Departamento de História da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/94915>.

A dança da morte: do tratamento da tuberculose ao nascimento dos primeiros antidepressivos

Ricardo Soares Nogueira, Francisco Agostinho, Filipa Alves da Silva

ULS Lisboa-Odivelas, Hospital de Loures, Hospital Beatriz Ângelo

E-mail: ricardo.soares.nogueira@hbeatrizangelo.pt

Resumo:

No final da década de 1950, a descoberta inesperada dos efeitos antidepressivos da isoniazida, originalmente utilizada no tratamento da tuberculose, marcou o início de uma nova era na psicofarmacologia. Os médicos que trabalhavam em sanatórios notaram que os pacientes com tuberculose, ao receberem isoniazida, apresentavam melhorias significativas no humor e na vitalidade, apesar de estarem em estádios terminais da doença. Os jornais da época falavam sobre doentes que “dançando nos corredores, tinham buracos nos pulmões”. Esses resultados promissores levaram a ensaios clínicos em pacientes com depressão, demonstrando eficácia sem precedentes. A associação dos efeitos antidepressivos da isoniazida com suas propriedades inibidoras da enzima monoamina oxidase (MAO) levou ao desenvolvimento dos primeiros antidepressivos, os inibidores irreversíveis e não seletivos da MAO. Essa descoberta abriu caminho para uma melhor compreensão neurobiológica das doenças mentais e transformou o tratamento da depressão. A hepatotoxicidade motivou a suspensão da isoniazida, como antidepressivo.

Palavra-chave: isoniazida, psicose, mania

Abstract:

In the late 1950s, the unexpected discovery of the antidepressant effects of isoniazid, originally used in the treatment of tuberculosis, marked the beginning of a new era in psychopharmacology. Doctors working in sanatoriums noticed that patients with tuberculosis, when given isoniazid, showed significant improvements in mood and vitality, despite being in terminal stages of the disease. Newspapers of the time reported on patients who were “dancing in the hallways, with holes in their lungs.” These promising results led to clinical trials in patients with depression, demonstrating unprecedented efficacy. The association of the antidepressant effects of isoniazid with its monoamine oxidase (MAO) inhibiting properties led to the development of the first antidepressants, irreversible and non-selective MAO inhibitors. This discovery paved the way for a better neurobiological understanding of mental illnesses and transformed the treatment of depression. Hepatotoxicity led to the discontinuation of isoniazid as an antidepressant.

Keywords: isoniazid, psychosis, mania

No final da década de 1950, a descoberta inesperada dos efeitos antidepressivos da isoniazida, originalmente utilizada no tratamento da tuberculose, marcou o início de uma nova era na psicofarmacologia. Os médicos que trabalhavam em sanatórios notaram que os pacientes com tuberculose, ao receberem isoniazida, apresentavam melhorias significativas no humor e na vitalidade, apesar de estarem em estádios terminais da doença. Os jornais da época falavam sobre doentes que “dançando nos corredores, tinham buracos nos pulmões”. Esses resultados promissores levaram a ensaios clínicos em pacientes com depressão, demonstrando uma elevada eficácia. A associação dos efeitos antidepressivos da isoniazida com as suas propriedades inibidoras da enzima monoamina oxidase (MAO) levou ao desenvolvimento dos primeiros antidepressivos, os inibidores irreversíveis e não seletivos da MAO. Essa descoberta abriu caminho para uma melhor compreensão neurobiológica das doenças mentais e transformou o tratamento da depressão. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

Histórias que se cruzam

A depressão tem acompanhado a humanidade há milénios e ao longo da nossa história temos tentado criar as mais diversas teorias para explicar este fenómeno. Hipócrates (460-370 A.C.) atribui-a, tal como a outras doenças, a desequilíbrios entre os quatro componentes do fluido corporal, teorizando que uma predominância de bÍlis negra resultava em melancolia e “doença pulmonar fatal”. No século XVII, Descartes teorizou que a melancolia estaria enraizada na alma como sede das paixões humanas. Esta corrente cartesiana descrevia ainda uma associação estreita

entre o corpo e a mente, promovendo o sono, o exercício e dietas específicas para “restaurar o equilíbrio dos humores”. (Telles Correia, 2018)

Antes do século XIX, as pessoas com doença mental ou tuberculose eram enviadas para longe das comunidades e eram institucionalizadas em asilos e sanatórios, respetivamente. O tratamento das doenças mentais era relativamente rudimentar e as opções limitadas, havendo menções à punição e ao medo como ferramentas de tratamento. Em meados desse século, o reconhecimento da natureza infecciosa da tuberculose significou que a gestão da doença evoluiu para sanatórios especializados que ofereciam repouso na cama, nutrição e sol. (Hurt, 2004; Falkum, 1999)

A tuberculose aterrorizou a Europa e o mundo até ao início dos anos 50, a busca por um tratamento eficaz foi árdua, mas frutífera. Em 1940 surge o ácido para-aminosalicílico (PAS) como figura relevante no tratamento da tuberculose, seguido da estreptomicina em 1943. Posteriormente foram usados de forma combinada, no sentido de combaterem as resistências farmacológicas que foram surgindo. (Murray; Schraufnagel; Hopewell, 2015)

A busca por novos antituberculostáticos continuou e a iproniazida e isoniazida (INH) foram introduzidas em 1951. Tal como acontece com a estreptomicina, a monoterapia com INH resultou em resistência, levando à introdução de regimes medicamentosos combinados necessários para um tratamento eficaz. O sucesso da INH contra a tuberculose levou a um interesse renovado no desenvolvimento de outros antituberculostáticos, levando eventualmente à descoberta da pirazinamida, etionamida e rifampicina. Da história da INH é importante salientar que após a descoberta das suas propriedades antituberculostáticas, foram realizados testes em animais e 2 anos após os mesmos foi testada em humanos. A INH continua a ser utilizada no tratamento da tuberculose, estando agora mais restrita aos países subdesenvolvidos. (Murray; Schraufnagel; Hopewell, 2015)

O nascimento dos antidepressivos e a teoria monoaminérgica

A MAO foi descrita pela primeira vez por Mary Hare na Universidade de Oxford em 1928, embora o seu papel na depressão não tenha sido reconhecido até à década de 1950. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

Em 1950, a INH foi investigada num ensaio clínico, que decorreu num hospital nova-iorquino, com 44 doentes com tuberculose em fase terminal. Verificou-se que os doentes ficaram menos deprimidos, mais comunicativos e apresentaram melhoria no apetite. À data, a *Associated Press* noticiou sobre doentes que “dançando nos corredores, tinham buracos nos pulmões”. Em 1957, o fármaco foi investigado em doentes psiquiátricos por Nathan Kline, que o descreveu como um “energizador psíquico”. No final da referida década, a INH era utilizada por cerca de 400.000 pacientes psiquiátricos. O termo “antidepressivo” foi cunhado para designar as propriedades que melhoram o humor, tendo este fármaco deixado de ser usado para este efeito em 1961 devido à hepatotoxicidade. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

Verificou-se que estes antituberculostáticos inibiam a monoamina oxidase, a enzima mitocondrial que degrada monoaminas livres no terminal pré-sináptico, evitando assim a degradação da serotonina e noradrenalina. O aumento do nível dos descritos neurotransmissores foi correlacionado com a melhoria dos sintomas depressivos, dando origem à hipótese monoaminérgica da depressão. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

A atividade IMAO da INH proporcionou a perceção da origem neurobiológica de determinadas perturbações psiquiátricas e forneceu o modelo para as quatro décadas seguintes para a maioria dos antidepressivos atuais, incluindo a ciclopropilamina, a tranilcipromina e a fenelzina. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

A segunda categoria de antidepressivos desenvolvida incluiu os antidepressivos tricíclicos. Kuhn verificou o potencial antidepressivo da imipramina em 1958, gerando uma nova era de design racional farmacológico, na qual novos antidepressivos são projetados para agir sobre um determinado recetor ou enzima. De forma análoga ao que aconteceu no caso das resistências aos antituberculostáticos, também no caso da depressão farmacorresistente foram combinados antidepressivos. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

No final da década de 1970, foi desenvolvido o antidepressivo zimelidina, o primeiro dos ISRS. Embora tenha sido posteriormente descontinuada devido à toxicidade, o aumento no conhecimento dos mecanismos de depressão levou ao desenvolvimento de inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSN). O interesse em novos antidepressivos diminuiu posteriormente desde então. (Van Der Walt; Keddy, 2021)

A neurobiologia da depressão

As primeiras teorias desenvolvidas para explicar esta temática baseiam-se na hipótese de disfunção das monoaminas e do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal. Da constatação de que muitas lacunas ficariam por preencher com base

apenas nestas hipóteses, surgiu a necessidade de continuar a explorar esta temática. Assim, surgiram novos dados que vão desde o envolvimento do sistema glutamatérgico, das neurotrofinas, até às descobertas mais recentes, nomeadamente as que envolvem o sistema imune, a transtirretina, os esteróides, os endocanabinóides e os estrogénios. (Dean; Keshavan, 2017)

Em suma, a importância dos antituberculostáticos no desenvolvimento dos primeiros antidepressivos e da neurobiologia da depressão é inegável, mas esta última não deve ser encarada como um mecanismo estanque, mas sim um processo complexo que envolve um conjunto de redes neuronais, neurotransmissores, hormonas, enzimas, genes e o meio ambiente, e que vai ser integrado pelo cérebro em constante desenvolvimento.

Bibliografia

- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.025. PMID: 28558878.
- Falkum, E. (1999). Asyls historie–historien om “den store innesperringen”? [The history of the asylum–the history of “the great confinement”?]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 119(30), 4519-4523. PMID: 10827496.
- Hurt, R. (2004). Tuberculosis sanatorium regimen in the 1940s: a patient’s personal diary. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(7), 350-353. <https://doi.org/10.1177/014107680409700717>
- Murray, J. F., Schraufnagel, D. E., & Hopewell, P. C. (2015). Treatment of Tuberculosis. A Historical Perspective. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(12), 1749-1759. doi: 10.1513/AnnalsATS.201509-632PS. PMID: 26653188.
- Telles Correia, D. (2018). *As Raízes do Sintoma e da Perturbação Mental*. Lisboa: Lidel.
- Van Der Walt, M., & Keddy, K. H. (2021). The Tuberculosis-Depression Syndemic and Evolution of Pharmaceutical Therapeutics: From Ancient Times to the Future. *Frontiers in psychiatry*, 12, 617751. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.617751>

A história da fotografia médica na psiquiatria

Marina Cruz, Beatriz Peixoto, Henrique Medeiros

Serviço de Psiquiatria, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

E-mails: cmarinaccruz@gmail.com; beatrixpeixoto@gmail.com; henriquejoamedeiros@gmail.com

Resumo

A fotografia médica é utilizada para vários fins, nomeadamente no ensino, no diagnóstico e na comunicação entre profissionais. Na Psiquiatria, a sua aplicação remonta à década de 1850, altura em que G. Duchenne iniciou a documentação de expressões da face humana através da estimulação elétrica dos músculos faciais. Destas fotografias resultou a publicação de “*Le mécanisme de la physionomie humaine*”, livro considerado como uma das primeiras publicações científicas com ilustrações fotográficas. Também Hugh W. Diamond, psiquiatra britânico, teve um papel de relevo na fotografia na Psiquiatria, tendo defendido a sua importância no acompanhamento do processo terapêutico. No Hospital de *Salpêtrière*, onde foi instalado um serviço fotográfico, foram publicadas imagens cujo objetivo era documentar vários tipos de doença mental. Os doentes de Charcot, identificados como tendo sintomas de Histeria, foram fotografados de forma especialmente metódica. Já em Portugal, em 1899, Miguel Bombarda publicou artigos onde figuravam fotografias de doentes.

Palavras-chave: fotografia médica, fotografia na psiquiatria, história da psiquiatria

Abstract

Medical photography is used for various purposes, including teaching, diagnosis and communication between professionals. In psychiatry, its application dates back to the 1850s, when G. Duchenne began documenting human face expressions through electrical stimulation of the facial muscles. These photographs resulted in the publication of “*Le mécanisme de la physionomie humaine*”, a book considered to be one of the first scientific publications with photographic illustrations. Hugh W. Diamond, a British psychiatrist, also played an important role in photography in psychiatry, defending its importance in monitoring the therapeutic process. At the *Salpêtrière* Hospital, where a photographic service was set up, images were published with the aim of documenting various types of mental diseases. Charcot's patients identified as having symptoms of Hysteria were photographed in a particularly methodical way. In Portugal, in 1899, Miguel Bombarda published articles featuring photographs of patients.

Keywords: medical photography, photography in psychiatry, history of psychiatry

Introdução

A fotografia médica pode ser utilizada para vários fins, nomeadamente no ensino, no diagnóstico e na comunicação entre profissionais. Pode abranger as várias etapas de um processo médico, representar doentes ou partes do corpo humano. Os médicos e outros profissionais de saúde podem, igualmente, ser objeto de estudo, assim como as instituições.

Neste capítulo irá ser abordada a história da fotografia médica na Psiquiatria, que se inicia no século XIX, salientando a sua relevância, não só histórica, como clínica. Existem três nomes internacionais que sobressaem neste processo: Guillaume Duchenne, Hugh Welch Diamond e Jean-Martin Charcot (Peres, 2014). No final, será realizada uma menção à fotografia médica na Psiquiatria em Portugal, nomeadamente no Hospital Miguel Bombarda e no Hospital Conde de Ferreira.

Guillaume Duchenne

Desde muito cedo, a fotografia foi aplicada na área da Psiquiatria. Foi em 1852 que o neurofisiologista francês Guillaume Duchenne (1806-1875) iniciou os seus estudos, documentando fotograficamente experiências que representavam o estudo da ação dos músculos faciais em resposta à estimulação elétrica localizada, de modo a capturar as diversas

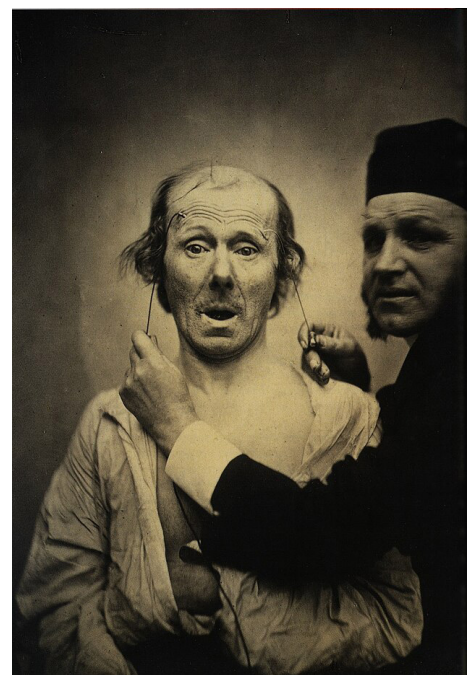


Figura 1 . Guillaume Duchenne a realizar experiências de electroestimulação facial.

Fonte: Wikimedia Commons

emoções da face humana. Publicou o resultado dessas experiências ilustradas com fotografias no livro “*Le mécanisme de la physionomie humaine*” (considerado uma das primeiras publicações científicas com ilustrações fotográficas, 1862) (Peres, 2014).

Nesse livro, Duchenne classificava as emoções que representava fotograficamente. É de referir que alguns destes doentes eram do Hospital de *Salpêtrière*, apesar de este não ter afiliações oficiais a esta instituição. O neurologista comparava o seu trabalho fotográfico a obras de arte, tendo inclusivamente incluído uma “Secção Estética” no seu livro para as imagens que considerava esteticamente apelativas (Guilburt, 2020).

É inegável o legado de Duchenne na história da Neurologia, pois os seus estudos sobre a atividade muscular facial serviram de base para inúmeras investigações científicas tão variadas quanto a pesquisa transcultural sobre a expressão facial em indivíduos normais e em doentes psiquiátricos com lesões cerebrais, cirurgia plástica facial e reconhecimento computadorizado de expressão facial (Sá, 2016).

Hugh Welch Diamond

Um outro nome incontornável na área da fotografia aplicada à Psiquiatria é o do britânico Hugh Welch Diamond (1809-1886). Foi psiquiatra, médico do *Surrey Lunatic Asylum*, e fotógrafo. Foi um dos fundadores da *Photographic Society* e editor do *Photographic Journal*. Numa comunicação apresentada à *Royal Society of London* em 1856, Diamond defendeu o uso da fotografia para acompanhar o tratamento dos seus doentes, algo que o registo fotográfico da doença em diferentes fases no mesmo doente permitia (Peres, 2014). Para além disso, Diamond acreditava que o tratamento da doença mental alcançaria o seu pleno êxito através da avaliação da personalidade das pessoas pelas suas expressões faciais (Sá, 2016).

Importa referir que, na Psiquiatria do século XIX, a nível europeu, segundo a teoria da degeneração (de Bénédict Augustin Morel), existiam estigmas anatómicos e fisiológicos confirmatórios dessa mesma degeneração. Para o psiquiatra italiano Cesare Lombroso, a degenerescência, a loucura, a epilepsia e o crime estavam relacionados, sendo que haveria estigmas físicos (como deformidades ou desvios à anatomia considerada normal) e anímicos (insensibilidade à dor, impulsividade, excesso de preguiça, entre outros) característicos (Cascais, 2017), que poderiam ser documentados fotograficamente.

A fotografia teria para Diamond três objetivos:

- Registrar a fisionomia da insanidade (Peres, 2014) (segundo a teoria aceite neste período. Entre 1848 e 1858, o médico inglês utilizou o método de examinar a mente humana através da observação da fisionomia ao acompanhar uma série de mulheres internadas no *Surrey County Lunatic Asylum*) (Sá, 2016);
- Para apresentar as imagens aos próprios doentes (Peres, 2014) (acreditava que, desta forma, estes se poderiam observar a si mesmos e terem uma visão realista da sua doença, pelo que este método ajudaria a tratar a doença mental a partir da observação facial) (Sá, 2016);
- Facilitar a identificação dos doentes para uma possível readmissão e tratamento (Peres, 2014).

As fotografias de Diamond foram influenciadas por fotógrafos da época, tendo uma estrutura semelhante aos retratos de estúdio, não científicos, realizados neste período. Havia uma preocupação estética que os diferenciava de outras fotografias médicas da época (Peres, 2014).

Diamond não via as suas fotografias como meros documentos clínicos. Membro da *Photographic Society of London*, Diamond frequentava os círculos da fotografia artística e era conhecido pelas suas naturezas-mortas fotográficas. Nas fotografias dos seus doentes, percebe-se uma preocupação em criar uma composição cénica (Sá, 2016).



Figura 2. Doente do *Surrey County Lunatic Asylum* (fotografia de Hugh Welch Diamond).

Fonte: Wikimedia Commons

Jean-Martin Charcot

Para o neurologista francês Charcot, a fotografia foi simultaneamente um procedimento experimental (laboratorial), museológico (de arquivo científico) e de ensino (Cascais, 2017). As fotografias médicas do Hospital de *Salpêtrière*, onde trabalhava, foram publicadas na revista *Iconographie de la Salpêtrière* (criada em 1875, com 119 itens, dirigida por Charcot, Paul Regnard e Bourneville, criador da revista e quem propôs fotografar as doentes do hospital) e na *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (reedição da revista anterior, criada em 1888 e dirigida por Charcot, Londe, Paul Richer, Tourette, entre outros) (Pichel, 2015). Estas publicações teriam o objetivo de documentar os vários tipos de doenças mentais, sendo que as doentes identificadas com sintomas de Histeria eram metodicamente fotografadas, com vista a uma classificação desta doença. Charcot foi, deste modo, inspirado pelo trabalho de Duchenne (Gilburt, 2020). Os números da primeira revista apresentavam casos clínicos, todos do Hospital de *Salpêtrière*, na forma de histórias clínicas, sendo que grande parte se fazia acompanhar de fotografias das respetivas doentes, tiradas por Regnard. O objetivo era identificar os sintomas físicos da histeria, classificá-los e tentar encontrar um tratamento médico. Na segunda revista, a *Nouvelle Iconographie*, esta perspetiva foi atualizada, sendo que cada número continha artigos não só de casos clínicos do *Salpêtrière* como também de outras instituições. À medida que os anos foram passando, a atenção dada à Histeria foi-se gradualmente desviando para os “transtornos histéricos”, a hipnose e os “transtornos nervosos” no geral (Pichel, 2015). Esta coleção de fotografias foi um marco na história do diagnóstico, tratamento e representação da doença mental (*Salpêtrière Photographs*, 2023).

Em 1882, o médico e fotógrafo Albert Londe foi contratado por Charcot para trabalhar no Hospital de *la Salpêtrière*, em Paris, como preparador químico. Londe propôs, de imediato, a instalação e funcionamento de um serviço fotográfico no hospital, com um *atelier* e um laboratório fotográfico, serviço que rapidamente se tornou um modelo a seguir na Europa. Ele estava interessado em desenvolver a fotografia médica com protocolos adequados e equipamento apropriado. Durante vinte anos registou fotograficamente as manifestações patológicas dos doentes do hospital. Entre os aparelhos fotográficos que desenvolveu, existiu um que era constituído por 12 lentes diferentes, o que lhe permitia captar fotograficamente os movimentos dos doentes de forma sequencial, de forma a estudar o seu comportamento em situações de crise. (Peres, 2014)

Quando Charcot se interessou pela Histeria, esta era uma patologia considerada desconcertante, expressa em sintomas intermitentes que frequentemente incluíam o que se considerava ser choro ou riso excessivos, movimentos corporais bizarros, paralisia, entorpecimento, surdez ou cegueira temporárias, assim como hipersensibilidade ao toque, síncope e “predileção para o drama e para a mentira”. Atualmente, muitas das mulheres diagnosticadas com Histeria teriam um diagnóstico de Esquizofrenia, Perturbação Afetiva Bipolar ou Anorexia Nervosa, entre outros. No entanto, no século XIX, as várias doenças mentais eram agrupadas de forma algo aleatória sob o mesmo termo (Histeria) (Didi-Huberman, 2003).

A Histeria e a Epilepsia, que Charcot considerava as “duas grandes neuroses”, apresentavam para o médico aspetos semiológicos em comum, nomeadamente o facto de se manifestarem por crises convulsivas generalizadas e de não terem lesão cerebral orgânica associada. Porém, o neurologista acreditava que estas patologias teriam uma origem distinta, apesar de se expressarem de forma semelhante. Foi a partir desta conclusão que Charcot criou o quadro nosológico da Histeria (Rodegher, 2017). Desta forma, Charcot propôs que os acontecimentos psicologicamente traumáticos (“lesões dinâmicas”, fisiológicas e não anatómicas, que classificou como mutáveis e predispostas a desaparecerem) atuavam como catalisadores em doentes com “uma propensão hereditária para a doença nervosa”. No entanto, como não encontrou “provas patológicas” para a doença, a caracterização por Charcot baseava-se em sinais visualmente observáveis, através dos quais a sua estrutura fundamental era considerada detetável (Didi-Huberman, 2003). Considerava que o “ataque histérico” seguia um padrão completamente regular e uniforme em todos os seus doentes. Estes “ataques” foram demonstrados publicamente durante as suas famosas palestras às terças-feiras onde, sob hipnose, as doentes com Histeria demonstravam os seus sintomas num grande anfiteatro

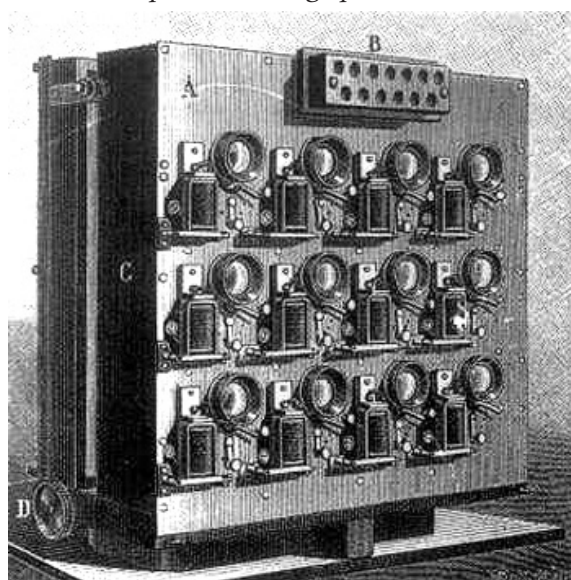


Figura 3. Étienne-Jules Marey: câmara de doze lentes de Albert Londe (1893). Fonte: Wikimedia Commons

(o primeiro na Europa equipado com meios para projetar diapositivos fotográficos num grande ecrã) (*Salpêtrière Photographs*, 2023).

Alguns autores consideram que as representações fotográficas da Histeria por Charcot acabaram por gerar uma imagem estereotipada em termos de género, associando-a às mulheres, que hoje se mantém, apesar de lhe ser atribuída a “descoberta” da Histeria masculina (algo só documentado em 1888) e de este ter tentado romper com a associação da Histeria à mulher. Contudo, sabe-se que Charcot manteve algumas conceções associadas à Histeria na mulher no passado, nomeadamente a ideia de que esta poderia estar associada ao desejo sexual frustrado, embora tenha mudado o foco do útero (associado à etimologia do termo “Histeria”, dado que a palavra grega para útero é “*hystera*”) para os ovários, tendo inclusivamente utilizado um “compressor ovárico” semelhante a um cinto no seu tratamento (Gilburt, 2020). Apenas a 21 de junho de 1881 foi possível o atendimento de doentes do género masculino no *Salpêtrière*, aquando da abertura da modalidade de ambulatório neste hospital (*Salpêtrière Photographs*, 2023).

A doente mais fotografada do *Salpêtrière* foi Louise Augustine Gleizes, mais conhecida como Augustine. Foi considerada “a grande histérica do século XIX”. A doente foi admitida no *Salpêtrière* em 1875, altura em que tinha catorze anos. Esta reproduzia os eventos traumáticos da sua vida nos seus “ataques de Histeria” (*Salpêtrière Photographs*, 2023). Augustine cresceu longe dos seus pais, tendo passado a viver com o patrão da sua mãe aos treze anos, com o objetivo de ter aulas juntamente com os filhos deste. Após diversas tentativas, e perante a ameaça com uma lâmina, este acabou por abusar sexualmente de Augustine, altura em que esta regressou a casa dos seus pais e sofreu a sua primeira “convulsão histérica”. Após ter descoberto que a sua mãe tinha sido amante do patrão e cúmplice dos seus abusos, o estado de saúde de Augustine agravou significativamente, tendo então sido admitida



Figura 4, Aula de Jean-Martin Charcot no *Salpêtrière*, demonstrando uma doente (“Blanche” (Marie) Wittman) em “transe ou choque”. Fonte: Wikimedia Commons



Figura 5. Fotografia de Augustine Gleizes (de Albert Londe).
Fonte: Wikimedia Commons

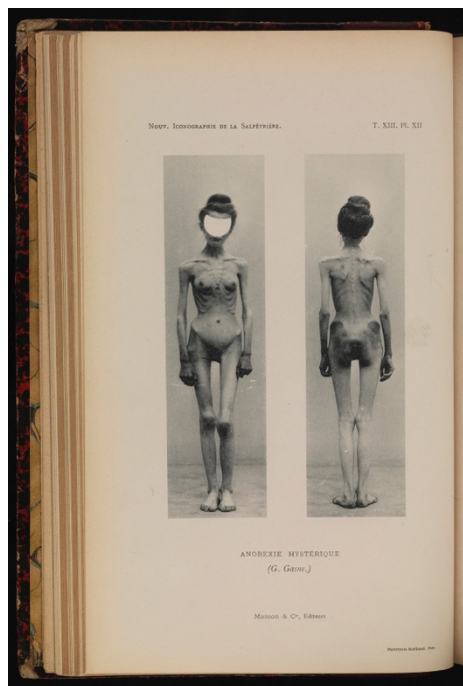


Figura 6. “Um Caso de Anorexia Histérica” (Georges Gasne, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*).
Fonte: Wikimedia Commons

no hospital. Apesar de ter sido amplamente fotografada, o seu tratamento médico não foi eficaz. Augustine acabou por se disfarçar com roupas masculinas e fugir do *Salpêtrière* (Gilburt, 2020).

Importa referir que, em 1892, foi publicado na *Nouvelle Iconographie* um caso clínico de “anorexia histérica”, na altura vista como uma doença associada à Histeria, mas que apenas apresentava como sintoma histérico a decisão voluntária de não comer. Desta forma, a Anorexia pode não ter sido tratada de uma forma distinta da Histeria. A atenção prestada aos sinais físicos de magreza nesta época fez com que esta doença fosse apenas associada a sintomas corporais, ignorando-se os fatores psicopatológicos associados, algo que as fotografias médicas acabaram por reforçar (Pichel, 2015).

Sabe-se que, em França, existiu uma tentativa de criar uma metodologia no que diz respeito à fotografia na área da Psiquiatria. Está documentada uma sessão da Sociedade Médico-Psicológica em Paris a 27 de abril de 1867, centrada no tema da aplicação da fotografia no estudo da doença mental, com o objetivo de tentar estabelecer um protocolo básico para a transmissão destas imagens, discutindo-se a problemática da reprodutibilidade e do tratamento literário das mesmas (Didi-Huberman, 2003).

Portugal

Hospital Miguel Bombarda

No ano de 1899, Miguel Bombarda publicou na revista *Medicina Contemporânea* dois artigos que continham fotografias, nomeadamente um extrato de um relatório onde figura um retrato de uma doente, denominado de “Loucura Moral e Crises Epileptiformes”, e um artigo onde consta um retrato de Câmara Pestana, em homenagem ao mesmo. Em 1900 é possível encontrar, na mesma revista, quatro artigos com reprodução de fotografias, entre eles três artigos da autoria de Miguel Bombarda com a reprodução de retratos de doentes e de uma radiografia: “Confusão Mental primitiva. Crime de assassinato”; “Assassinato por um idiota” e “Epilepsia traumática” (acompanhado de uma radiografia do crânio de uma doente, a confirmar a existência de uma lesão a este nível) (Peres, 2014).

Foram encontrados vários conjuntos de fotografias do Hospital Miguel Bombarda, sendo que dois deles são particularmente relevantes, e remontam às épocas em que os psiquiatras Miguel Bombarda e Sobral Cid foram diretores da instituição. As fotografias tinham como objetivo retratar estigmas considerados característicos da doença mental (Cascais, 2017).

Presume-se que a coleção fotográfica inicial do Hospital Miguel Bombarda tenha sido criada a partir de 1902. Os conjuntos de fotografias, tiradas em épocas diferentes e com intuítos distintos (casos clínicos, fotografias documentais do quotidiano do hospital, fotografias de excursão de doentes internados e fotografias do centenário do Hospital), nunca foram objeto de musealização. Porém, existe uma descrição num “Inventário do Museu do Hospital Miguel Bombarda em 25 de Fevereiro de 2011”, que inclui uma secção sobre o “Arquivo fotográfico”, pelo antigo administrador do museu (Vítor Albuquerque Freire). Existem cerca de 4800 espécimes (Cascais, 2017).

Hospital Conde de Ferreira

No Hospital Conde de Ferreira ocorreu a instalação de um gabinete fotográfico entre 1888-1889 (cinco anos após a inauguração do hospital). Magalhães Lemos, neuropsiquiatra e diretor do Hospital (de 1910 até meados da década de 1920), foi um dos médicos mais interessados na aplicação da fotografia no estudo da doença mental. Mantinha uma relação estreita com o Hospital *de la Salpêtrière*, e publicou artigos sobre casos clínicos em várias revistas, entre elas, na famosa *Nouvelle Iconographie Photographique de La Salpêtrière*. Um dos artigos destacados é o dedicado ao famoso gigante José Lopes (que apresentava os diagnósticos de gigantismo, infantilismo e acromegalia), com imagens deste doente tiradas no gabinete fotográfico do hospital (*Exposição Gabinete Fotográfico do Hospital Conde de Ferreira*, 2017).

A fotografia dos doentes também foi usada como forma de identificação no momento da admissão. Nas fotografias figuram, entre outros, casos de Histeria, sinais neurológicos, quadros psiquiátricos identificados nos próprios negativos (melancolia ansiosa crónica) e outros não identificados, assim como quadros dermatológicos. Duas fotografias mostram atividades desenvolvidas no laboratório de anatomia patológica (um cadáver na mesa de autópsias e o cérebro de um doente antes de proceder ao exame anatomopatológico).

Desconhece-se durante quanto tempo o gabinete fotográfico permaneceu ativo, mas é possível concluir que permaneceu durante a década de 1930 (o que é visível num livro de Alberto Brochado sobre o coma insulínico,

que conta com inúmeras fotografias tiradas no hospital) (*Exposição Gabinete Fotográfico do Hospital Conde de Ferreira*, 2017).

É de referir que, dada a impossibilidade de aceder aos direitos de autor destas imagens, estas não são passíveis de serem reproduzidas no presente capítulo.

Considerações finais

Apesar de a fotografia na Medicina ter sido um instrumento útil, na medida em que captava a realidade dos sintomas e sinais, finalmente graváveis em provas verdadeiras e objetivas, perdeu credibilidade e autoridade à medida que os estilos de raciocínio médico foram evoluindo (Cascais, 2017).

Na Psiquiatria, sabe-se hoje que não existe uma “fisionomia da insanidade”. Podem ser poucos os estigmas objetiváveis ao exame físico, e as alterações neste âmbito geralmente remetem para uma causa orgânica subjacente. Contudo, existem perturbações psiquiátricas em que podem efetivamente ser objetivados sinais físicos, como nas perturbações do comportamento alimentar, embora não se observem na maioria dos casos. Ao contrário dos séculos XIX e XX, em que a teoria da degeneração vigorava, a fotografia médica na Psiquiatria não se reveste atualmente da mesma importância. Ainda assim, é um marco histórico e permite-nos ter um melhor entendimento acerca da evolução da Psiquiatria.

Bibliografia

- Cascais, F. (2017). As coleções fotográficas do Hospital psiquiátrico de Miguel Bombarda. *PontodeAcesso*, vol. 10, 66-94.
- Didi-Huberman, G. (2003). Invention of hysteria: Charcot and the photographic iconography of the Salpêtrière. (A. Hartz, Trans.). *Boston Review*.
- Exposição Gabinete Fotográfico do Hospital Conde de Ferreira, 2017. Santa Casa da Misericórdia do Porto. Disponível em: <https://www.scmp.pt/pt-pt/noticias/exposicao-gabinete-fotografico-do-hospital-conde-de-ferreira>. Acesso em: setembro de 2023.
- Gilburt, I. (2020). The Phototextual Emergence of Hysteria: From the Iconographie Photographique de la Salpêtrière to J. M. Coetzee's Slow Man. *Kronos*, 46(1), 129-146.
- Pereira, P.T., Gomes, E., & Martins, O. (2005). A Alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *Revista da Faculdade de Letras, HISTÓRIA Porto*, III Série, vol. 6, 99-128.
- Peres, I. (2014). Fotografia Médica. In F. M. Costa & M. E. Jardim (Coord.), *100 anos de Fotografia Científica em Portugal (1839-1939): Imagens e Instrumentos (109-147)*. Coimbra: Edições 70.
- Pichel, B. (2015). Cuerpos patológicos: fotografia y medicina em el siglo XIX. *Alcores*, vol. 19, 35-55.
- Rodegher, A.C. (2017). *O olhar de Charcot: ensaio sobre a modernidade, a fotografia médica e o encontro da clínica com a histeria*. São Paulo: Setor de Publicações do IFCH/Unicamp.
- Sá, R. de. (2016). Registos fotográficos em asilos psiquiátricos: o que as expressões faciais revelam. *Cadernos de História da Ciência*, 12(1), 162-184.
- Salpêtrière Photographs*. Medical History Library, 2023. Disponível em: <https://library.medicine.yale.edu/historical/digitized-collections/salpêtrière-photographs>. Acesso em: 14 de maio de 2023.

Vincent van Gogh: uma criança de substituição?

Beatriz Cerqueira da Silva¹, Filipa Cordeiro², Graça Fernandes³

¹ Centro Materno-Infantil do Norte – Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, Portugal;

² Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal;

³ Centro Materno-Infantil do Norte – Centro Hospitalar e Universitário de Santo António, Porto, Portugal;
E-mails: E-mail: u14483@chporto.min-saude.pt; 11628@chuc.min-saude.pt; u20708@chporto.min-saude.pt

Resumo

Vincent van Gogh nasceu no seio de uma família holandesa um ano após o nascimento de seu irmão, um nado-morto, também chamado Vincent, que teria sido o primogénito de seus pais. A sua biografia mostra-nos uma vida marcada por grande sofrimento mental, tendo sido propostos vários diagnósticos. A análise de descrições referentes à sua infância permite-nos compreender que a origem deste sofrimento é muito precoce, estando descrita uma vivência marcada por sentimentos de solidão e autoimagem negativa. Criado numa família de valores conservadores e rígidos, van Gogh nunca se sentiu aceite pela sua mãe, descrita como pouco disponível para compreender e responder às necessidades afetivas da criança. Assim, com esta revisão, recorrendo a conceitos baseados nas diferentes Teorias do Desenvolvimento Psicoafetivo, pretende-se analisar de que forma as experiências precoces da vida do pintor poderão ajudar-nos a compreender o desenvolvimento das alterações psicopatológicas descritas ao longo da sua vida.

Palavras-chave: van Gogh, infância, desenvolvimento psicoafetivo

Abstract

Vincent van Gogh was born into a Dutch family a year subsequent to the delivery of his stillborn brother, also named Vincent, who would have been his parents' firstborn. His biography unfolds a life marred by profound mental suffering. Several diagnostic possibilities have been proposed. The analysis of descriptions related to his childhood reveals that the origin of this suffering is very early, depicting an experience characterized by feelings of solitude and negative self-image. Raised in a family with conservative and rigid values, van Gogh never felt accepted by his mother, described as unavailable to understand and respond to the child's emotional needs. Therefore, with this review, based in different Theories of socioemotional development, the authors aim to analyze how the painter's early life experiences may influence the development of the psychopathological changes described throughout his life.

Keywords: van Gogh, childhood, socioemotional development

Introdução

Vincent van Gogh é um dos artistas mais reconhecidos do período pós-expressionista. Além da sua obra, a sua biografia é também objeto de estudo. A principal fonte de informação biográfica do artista encontra-se na correspondência que trocou com o seu irmão Théo, cuja análise denuncia uma vida marcada por grande sofrimento mental (Naifeh; Smith, 2012). Foram propostos vários diagnósticos, tendo sobretudo como fundamento as descrições das descompensações psicopatológicas que decorreram nos últimos anos da sua vida. Ainda assim, sabemos que as suas dificuldades são anteriores a isso. A evidência sugere que as experiências precoces têm grande impacto no desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo. Assim, o objetivo deste trabalho é perceber de que modo as experiências precoces de Van Gogh poderão contribuir para o desenvolvimento das alterações psicopatológicas descritas.

Ambiente familiar

Em primeiro lugar, importa revisitar o meio familiar em Van Gogh cresceu. O pintor holandês nasceu no seio de uma família holandesa de classe média alta, que se dedicava ao comércio de arte, tendo também fortes ligações à Igreja. Seus pais, casados em 1851, teria sua mãe 32 anos, tiveram seis filhos. A mãe, Anna, tinha aprendido piano, interessava-se por leitura e pintura e ensinava desenho a cada um dos filhos. O pai era pastor da Igreja protestante, pelo que a religião desempenhava na família um papel fundamental (Naifeh; Smith, 2012).

Luto perinatal

O primeiro filho do casal nasceu morto, um bebé a quem os pais denominaram Vincent, nome comum na família, aliás. Exatamente um ano depois, nasceu o Pintor, a quem atribuíram o mesmo nome. Embora van Gogh não se refira a este acontecimento nos seus registos, não podemos subestimar a importância desta vivência na família. Importa, portanto, perceber o que representa este natimorto e como pode influenciar a relação com o segundo bebé.

Sabe-se que a relação com a criança tem início já durante a gravidez, o que levou até alguns autores a referirem-se ao conceito de “vinculação pré-natal” (Cranley, 1981; Condon, 1993). Este conceito foi posteriormente contestado por outros autores, por considerarem que o termo “vinculação” não estaria a ser aplicado corretamente, já que este se refere aos comportamentos demonstrados pela criança em relação às figuras cuidadoras (Walsh, 2010). Independentemente da terminologia usada, a noção de que a vinculação teria tido início já na gravidez vem reforçar o elevado envolvimento emocional presente durante este período e que permitirá o posterior estabelecimento de uma relação afetiva com o bebé. Assim, quando existe uma morte perinatal, perante uma rotura inesperada destes laços afetivos em construção, surgem, naturalmente, reações de grande tristeza (Figueiredo, 2013). Esta perda terá que ser elaborada, seguindo-se um processo intrapsíquico de luto que implica o reconhecimento do objeto perdido e, também, da perda. Esta perda poderá constituir uma ferida narcísica importante, pela percepção de não ter sido suficiente para dar vida à criança, tendo repercussões que serão proporcionais ao investimento no bebé (Bayle; Martinet, 2008). Desta forma, o luto perinatal constitui um fator de risco para o surgimento de psicopatologia nos pais. A evidência mostra que uma morte perinatal está associada a aumento de sintomatologia depressiva e aumento de sintomatologia ansiosa numa gravidez subsequente (Armstrong, 2004).

No caso de Van Gogh, se atendermos ao contexto familiar em que ocorre esta morte perinatal, alguns fatores podem contribuir para que este processo de luto seja mais complexo. De facto, Anna casou aos 32 anos, casamento considerado, à época, tardio. Assim, podemos imaginar que, para esta mulher, a morte do primeiro bebé de um casamento tardio deverá ter sido uma ferida narcísica importante, pondo em causa a sua competência enquanto mãe e mulher.

Da representação psíquica do bebé à criança de Substituição

Vários autores que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento psicoafetivo, vêm realçar a importância do período perinatal no desenvolvimento socioemocional do indivíduo, destacando a importância do papel que o bebé ocupa na mente de seus pais, já anteriormente ao seu nascimento. O nascimento de um bebé representa o desconhecido, abrindo, deste modo, espaço para um vazio psíquico, gerador de angústia. Assim, os seus cuidadores elaboram sobre a criança e atribuem-lhe uma série de características, físicas e psíquicas, de acordo com a sua vida imaginária (consciente e fantasmática) (Brazelton & Cramer, 1993). Este vazio é, assim, preenchido por características que se inscrevem na vida afetiva de seus pais, na sua história e nas relações com os outros, nomeadamente com as suas imagens parentais, permitindo torná-lo uma figura familiar e, por isso, menos assustadora (Mazet & Stoleru, 1990). Por este motivo, não é raro ouvir-se que o bebé é “igual ao irmão”, “egoísta como o pai” ou “agressivo como o avô”. Assim, durante a gestação, podem distinguir-se três crianças: o bebé real, com as suas características próprias, tais como a sua aparência, sexo e temperamento, um bebé imaginário, que representa todo um conjunto de características que os seus pais imaginam nele e ainda um bebé fantasmático, constituído por uma série de representações mentais inconscientes dos seus pais. Ao nascimento, o bebé real encontra-se com os bebés imaginário e fantasmático, confrontando-se desde logo com uma “profissão” exigente, a de trabalhar para corresponder ao que os cuidadores esperam dele (Cramer, 1993). Quando há um desencontro entre estes bebés, pode surgir conflito, pondo em causa o estabelecimento de uma relação saudável entre o bebé e os seus cuidadores. Esta relação precoce modula a forma como a criança se vê a ela mesma e aos outros, pelo que, quando perturbada, poderá levar a que o indivíduo construa modelos de relação menos saudáveis que, mantendo-se ao longo do desenvolvimento, colocam em causa o desenvolvimento socioemocional normativo, com consequências a longo prazo. Assim, pode considerar-se que as primeiras relações do bebé constituem um esboço do seu destino.

No caso de van Gogh, a sua profissão enquanto bebé era exigente. Ainda antes do nascimento, teria já a função de substituir a imagem daquele primogénito, o que implica corresponder à imagem idealizada de um bebé sem defeitos, que não teve tempo de desiludir os seus pais. Assim, van Gogh poderá ser visto como uma “criança de substituição”, que dificilmente teria outro destino que não o de desiludir, ao não corresponder às expectativas daquele bebé idealizado. O tom negativo usado nas descrições que fazem do artista ao longo da infância vem

reforçar esta ideia de que houve dificuldade em aceitar a criança real. De facto, em várias fontes, é descrito pelos familiares como “obstinado, turbulento, teimoso, obstinado, de carácter difícil... Raiva homérica...” difícil de suportar, irritante, turbulento”, parecendo haver um desencontro entre a criança e aquilo que dela era esperado (Naifeh; Smith, 2012).

Psicopatologia materna

Quanto à história de vida de Anna, sabe-se que cresceu no seio de uma família com antecedentes de doença mental. Era a segunda de três filhos de um pai com doença mental grave e teve ainda um irmão que cometeu suicídio. Anna é descrita como uma mulher pouco expansiva, “sem humor e propensa à melancolia”, exigente, rígida e hipercrítica (Naifeh; Smith, 2012). Impunha na família como princípios o “Dever, Decoro e Firmeza” e tinha uma visão pessimista da vida, referindo várias vezes que “o mundo era um lugar mau e que deveríamos esperar sempre o pior” (Martins; Chagas, 2022). Estas descrições tornam levantam a possibilidade de se traços de personalidade desadaptativos, possivelmente coexistentes com sintomatologia na linha depressiva.

Quando existe patologia depressiva materna, a capacidade de prestar cuidados à criança poderá ficar comprometida, tendo-se observado uma diminuição na sensibilidade dos cuidados prestados, bem como na função reflexiva (Fonagy et al., 1991), que tem que ver com a capacidade do progenitor para perceber os seus próprios estados mentais e os do seu filho e organizá-los. A evidência científica mostra que filhos de mães com perturbação depressiva têm maior prevalência de problemas de sono, dificuldades na separação e pior relação com os pares. A hipótese colocada é a de que estas crianças terão uma ideia delas mesmas mais passiva, no sentido em que se consideram menos capazes de influenciar o meio à sua volta (Guedeney, 2004).

Vinculação não segura

A teoria da vinculação fornece-nos uma perspetiva do desenvolvimento da criança com base na relação precoce que estabeleceu com os cuidadores principais. Proposta por Bowlby, que se apropriou de conceitos variados da etologia, biologia, psicologia do desenvolvimento, além da psicanálise, refere-se a uma relação privilegiada, única, que se desenvolve entre a criança e o cuidador, sendo considerada por Bowlby um mecanismo básico e biologicamente programado, tais como a sexualidade ou a alimentação (Bowlby, 1969). No primeiro ano de vida, o bebé é um ser absolutamente dependente do seu cuidador. Assim, em condições ótimas, o cuidador deverá estar na relação com a criança de modo a responder às suas necessidades. Se assim for, a criança desenvolverá um sentido de segurança e de proteção, recorrendo a esta figura como base segura e desenvolvendo modelos positivos de si mesmo e das relações com os outros. Assim, a vinculação assume um papel fundamental na formação do self, contribuindo para a formação de modelos operantes internos que vão determinar a forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com o mundo durante toda a vida. Foi estudada a relação entre o tipo de vinculação e o desenvolvimento de psicopatologia, percebendo-se posteriormente que esta teoria tem aplicabilidade durante as várias etapas do desenvolvimento humano, já que o estabelecimento de relações afetivas de proximidade acaba por ser uma necessidade humana inata (Soares, 2007).

Quando a experiência do bebé acerca dos seus cuidadores não traz a expectativa de que as suas necessidades vão ser atendidas, uma representação mental diferente será desenvolvida e, então, a vinculação não será segura. Crianças com vinculação não segura não são capazes de usar o cuidador da mesma forma para regular as suas emoções. Podem sobreregular-se (minimizando o seu sofrimento/desconforto) ou subregular-se (maximizando o seu sofrimento/desconforto), numa tentativa de gerir emoções avassaladoras. Assim, a vinculação não segura está associada a alterações de comportamento, dificuldade no controlo de impulsos, ideias de menosvalia, baixa auto-estima e conflitos com o cuidador e com o grupo de pares (Guedeney, 2004).

No caso de Van Gogh, não existem dados objetivos relativos à relação precoce com os cuidadores. Não obstante, algumas descrições podem ser elucidativas nesse. Sabemos que foi criado num ambiente pautado pela rigidez e grande exigência, tendo por base os ideais de “Dever, Decoro e Firmeza”, o que contrasta com as características desta criança, descrita como tendo temperamento difícil. Em idade pré-escolar, van Gogh é caracterizado como uma criança tipicamente desafiante e opositiva (Naifeh; Smith, 2012), comportamentos que podem constituir uma forma de obtenção de afeto, em casos em que a atenção não consegue obter-se de outra forma (Guedeney, 2004). As descrições de Van Gogh em idade escolar seguem a mesma tendência. Caracterizado como indisciplinado,

teimoso, com grande agressividade, o tipo de comportamentos observados em Vincent, que levam a que deixe de frequentar a escola durante alguns anos para ter ensino doméstico, são típicos de uma criança que atualmente cumpriria critérios para o diagnóstico de Perturbação de Oposição e Desafio. Também este tipo de alterações do comportamento está relacionado com a formação de representações de vinculação não segura, tratando-se de crianças com baixa autoestima, em que é frequente haver uma história prévia de inconsistência nos cuidados (Armstrong, 2004).

Esta incapacidade em adaptar-se às características de Vincent mantém-se durante toda a sua vida. De facto, os seus biógrafos são consistentes em afirmar que a mãe sempre desprezou e criticou o seu trabalho, mesmo após a sua morte. Por diversas vezes, o pintor manifesta sentir-se rejeitado e incompreendido por seus pais, tal como expressa no seguinte excerto de uma carta enviada ao irmão: “since last summer it’s become very clear to me that the disharmony between Pa and Ma and me has become a chronic condition, because for far too long there was estrangement and a great deal of misunderstanding between us. So that now it’s come to the point where we must suffer for it on both sides. I mean, Pa and Ma could have done more for me, I could have done more for Pa and Ma, if we’d tried much earlier on both sides to live with one another and to share the good and the bad, always remembering that parents and children must remain united. Well, neither Pa and Ma nor I made those mistakes intentionally, and they can be attributed in very large measure to the force majeure of difficult circumstances and a hectic life. As it is now, I’m half a stranger and half a tiresome person and precious little else to Pa and Ma, and for my part I have an empty, lonely feeling at home” (Naifeh, 2012).

Em crianças com vinculação insegura, observou-se também que, a partir dos 6 anos, podem assumir uma postura controladora relativamente às figuras de vinculação, que poderá tomar a forma de comportamentos de cuidado, em que a criança parece guiar e dirigir o adulto (Guedeney, 2004). Ao longo da sua vida, Van Gogh assumiu esse papel de figura cuidadora/protetora várias vezes. Por exemplo, na forma como se dedicou aos pobres num período da vida em que, aos 26 anos, viveu na Bélgica como missionário. Quando a própria mãe adoece, o pintor dedica-se totalmente aos seus cuidados, dando-lhe a atenção de que ela o privou ao longo dos anos. Esse mesmo padrão encontra-se também nos relacionamentos amorosos. Por exemplo, com Kee, uma viúva que deseja salvar casando-se com ela e que o rejeita e ainda com Sien, uma prostituta que engravida e é abandonada e desprezada por todos (Naifeh, 2012). Encontra, assim, uma forma de encarnar a mãe que gostaria de ter tido, ajudando aqueles que representam a imagem da criança carente, privada de afeto, dentro de si.

Medo do abandono

Ao longo dos anos, nas relações de Van Gogh com a família e amigos, denota-se um padrão de grande instabilidade relacional, com conflitos interpessoais frequentes que despoletam, grande medo do abandono e da solidão. Um exemplo representativo disso poderá apurar-se na relação que estabelece com o irmão, que, apesar de próxima, não deixa de ser conturbada, marcada por sucessivos conflitos e grande inconstância (Naifeh, 2012). Se, em criança, era Vincent que procurava orientar o irmão mais novo, ao longo do tempo, esta dinâmica altera-se. Em adulto, Théo é a principal figura de suporte do pintor, tendo sido aquele que o pintor procurava em momentos de maior instabilidade, representando, deste modo, uma figura de vinculação, a quem recorria inclusivamente em vários momentos de grande instabilidade económica. Acaba assim por desenvolver uma grande dependência do irmão, idealizando uma imagem de união fraterna infalível, pelo que, quando alguém se aproxima de Théo, o pintor reage com grande angústia, descrevendo sentir grande medo de ficar sozinho. Dois exemplos disso estão patentes na sua reação ao casamento de Théo e nascimento do seu primeiro filho, eventos vividos como uma perda da exclusividade da relação com o irmão. Quando é convidado para ser padrinho daquela criança, sentimentos contraditórios surgem nele: por um lado, fica feliz com esse anúncio, por sentir-se valorizado pelo convite, contudo, essa criança constitui também um novo rival que vem ocupar seu lugar no afeto de Théo, o que faz ressurgir o medo do abandono.

Os últimos anos

Nos últimos anos de vida de Van Gogh, são frequentes as descrições de descompensações psicopatológicas caracterizadas por desorganização do pensamento, alterações do comportamento, comportamentos autolesivos graves e descrição de sinais compatíveis com patologia psicótica, a motivar internamentos psiquiátricos frequentes. Estas suas descompensações, nos últimos três anos de vida, parecem suceder dois eventos importantes vivenciados

como ameaçadores: o casamento de Theo e nascimento de seu filho e também conflitos com Gauguin, com quem vivia, e que ameaça deixá-lo. Aos 43 anos, Vincent van Gogh acaba por falecer, em consequência de um tiro auto-inflingido no tórax (Naifeh, 2012).

Conclusão

Em suma, ao refletirmos sobre a vida de Van Gogh, é evidente que se trata um indivíduo com baixa autoestima, que vivencia como ameaça eventos aparentemente inofensivos, incorrendo em grande instabilidade emocional e relacional. Este padrão parece poder inscrever-se em falhas precoces na relação com os seus cuidadores principais. Não esquecendo fatores como a suscetibilidade biológica para a doença mental, tendo ainda em conta a história familiar e o papel de fatores genéticos na patogênese da doença mental, parece que, no caso de Van Gogh, o meio em que se inseriu e o contexto relacional precoce parecem ter tido um contributo importante para o sofrimento que bem expressa nos seus registos.

Bibliografia

- Armstrong, D. (2004). Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 339-345.
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade* (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. New York: Basic Books (edição revista, 1982).
- Brazelton, T. B., Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: TerramarCondon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183.
- Cramer, B. (1993). *Profissão bebé* (1ª ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Figueiredo, B. (2013). *Mães e pais: envolvimento emocional com o bebé* (1ª ed). Braga: Psiquilibrios edições.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações* (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, H., & Chagas, E. (2022). Vincent Van Gogh, attachment theory, and borderline personality disorder. *Avanços em Medicina*, 2 (2), 46-49.
- Mazet, Ph., & Stoleru, S. (1990) – *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Naifeh, S., & Smith, G. W. (2012). *Van Gogh: a vida* (1ª ed). São Paulo: Companhia das letras.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento* (2ª ed). Braga: Psiquilibrios edições.
- Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 449-451.

O artista torturado

Salomé Mouta, Isabel Fonseca Vaz, Ana Pires

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

E-mail: salomemouta@gmail.com; isasoares20@hotmail.com; anacspires95@hotmail.com

Resumo

Vincent van Gogh, uma das figuras mais influentes da história da arte ocidental, criou mais de 2.000 obras ao longo de pouco mais de uma década. Contudo, a história do pintor pós-impressionista é trágica, marcada pela falta de sucesso, fama ou fortuna, tendo vendido apenas uma pintura em vida. Na realidade, todos conhecemos a infame história do pintor que cortou a própria orelha, mas poucos sabem que van Gogh apresentava uma personalidade excêntrica, humores instáveis e que sofreu episódios psicóticos recorrentes. Atormentado por uma doença psiquiátrica ainda hoje alvo de especulação por vários especialistas, o artista cometeu suicídio aos 37 anos. Deste modo, dada a controvérsia em torno do seu diagnóstico e as diversas hipóteses colocadas mais de um século após a sua morte, é objeto do presente trabalho a discussão do mistério da saúde mental de van Gogh e das evidências que sugerem que sofreria de Perturbação Afetiva Bipolar.

Palavras-chave: Vincent van Gogh, saúde mental, perturbação afetiva bipolar

Abstract

Vincent van Gogh, one of the most influential figures in Western art history, created over 2,000 works over the course of just over a decade. However, the story of the post-impressionist painter is tragic, marked by a lack of success, fame or fortune, having sold only one painting in his lifetime. In reality, we all know the infamous story of the painter who cut off his own ear, but few know that van Gogh had an eccentric personality, unstable moods and that he suffered recurrent psychotic episodes. Tormented by a psychiatric illness that is still the subject of speculation by several specialists, the artist committed suicide at the age of 37. Thus, given the controversy surrounding his diagnosis and the various hypotheses raised more than a century after his death, the object of the present work is to discuss the mystery of van Gogh's mental health and the evidence that suggests that he would suffer from Bipolar Affective Disorder.

Keywords: Vincent van Gogh, mental health, bipolar affective disorder

Introdução

Apesar da brevidade da sua carreira e da falta de reconhecimento durante a sua vida, o impacto de Vincent van Gogh no mundo da arte foi imensurável. As suas pinturas são agora consideradas algumas das mais valiosas e influentes da história da arte, com “A Noite Estrelada” como um emblema do seu vasto legado. Atualmente, é do conhecimento geral a história do brilhante artista que cortou a própria orelha, mas poucos sabem que o pintor provavelmente sofreria de Perturbação Afetiva Bipolar e, através da sua arte, procurava uma maneira de confrontar os seus demónios interiores e expressar a beleza e o caos da própria vida.

Breve Biografia

Vincent Willem van Gogh foi um artista pós-impressionista holandês que deixou uma marca única e insubstituível no mundo da arte, apesar da sua vida trágica e tumultuosa. Nascido a 30 de março de 1853 em Groot-Zundert (um pequeno vilarejo na Holanda), Vincent era o filho mais velho de Theodorus van Gogh, um ministro, e Anna Cornelia Carbentus. Tinha quatro irmãos e três irmãs, sendo que o seu irmão mais novo, Theo, se terá tornado um grande confidente e fonte de apoio ao longo da sua vida.

O início da vida de van Gogh foi marcado pelo fascínio pela arte, mas a sua jornada como artista só começou mais tarde. Terá trabalhado como negociante de arte, professor e pregador antes de se dedicar à arte a tempo integral, aos 20 anos. As suas primeiras obras foram fortemente influenciadas pelas tradições realista e romântica.

Em 1880, van Gogh mudou-se para Bruxelas para estudar arte, frequentando a Royal Academy of Fine Arts. Aqui, terá aprofundado as técnicas do desenho e da pintura, lançando as bases para o seu futuro estilo artístico.

As obras de arte de Vincent van Gogh durante este período, geralmente retratavam cenas da vida camponesa e paisagens rurais, caracterizadas por tons escuros e sombrios.

Em 1886, o pintor mudou-se para Paris, onde teve a oportunidade de conhecer artistas influentes como Paul Gauguin, Camille Pissarro e Henri de Toulouse-Lautrec – interações e relacionamentos esses que permitiram ampliar os seus horizontes artísticos, levando-o a experimentar cores mais vivas e um estilo mais expressivo.

Contudo, as lutas de saúde mental do artista começaram a manifestar-se nesta época e viriam a influenciar significativamente a sua vida e arte. Van Gogh experienciou extremas mudanças de humor, ansiedade e crises depressivas, o que afetou tanto os seus relacionamentos como a sua produção artística.

Em 1888, em busca de consolo e inspiração, Vincent van Gogh mudou-se para Arles, no sul de França, onde pintou algumas das suas obras mais célebres, incluindo “Os Girassóis” e “O Quarto”. No entanto, o seu estado mental continuou a flutuar e, ao sofrer uma recaída em termos sintomatológicos, foi levado a cortar parte da sua orelha durante uma discussão acalorada com Gauguin.

Em maio de 1889, após outro episódio de instabilidade emocional e comportamental, o artista internou-se voluntariamente no asilo Saint-Paul-de-Mausole em Saint-Rémy-de-Provence. Apesar de se debater com a doença mental, o espírito criativo de van Gogh permaneceu destemido e, durante o seu tempo no asilo, produziu surpreendentes 150 pinturas, incluindo a icónica “A Noite Estrelada”.

A saúde mental de Vincent van Gogh continuou a deteriorar-se e, tragicamente, a 27 de julho de 1890, aos 37 anos, o pintor viria a falecer na sequência de um ferimento de bala autoinfligido. A sua morte marcou o fim de uma vida marcada por intensa criatividade e turbulência emocional.

Arte e Saúde Mental

Vincent Willem van Gogh, um artista pós-impressionista holandês, é conhecido pelas suas contribuições artísticas inovadoras e obras-primas carregadas de emoção. No entanto, por trás das pinceladas e cores vibrantes, existia um mundo interior alvoraçado, atormentado por lutas de saúde mental. A complexa relação entre a arte de Vincent van Gogh e o seu estado mental tem intrigado estudiosos, entusiastas da arte e profissionais médicos por décadas. Embora um diagnóstico definitivo seja desafiador devido às limitações de informações históricas, as evidências sugerem fortemente que van Gogh, provavelmente, sofreria de Perturbação Afetiva Bipolar – uma patologia caracterizada por mudanças extremas de humor, com “baixos” depressivos e “altos” maníacos.

Infância e aspirações artísticas

Van Gogh cresceu num lar culto e religioso onde, desde cedo, demonstrou afinidade para com o desenho e o esboço – talento que marcaria o seu percurso de vida. Contudo, as ambições artísticas do artista foram inicialmente recebidas com certa resistência por parte da sua família, que via a arte como uma escolha de carreira desvirtuosa e impraticável.

Apesar da desaprovação familiar, van Goghperseguiu a sua paixão pela arte, dando início a uma jornada que o levaria a tornar-se um dos artistas mais celebrados da história. Tal como mencionado anteriormente, os seus primeiros esforços artísticos foram marcados por obras sombrias de inspiração realista que retratavam paisagens e cenas da vida rural. Desde cedo que a arte de Vincent refletia a sensibilidade e a profundidade da emoção que mais tarde se tornariam marcas registadas de seu estilo.

Turbulência emocional e lutas sociais

À medida que Vincent van Gogh amadurecia, as suas lutas emocionais eram cada vez mais pronunciadas. Tratava-se de um indivíduo altamente sensível que se sentia profundamente conectado ao mundo em seu redor. Ao longo da sua vida, van Gogh debateu-se com sentimentos de solidão e isolamento, que tornaram difícil para si o estabelecimento de relacionamentos robustos e duradouros. Estes desafios sociais eram um tema recorrente na sua vida, já que muitas vezes se via e sentia alienado dos seus colegas e sem capacidade para estabelecer conexões fortes.

As lutas sociais e a sensibilidade do pintor eram evidentes nos seus primeiros trabalhos artísticos, que muitas vezes transmitiam uma sensação de melancolia e introspeção. A sua profundidade emocional e o desejo de conexão humana autêntica são refletidos nas suas pinturas como, por exemplo, “Os Comedores de Batata” (1885) – um retrato de camponeses empobrecidos reunidos em torno de uma mesa mal iluminada.

A arte como meio de expressão e catarse

À medida que a saúde mental de Vincent van Gogh piorava, a sua paixão pela arte parecia intensificar-se. A pintura tornou-se, então, mais do que uma busca pela estética e evoluiu para uma saída terapêutica para sua inquietação interior. O pintor via a arte como um meio de expressar as suas emoções e comunicar os seus pensamentos ao mundo – tarefas que não se sentia capaz de realizar doutro modo.

Em 1886, ao mudar-se para Paris, van Gogh foi exposto a novas influências artísticas, incluindo as impressionistas e neo-impressionistas. A vibrante cena artística da capital francesa ampliou os seus horizontes artísticos e incentivou o artista a experimentar cores mais vivas e um estilo mais dinâmico. Durante este período, as suas pinturas começaram a refletir o seu estado emocional em evolução, com pinceladas vibrantes e expressivas, que se tornaram uma característica definidora do seu trabalho.

Mudanças de humor e Perturbação Afetiva Bipolar

A saúde mental de Vincent van Gogh exibiu sinais consistentes com Perturbação Afetiva Bipolar – uma doença psiquiátrica do humor, caracterizada por mudanças extremas nos níveis de humor, energia e atividade. Indivíduos com esta patologia experienciam episódios de depressão, durante os quais sentem uma tristeza avassaladora, perda de interesse em atividades e falta de energia. Esses episódios depressivos são seguidos por períodos de mania ou hipomania, caracterizados por humor elevado, aumento de energia e comportamento impulsivo.

A Perturbação Afetiva Bipolar pode afetar significativamente a vida, os relacionamentos e a capacidade de funcionamento de uma pessoa e, embora, a sua causa exata não seja totalmente compreendida, acredita-se que resulte de uma combinação de fatores genéticos, biológicos e ambientais. Tendo em conta o provável contributo genético para a etiologia desta doença, é interessante salientar que a história familiar de van Gogh inclui vários membros que sofreram de problemas de saúde mental, o que adiciona algum peso à possibilidade do diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar.

A vida do artista foi marcada por ciclos recorrentes de “altos e baixos” a nível emocional. Durante os episódios depressivos, van Gogh experimentava uma profunda tristeza, perda de interesse em atividades e dificuldades de concentração. Nestas fases, também se afastava das interações sociais, negligenciava a sua higiene pessoal e isolava-se dos outros. Estes períodos de escuridão são evidentes em obras como “A Noite Estrelada Sobre o Ródano” (1888), onde o céu noturno é pintado com um azul profundo e melancólico.

Por outro lado, as fases maníacas de van Gogh foram caracterizadas por energia elevada, entusiasmo e uma intensa explosão de produtividade criativa. Durante estes períodos, pintava furiosa e compulsivamente, muitas vezes completando várias obras de arte num curto espaço de tempo. Esta energia maníaca pode ser vista em pinturas como “Íris” (1889), onde as cores ousadas e vibrantes e as pinceladas frenéticas refletem a intensidade do seu estado emocional.

O infame incidente da orelha e instabilidade emocional

Um dos episódios mais conhecidos da vida de Vincent van Gogh é o infame incidente da orelha, ocorrido em dezembro de 1888. Durante uma intensa discussão com o colega artista Paul Gauguin, van Gogh cortou parte do lóbulo da sua própria orelha esquerda. As circunstâncias em torno deste ato de automutilação permanecem um tanto obscuras, mas acredita-se que tenha sido resultado da deterioração do seu estado mental.

O incidente da orelha é comumente associado a um período de instabilidade emocional e conflito interno. Alguns especialistas acreditam que a luta de Vincent para manter um relacionamento próximo com Gauguin, em conjunto com a sua própria inconstância emocional, desencadeou o tão conhecido ato de automutilação.

“A Noite Estrelada” e as profundezas da emoção

Entre as obras mais famosas de Vincent van Gogh podemos encontrar “A Noite Estrelada” – uma obra-prima concluída em junho de 1889 durante a estadia do pintor no asilo Saint-Paul-de-Mausole em Saint-Rémy-de-Provence. Esta pintura icónica retrata um céu noturno cheio de estrelas rodopiantes, uma lua crescente brilhante e uma tranquila vila francesa com uma torre de igreja em primeiro plano.

“The Starry Night” é um reflexo comovente do estado emocional e do brilho artístico de van Gogh. Acredita-se que os padrões expressivos e rodopiantes no céu e as cores vivas representem a turbulência da sua mente durante os

episódios maníacos, e que a intensidade das estrelas e a qualidade etérea da composição são pensadas para espelhar a profunda conexão que o artista sentia com o cosmos.

A vila tranquila da pintura contrasta com o céu dinâmico, possivelmente representando uma sensação de serenidade no meio do caos das suas lutas emocionais. “The Starry Night” é uma personificação do poder de cura da arte e serve como um testemunho da profunda conexão entre o mundo interior de van Gogh e a sua expressão criativa.

Curiosamente, o absinto ganhou popularidade durante a criação desta pintura, e o já documentado abuso de álcool pelo pintor levanta a possibilidade de consumo de absinto. Alguns investigadores sugeriram que os padrões rodopiantes e as cores intensas no céu de “A Noite Estrelada” poderiam refletir distúrbios visuais associados aos efeitos alucinatórios do absinto. No entanto, não existem evidências diretas que associem a pintura ao consumo de absinto.

Por outro lado, a vida de Van Gogh foi marcada pela epilepsia, e as suas cartas faziam referência a períodos de desorientação e fadiga consistentes com estados pós-ictais. Alguns pesquisadores propõem que características das suas pinturas, como padrões de redemoinhos, podem representar as auras visuais experimentadas antes ou depois das convulsões. Da mesma forma, as conexões entre “A Noite Estrelada” e a epilepsia de van Gogh foram exploradas, mas essas interpretações permanecem especulativas.

O papel de Theo van Gogh: um irmão solidário

Ao longo da sua vida, o irmão mais novo de Vincent van Gogh, Theo van Gogh, desempenhou um papel essencial como confidente e provedor financeiro. Theo foi uma presença constante na vida do artista, oferecendo não só encorajamento emocional como assistência financeira para sustentar as suas atividades artísticas.

As cartas trocadas entre os irmãos fornecem informações valiosas sobre o estado mental e as motivações artísticas do pintor. Na sua correspondência, Vincent van Gogh frequentemente desabafava com o irmão acerca do seu estado de humor, revelando os altos e baixos da sua montanha-russa emocional. O apoio e a compreensão inabaláveis de Theo serviram como tábua de salvação para van Gogh durante os seus momentos mais sombrios.

Últimos anos e fim trágico

Em maio de 1890, após outro período de instabilidade emocional, Vincent van Gogh internou-se no asilo Auvers-sur-Oise, em França. Apesar do internamento, van Gogh continuou a produzir um volume notável de obras de arte, com pinturas como “Wheatfield with Crows” (1890), refletindo a instabilidade, alvoroço e tormento do seu mundo interior.

Tragicamente, em 27 de julho de 1890, aos 37 anos, Vincent van Gogh morreu na sequência de um ferimento de bala autoinfligido.

Legado e impacto

A vida e a arte de Vincent van Gogh deixaram um impacto duradouro no mundo da arte e continuam a inspirar gerações de artistas e entusiastas da arte. O seu uso inovador de cores, pinceladas expressivas e temas carregados de emoção, valeram-lhe um lugar como pioneiro da arte moderna.

As lutas de van Gogh com a saúde mental, provavelmente caracterizada por Perturbação Afetiva Bipolar, fizeram dele a figura emblemática do “artista torturado”. A sua capacidade de canalizar as emoções para as suas obras de arte e encontrar consolo na criatividade serve como um lembrete do poder de cura da expressão artística.

Conclusão

Os desafios de saúde mental enfrentados por Vincent van Gogh influenciaram profundamente a sua vida e produção artística. Embora não possamos diagnosticar definitivamente figuras históricas, as evidências sugerem fortemente que o artista provavelmente sofreria de Perturbação Afetiva Bipolar. Apesar de se debater arduamente com a doença mental, o legado de van Gogh perdura como um testemunho da profunda conexão entre criatividade, emoção e experiência humana. A sua arte continua a tocar corações e mentes em todo o mundo, lembrando-nos da complexidade da psique humana e do poder transformador da arte diante da adversidade. Atualmente, Vincent van Gogh mantém-se um símbolo duradouro do génio atormentado e da força redentora da expressão artística, lembrando-nos que mesmo nos momentos mais sombrios, pode haver um vislumbre de esperança e beleza no céu noturno.

Bibliografia

- Blumer, D. (2002). The illness of Vincent Van Gogh. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 519-526. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.4.519>
- Five world-famous artists you may not know were disabled. (2020). Unlimited. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://weareunlimited.org.uk/blog/5-world-famous-artists-you-may-not-know-were-disabled/>
- Frazão, D. (2022). *Vincent van Gogh*. eBiografia. Acedido a 7 de maio de 2023, em https://www.ebiografia.com/van_gogh/
- Freitas, B. (2020). “Starry night” and bipolar disorder. *Medium*. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://biafreitas.medium.com/starry-night-and-bipolar-disorder-49b50b721b90>
- Grohol, J. M., Dibdin, E., & Lener, M. S. (2022). Van Gogh’s mental health: Bipolar, schizophrenia, or something else? *Psych Central*. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://psychcentral.com/adhd/did-vincent-van-gogh-have-bipolar-disorder-or-schizophrenia>
- Kostamo, M. (2021). The Starry Night – A Bipolar Journey into recovery. *Sanctuary Mental Health Ministries*. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://sanctuarymentalhealth.org/2021/03/04/the-starry-night/>
- Murrell, D. (2022). Starry Night by Vincent Van Gogh – Description and Analysis. *Study.com*. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://study.com/academy/lesson/van-goghs-starry-night-description-analysis-facts.html>
- Nolen, W. A., van Meekeren, E., Voskuil, P., & van Tilburg, W. (2020). New vision on the mental problems of Vincent van Gogh; results from a bottom-up approach using (semi-)structured diagnostic interviews. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00196-z>
- Oleques, L. C. (n.d.). *Van Gogh*. InfoEscola. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://www.infoescola.com/biografias/van-gogh/>
- Vincent’s illness and the healing power of art*. (n.d.). Van Gogh Museum. Acedido a 7 de maio de 2023, em <https://www.vangoghmuseum.nl/en/art-and-stories/stories/vincents-illness-and-the-healing-power-of-art>
- Wikimedia Foundation. (2023). Health of Vincent Van Gogh. *Wikipedia*. Acedido a 7 de maio de 2023, em https://en.wikipedia.org/wiki/Health_of_Vincent_van_Gogh
- Wikimedia Foundation. (2023). Vincent Van Gogh. *Wikipedia*. Acedido a 7 de maio de 2023, em https://pt.wikipedia.org/wiki/Vincent_van_Gogh
- Wolf, P. (2001). Creativity and chronic disease Vincent van Gogh (1853-1890). *Western Journal of Medicine*, 175(5), 348-348. <https://doi.org/10.1136/ewjm.175.5.348>

O ponto final trágico da narrativa de Ernest Hemingway

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

¹ Centro de Responsabilidade Integrada de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

³ Coimbra Institute for Biomedical Imaging and Translational Research

Resumo

Ernest Miller Hemingway nasceu a 21 de julho de 1899, em Illinois, nos Estados Unidos da América. Apesar de ser um dos escritores mais aclamados do século XX, com uma obra literária extensamente reconhecida, experienciou uma vida tumultuosa e perturbada. Não obstante dos múltiplos tratamentos que recebeu, o autor morreu prematuramente, na sequência de suicídio, a 2 de julho de 1961, com 61 anos. Numa análise retrospectiva, foram apontados vários fatores suspeitos e sinérgicos para o final trágico da sua narrativa, nomeadamente perturbação afetiva bipolar, perturbação por uso de álcool, traumatismo crânio-encefálico, traços de personalidade maladaptativos, trauma infantil, comportamento sexual de risco e deterioração cognitiva. Este trabalho propõe-se a analisar registos da vida de Hemingway, à luz da sua obra literária. Como o próprio afirmou, as suas histórias poderiam ser denominadas de romances biográficos, ao invés de romances de pura ficção, por terem emergido da sua própria experiência de vida.

Palavras-chave: Ernest Hemingway, literatura, suicídio, saúde mental

Abstract

Ernest Miller Hemingway was born on July 21st, 1899, in Illinois, United States of America. Despite being one of the most acclaimed writers of the 20th century, with a widely recognized literary work, he experienced an agitated and distressed life. Despite the multiple treatments he received, the author died prematurely, following suicide, on July 2nd, 1961, at the age of 61 years old. In a retrospective analysis, several suspicious and synergistic factors were recognized for the tragic ending of his narrative, namely bipolar affective disorder, alcohol use disorder, traumatic brain injury, maladaptive personality traits, childhood trauma, risky sexual behavior as well as cognitive deterioration. This work aims to analyze records of Hemingway's life, in the light of his literary work. As he stated, his stories could be compared to biographical novels, rather than pure fiction novels, as they emerged from his own life experience.

Keywords: Ernest Hemingway, literature, suicide, mental health

Introdução

Ernest Hemingway teve uma vida repleta de aventuras, tanto dolorosas como prazerosas, reflexo da sua busca incessante por novidade e por experiências emocionalmente ricas. Conseguiu inspirar-se nas suas vivências e teve a capacidade exímia de produzir obras mundialmente reconhecidas. Nas suas palavras de escritor premiado e amplamente reconhecido, “Para escrever sobre a vida primeiro é preciso vivê-la.”. Apesar de todas estas vivências o terem ajudado a tornar-se um dos escritores do século XX de maior renome, culminaram num final trágico e prematuro, tendo falecido na sequência de suicídio, com apenas 61 anos.

A vida de Ernest Hemingway

Nas palavras de Jorge de Sena¹, em 1956, no prefácio de *O velho e o Mar*, “Muito se tem escrito – e é fácil – sobre o pessimismo de Hemingway. O que sobre o pessimismo de uma tão perfeita narrativa exemplar de que, como o velho pescador pensa, «um homem pode ser destruído, mas não derrotado», se tenha escrito efetivamente, faz-me lembrar o que paralelamente é hábito escrever sobre o ceticismo. (...) Esse pessimismo reflete apenas uma ciência muito certa dos limites humanos, colhida na experiência e na aventura por um homem nado e criado para tal. É típica de Hemingway a sua confiança no conhecimento que vitalmente se adquire, aliada a uma desconfiança daquele que uma exterior educação possa dar.”.

¹ Jorge Cândido de Sena, nascido a 2 de novembro de 1919, em Portugal, e falecido a 4 de junho de 1978 (58 anos), nos Estados Unidos da América, foi um reconhecido poeta, crítico, ensaísta, dramaturgo, tradutor e professor universitário português.

Ernest Miller Hemingway nasceu no dia 21 de julho de 1899, em Oak Park, Illinois², nos Estados Unidos da América, uma cidade adjacente a Chicago. O autor foi o segundo de uma fratria de 6 irmãos, tendo apenas um irmão e quatro irmãs. O seu pai era médico e a sua mãe era uma artista, tendo enveredado uma carreira na área da música. Cresceu no seio de uma comunidade conservadora, com uma alegada dinâmica disfuncional com os seus pais.

Hemingway cumpriu a escolaridade na sua cidade natal, Oak Park, e trabalhou como jornalista no jornal *The Kansas City Star*. O *The Kansas City Star* é um jornal com sede em Kansas City, no estado de Missouri, e foi criado em 1880. Ernest Hemingway foi repórter deste jornal no período compreendido entre outubro de 1917 e abril de 1918.

A Primeira Guerra Mundial³ tinha eclodido e, nesse seguimento, Hemingway tentou alistar-se no exército, tendo sido recusado. Apesar de não ter conseguido o seu objetivo inicial, conseguiu uma vaga como motorista de ambulâncias na Cruz Vermelha, em Itália, para onde se mudou em maio de 1918.

Sofreu um ferimento em julho desse mesmo ano, tendo passado cerca de meio ano internado, com necessidade de cuidados hospitalares, em Milão. Conheceu uma enfermeira, de nome Agnes von Kurowsky, por quem se enamorou.

Após melhoria do seu quadro clínico, regressou em janeiro de 1919 ao seu país natal, Estados Unidos da América, e em março descobriu que Agnes von Kurowsky se encontrava noiva de outro homem, o que o deixou desgostoso.

Conheceu em Chicago a sua primeira esposa, Hadley Richardson, com quem se casou em setembro de 1921. Cerca de dois meses depois, em novembro, foi contratado como correspondente estrangeiro do *Toronto Star*, e o casal mudou-se para Paris, França. O *Toronto Star* é um jornal canadiano, criado em 1892, com o qual trabalhou até 1924. Em setembro de 1923, Ernest e a sua esposa regressaram a Toronto, e no mês seguinte nasceu o seu primeiro filho, John Hadley Nicanor. Regressaram a Paris em janeiro de 1924 e viajaram bastante pela Europa, visitando países como Áustria, Espanha e França.

A sua estadia em Espanha inspirou a escrita de *The Sun Also Rises/O Sol Nasce Sempre (Fiesta)*, que foi publicado em outubro de 1926. As personagens desta obra, baseada nas próprias vivências de Hemingway, são expatriadas dos Estados Unidos da América e do Reino Unido, no período após a Primeira Guerra Mundial, e decorre em Paris, França e em Pamplona, Espanha.

Nesse mesmo ano, durante a escrita do manuscrito, iniciou um caso com Pauline Pfeiffer. Em janeiro de 1927 divorciou-se da sua primeira esposa e, em maio, casou com Pauline. Em março do ano seguinte, o novo casal mudou-se de Paris para os EUA, e o seu filho Patrick nasceu em junho.

O seu pai faleceu por suicídio, em dezembro desse mesmo ano, por disparo com arma de fogo, no seguimento de problemáticas de índole financeira e de saúde.

No ano seguinte, em setembro de 1929, a sua obra *A Farewell to Arms/O Adeus às Armas* foi publicada. Este livro retrata um condutor de ambulâncias americano em Itália, abordando a sua paixão por uma enfermeira inglesa. É de notar um grande semelhança entre as experiências vividas por Ernest Hemingway durante a Primeira Guerra Mundial e a narrativa deste livro, tendo Agnes von Kurowsky sido a inspiração para a enfermeira retratada.

A sua terceira filha, Gloria Hemingway, nasceu em novembro de 1931, em Kansas City, Missouri. A família mudou-se posteriormente para Key West, Flórida. Em 1934, comprou um barco, que nomeou de Pilar, e viajou até Bimini, Bahamas, em 1935, onde permaneceu.

Em 1937 e 1938, passou o seu tempo entre Key West e Espanha, para escrever sobre a Guerra Civil Espanhola⁴ para a *North American Newspaper Alliance*⁵. Em 1939, mudou-se para Cuba e em 1940 divorciou-se da sua esposa. No final desse ano, casou-se com Martha Gellhorn, que tinha conhecido em 1936 e com quem esteve em Espanha em 1937.

Em 1940 foi publicada a obra *For Whom the Bell Tolls/Por Quem os Sinos Dobram*, que foi nomeada para um *Pulitzer Prize*. O livro decorre durante a Guerra Civil Espanhola e expõe a história de um jovem norte-americano

² Illinois é um dos 50 estados dos Estados Unidos da América, encontrando-se na região centro-oeste do país. É o sexto estado mais habitado do país, com a maioria da população do estado a residir na área metropolitana de Chicago. A capital do estado é Springfield.

³ A Primeira Guerra Mundial decorreu de 28 de julho de 1914 a 11 de novembro de 1918.

⁴ A Guerra Civil Espanhola decorreu de 17 de julho de 1936 a 1 de abril de 1939.

⁵ A *North American Newspaper Alliance* foi fundada em 1922 por um grupo de grandes jornais dos Estados Unidos e Canadá, liderados por Harry Chandler do *Los Angeles Times* e Loring Pickering do *San Francisco Chronicle*. Operou até 1980.

que recebe a missão de explodir uma ponte. Tal como a sua restante produção narrativa, este livro representa um produto literário das vivências do autor.

Em 1944 e 1945, Hemingway viajou pela Europa, onde conheceu Mary Welsh. Em 1945, sofreu um acidente de carro, tendo sofrido um traumatismo crânio-encefálico. Durante esse período, a sua saúde deteriorou-se e padeceu de fortes cefaleias, descontrolo dos valores da sua tensão arterial, aumento de peso e foi diagnosticado com Diabetes *Mellitus* tipo 2, resultado cumulativo de acidentes prévios e de muitos anos de consumo abusivo de álcool.

Em 1945 divorciou-se de Martha e iniciou oficialmente uma relação com Mary Welsh, com quem casou em 1946. Nesse mesmo ano, a sua esposa abortou, consequência de uma gravidez ectópica. Em 1947, Hemingway recebeu uma Estrela de Bronze, no seguimento dos seus contributos durante a Segunda Guerra Mundial.

Em 1952, foi publicado *The Old Man and the Sea*/O Velho e o Mar. Este livro retrata um velho pescador cubano, que se encontra há vários meses sem conseguir ser bem-sucedido na sua atividade piscatória, quando finalmente consegue apanhar um peixe imponente, que tenta derrotar em alto-mar. No ano seguinte, ganhou o *Pulitzer Prize*. Em 1954, ganhou o conceituado Prémio Nobel da Literatura.

Em 1954, sofreu dois novos traumatismos crânio-encefálicos, durante uma viagem a África, em dois inopinados acidentes de avião sucessivos. Nesse mesmo ano, num incêndio florestal, ficou novamente ferido, com queimaduras de segundo grau. Consequentemente, e numa tentativa de alívio das queixas algícas incontroláveis, o consumo de álcool intensificou-se ainda mais.

Em 1955 e 1956, os seus múltiplos problemas de saúde, tanto de um ponto de vista psiquiátrico como de sequelas dos acidentes sofridos, agravaram-se, tornando cada vez mais difícil a sua gestão. Em 1959, decidiu sair de Cuba e regressou ao seu país natal, Estados Unidos da América.

Em novembro de 1960, acabou por ser internado, com necessidade de toma de medicação psiquiátrica e de recorrer a eletroconvulsivoterapia, uma terapia de neuromodelação indicada em várias perturbações psiquiátricas e com evidência científica a suportar o seu uso. Teve alta em janeiro de 1961.

Apesar das várias terapias instituídas, em abril do mesmo ano foi encontrado pela esposa com uma arma, havendo a necessidade de novo internamento. Teve alta em junho de 1961. Infelizmente, ao fim de vários meses a lutar contra o seu sofrimento, o dia 2 de julho de 1961 foi trágico, e Ernest Hemingway faleceu por suicídio, na sequência de tiro com arma de fogo.

Uma visão sobre o suicídio

O relatório da Organização Mundial de Saúde intitulado “*Preventing suicide: a global imperative*”, publicado em 2014, estima que mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio e mais de 20 milhões tentam o suicídio todos os anos. A taxa de mortes por suicídio aumenta com a idade e ocorre numa proporção de 3 homens para 1 mulher.

O suicídio é um fenómeno multifatorial e extremamente complexo, que depende de uma variedade de elementos, nomeadamente fatores de predisposição, protetores e precipitantes, sendo estes de natureza muito variável, nomeadamente social, biológica, entre outras.

Os comportamentos suicidários são altamente individuais, dinâmicos (ou seja, mutáveis ao longo do tempo, podendo o risco ser baixo num determinado momento, mas subir posteriormente) e contextuais.

Há imensos modelos propostos no que toca a conceptualização teórica do suicídio. O modelo de stress-diátese é um desses modelos. O termo diátese, inicialmente centrado em questões meramente biológicas, tem sido amplificado de forma a abarcar outro tipo de fatores de predisposição, tanto a nível cognitivo, como social ou contextual, que podem tornar uma pessoa mais vulnerável a ter comportamentos suicidários.

A maioria (cerca de 90%) dos indivíduos que morreram por suicídio em países desenvolvidos apresentava pelo menos uma perturbação psiquiátrica na altura em que faleceram. Uma grande proporção destes não se encontrava a receber qualquer tipo de tratamento.

Apesar disto, não se verifica que a maior parte dos doentes com perturbações psiquiátricas morra por suicídio. Por isso mesmo, os múltiplos fatores de predisposição e precipitantes para comportamentos suicidários são muito importantes para que este tipo de morte ocorra.

Os estudos familiares mostram que comportamentos suicidários são mais frequentes dentro de famílias, tanto por componente hereditária como contextual.

As principais perturbações com risco elevado de morte por suicídio incluem as perturbações do humor, nomeadamente a perturbação depressiva recorrente e a perturbação afetiva bipolar, principalmente em fase de descompensação; perturbações de personalidade; perturbações por uso de substâncias; perturbações psicóticas, especialmente com

vários anos de doença e com dificuldades na reabilitação; doentes com perturbações somáticas e um componente depressivo não detetado; perturbações do sono; e perturbações neurocognitivas, que acarretam muitas vezes alterações de personalidade. Virtualmente todos os doentes com perturbação psiquiátrica (excetuando os doentes com perturbações do desenvolvimento intelectual), estão em risco de morte por suicídio. Doenças não psiquiátricas, com forte componente álgico, com mau prognóstico e/ou com grande impacto na autonomia também têm sido implicadas.

O tratamento de eventuais perturbações psiquiátricas existentes é central na prevenção do suicídio, bem como a prevenção de novos episódios de doença. A cada episódio depressivo há um aumento do risco de suicídio de forma aditiva. A severidade, a complexidade e a comorbilidade com outras condições clínicas agrava o risco, sendo por isso extremamente relevante ajudar os doentes a abordar outros fatores de riscos passíveis de controlar.

A proporção de tentativas de suicídio versus suicídio em idades mais avançadas é de 4 para 1 (enquanto em populações mais jovens a mesma proporção é de 200 para 1). Em populações idosas, os métodos violentos são predominantes (enforcamento, defenestração, armas de fogo, afogamento) e tem sido descrita uma maior determinação e planeamento, com menor probabilidade de se ser salvo.

Há também alterações cognitivas que têm vindo a ser associadas à morte associada ao suicídio, nomeadamente maior impulsividade e agressividade; menor capacidade de julgamento e de tomada de decisões, alterações no processamento de informação e na inibição cognitiva, assim como tendência a afetividade negativa.

O estado civil (solteiro, divorciado ou viúvo), a faixa etária (idoso), atividade profissional (desempregado, imigrante), o consumo de substâncias psicoativas e a integração em alguns grupos particulares, como as minorias sexuais, são fatores de risco para a morte por suicídio. Por outro lado, a religião, o casamento e as responsabilidades parentais têm sido apontados como fatores protetores importantes.

Os fatores sociais adquirem um papel muito importante, sendo a disfunção social considerável no suicídio, podendo decorrer da disrupção de laços sociais, de isolamento e solidão, de distanciamento de figuras de referências, luto e viuvez e perda de identidade social. Fatores financeiros e económicos, como reformas mal planeadas, também se revestem de grande importância.

Traumas precoces ou tardios na vida, como adversidades na infância, abuso físico e/ou sexual, negligência parental e outras experiências de vida traumáticas, têm sido apontados como elementos importantes.

A ausência de alguns fatores protetores também constitui um fator de risco, nomeadamente a ausência de relações sociais estáveis, de atividades associativas e religiosas, de resiliência e de mecanismos de *coping* adaptativos.

A vulnerabilidade individual de Ernest Hemingway

Ernest Hemingway acumulou ao longo da sua vida múltiplos infortúnios e adversidades, que contribuíram certamente para a forma sofrida como a sua vida terminou.

Padecia de múltiplos problemas de saúde, nomeadamente cefaleias crónicas, problemas de visão, fatores de risco cardiovascular, como excesso de peso, diabetes e hipertensão de difícil controlo. Esta última careceu inclusivamente de tratamento com reserpina, um fármaco anti-hipertensor que em tempos foi muito associado ao desenvolvimento de episódios depressivos, apesar de, mais recentemente, os estudos apresentarem resultados pouco consistentes.

Para além disso, o conceituado escritor mantinha também um consumo etílico abusivo, tendo sido apontada a existência de uma perturbação por uso de álcool, particularmente intensificada em períodos de maiores queixas álgicas. Sofreu também de perturbação afetiva, tendo sido apontadas a perturbação depressiva recorrente ou a perturbação afetiva bipolar como diagnósticos possíveis, com os últimos episódios com componente psicótica descrita. Ao longo dos anos, e fruto dos consumos imoderados de álcool, de um estilo de vida pouco saudável e de traumatismos crânio-encefálicos de repetição, terá desenvolvido deterioração cognitiva.

Foram também sugeridas outras condições clínicas, nomeadamente: uma perturbação de personalidade comórbida, pautada por traços de maior instabilidade emocional e maior impulsividade, agressividade, narcisismo e afetividade negativa; bem como possibilidade de hemocromatose e doenças sexualmente transmissíveis, ambas com potencial impacto a nível físico, psicológico e cognitivo.

Os traumas físicos foram também uma presença assídua na sua vida, começando pelos ferimentos de guerra que sofreu na sequência de uma explosão em 1918, traumatismo crânio-encefálico após acidente no domicílio em 1928, fratura óssea no membro superior em 1930, com sequelas álgicas cronificadas; novo traumatismo crânio-encefálico, em 1945, após acidente de carro; dois novos traumatismos crânio-encefálicos durante uma viagem a África, em dois acidentes de avião sucessivos, em 1954; e ainda, nesse mesmo ano, num incêndio florestal, queimaduras de segundo grau.

Não menos importantes que os físicos, terá suportado também traumas psicológicos, com eventual abuso infantil, numa dinâmica familiar pouco saudável, para além de todas as experiências de guerra que vivenciou em primeira mão.

A carga genética será também importante no seu caso, com uma história familiar psiquiátrica relevante: o seu pai morreu por suicídio; o seu irmão Leicester e a sua irmã Ursula morreram também por suicídio; a sua filha Gloria foi diagnosticada com perturbação afetiva bipolar e perturbação por uso de substâncias; a sua neta foi diagnosticada com perturbação por uso de álcool e perturbação depressiva recorrente e morreu por suicídio; os seus tios paternos e maternos padeciam de perturbações da linha do humor.

Por fim, Ernest Hemingway tinha também acesso a meios letais, nomeadamente armas de fogo, que constitui também um fator de risco marcante para a morte por suicídio.

Assim, com um pano de fundo repleto de múltiplos fatores de vulnerabilidade individual, aliado aos episódios de descompensação psiquiátrica que motivaram múltiplos internamentos no fim da sua vida, a vida temerária deste autor acabou de forma trágica, marcada por falta de saúde e por sofrimento incomportável.

Poema “*The Age Demanded*”, por Ernest Hemingway

The age demanded that we sing
And cut away our tongue.

The age demanded that we flow
And hammered in the bung.

The age demanded that we dance
And jammed us into iron pants.

And in the end the age was handed
The sort of shit that it demanded.

Considerações finais

Hemingway foi um talentoso génio da literatura. Socorreu-se sempre de uma linguagem característica, pautada por simplicidade, pragmatismo, franqueza e clareza, esquivando-se de sintaxes demasiado intrincadas ou de substantivos abstratos. A Teoria do Icebergue, uma técnica narrativa concebida por Hemingway, traduz isso mesmo. Pelas suas raízes jornalísticas, em que se pretende uma descrição precisa de eventos, pouco aberta a interpretações, aplicou esse estilo minimalista nas suas produções, concentrando-se nos elementos literais, sem abordar camadas mais profundas. Acreditava que o significado mais intenso de uma história não deveria ser evidente na sua superfície, mas sim manifestar-se implicitamente. Como diria o próprio, “A dignidade do movimento de um icebergue prende-se com o facto de apenas um oitavo do mesmo estar acima da água.”. Apesar do seu fim trágico, a sua criação literária mantém-se imortalizada e globalmente reconhecida, deixando nela transparecer o paralelismo dos pesares e das provações experienciadas ao longo da sua vida.

Referências

1. Coutinho, L., & Teive, H. A. G. (2022). “But man is not made for defeat”: insights into Ernest Hemingway’s dementia. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 80(1), 97-100. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0299>
2. Craig, R. J. (1995). Contributions to psychohistory: XXIII. Hemingway “analyzed”. *Psychological reports*, 76(3 Pt 2), 1059-1079. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1059>
3. Dieguez, S. (2010). ‘A man can be destroyed but not defeated’: Ernest Hemingway’s near-death experience and declining health. *Frontiers of neurology and neuroscience*, 27, 174-206. <https://doi.org/10.1159/000311201>
4. Hemingway, E. (1922) *The Age Demanded*. The Poetry Foundation, United States of America. [Web Archive] Acedido a 24 de março de 2024, em <https://www.poetryfoundation.org/poems/47268/the-age-demanded>
5. Lee Larner, K. (2021). Hemingway: Burns and Novick documentary portrait of the artist and man. Harvard Blogs. [Web Archive] Acedido a 24 de março de 2024, em https://archive.blogs.harvard.edu/kleelerner/hemingway_burns_and_novick_documentary_portrait_of_the_artist_and_man/
6. Martin, C. D. (2006). Ernest Hemingway: a psychological autopsy of a suicide. *Psychiatry*, 69(4), 351-361. <https://doi.org/10.1521/psyc.2006.69.4.351>

7. Pridmore, S., & Auchincloss, S. (2015). *Book reviews: Preventing suicide: a global imperative. Australasian Psychiatry*, 23(1):81-82.
8. Sadock B. J. (2012). Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *Journal of psychiatric practice*, 18(3), 221-224. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000415080.51368.c>
9. Strawbridge, R., Javed, R. R., Cave, J., Jauhar, S., & Young, A. H. (2023). The effects of reserpine on depression: A systematic review. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England), 37(3), 248-260. <https://doi.org/10.1177/02698811221115762>
10. van Heeringen K. (2012). Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: Y. Dwivedi (Editor). *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis, Chapter 6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107203/>

O homem sem órgãos nem função, mas de vontade: vida e obra de Antonin Artaud

Ana Inês Gomes, Gisela Simões, Sandra Vicente

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

E-mail: anainesmg@gmail.com

Resumo

Antonin Artaud (1896-1948), poeta, ator (no teatro e no cinema), desenhador e teórico do teatro, foi o criador do *Teatro da Crueldade*, um conceito que influenciou, de forma inegável, o curso do espetáculo teatral contemporâneo. O seu percurso biográfico não ficará apenas marcado pela extensa produção e colaborações artísticas. A dependência de opiáceos e a experiência esquizofrénica conduzirão o artista a anos de enclausuramento em asilos psiquiátricos e a múltiplas intervenções terapêuticas. No presente trabalho, o autor propõe-se a descrever a evolução da psicopatologia de Antonin Artaud, a partir do seu percurso pessoal e da sua obra artística, integrando-os no contexto histórico e sociocultural.

Palavras-chave: Antonin Artaud, psicopatologia, literatura

Abstract

Antonin Artaud (1896-1948), poet, actor (in theater and cinema), designer, and theater theorist, was the creator of the *Theater of Cruelty*, a concept that undeniably influenced the course of contemporary theatrical performance. His biographical journey will not only be marked by extensive production and artistic collaborations. Opioid dependence and the schizophrenic experience would lead the artist to years of confinement in psychiatric asylums and multiple therapeutic interventions. In this present work, the author aims to describe the evolution of Antonin Artaud's psychopathology, based on his personal journey and artistic work, integrating them into the historical and sociocultural context.

Keywords: Antonin Artaud, psychopathology, literature

Introdução

Antonin Artaud foi um artista francês do século XX que se debruçou sobre uma panóplia de ramos artísticos: poesia, representação, dramaturgia, encenação e artes visuais. É hoje reconhecido, de forma inegável, como uma das grandes figuras europeias do movimento *avant-garde*. Destaca-se, em particular, o seu trabalho concetual, o *Teatro da Crueldade*, que se assumiu como o grito de protesto contra a forma-linguagem que aprisionava o homem de então às normas da sociedade. É através da vastidão do seu legado artístico e do seu percurso pessoal que podemos compreender o desenvolvimento da experiência esquizofrénica e a sua influência marcante na vida do artista.

Infância e Juventude

Antonin Artaud nasce a 4 de setembro de 1896, em marselha, numa família de ascendência grega que influenciará a sua inspiração e devoção pelo misticismo. Com uma personalidade peculiarmente sensível, Artaud recua à sua adolescência, recordando o peso da existência e as questões que o acometiam:

Perguntava-me por que razão ali estava, e o que era isso de ali estar. – E qual a razão da pergunta, e por que fazemos a nós próprios a pergunta, sim, por que levantamos a nós próprios o problema de sermos ou não sermos quando vivemos e aqui estamos.

Também a marcada introspeção e preocupação com experiências corporais e movimentos desconcertantes da vida interior parecem caracterizar precocemente o artista: *Estudo-me microscopicamente*.

O contacto com os cuidados de saúde mental da época, marcou precocemente o seu percurso de vida. Durante a permanência no Colégio *Sacre-Coeur*, entre 1907 e 1914, tornar-se-á evidente uma progressiva tendência para o

isolamento social, destacando-se ainda um episódio em que *destrói praticamente todos os seus trabalhos escritos e livros*, motivando vários internamentos num sanatório ao longo dos cinco anos seguintes. Este período irá também coincidir com o seu recrutamento militar, acabando por ser dispensado por *uma doença mental desconhecida*. No ano de 1919, terá o primeiro contacto com o láudano, prescrito pelo Dr Toulouse, precipitando o desenvolvimento de uma longa e marcante jornada de abuso de opióides.

Percurso artístico

A partir de 1920, Artaud fixa-se em Paris, onde irá desenvolver uma vasta produção artística e construir a imagem de uma personalidade diferente e de *estatura excêntrica*, como descrito por Phillipe Sollers. Este será um período marcado pela efémera adesão ao Movimento Surrealista (1924-1926), por múltiplas publicações, a primeira das quais *Tric Trac du Ciel*, uma antologia poética. Assumirá diferentes papéis em várias peças de teatro e em dezasseis filmes, destacando-se a sua participação em *La Passion de Jeanne d'Arc*. A 6 de abril de 1933, marcará incontestavelmente as Conferências da Sorbonne com o espetáculo *O Teatro e a Peste*.

A apofania messiânica

Em 1937, é publicada a obra *Les Nouvelles Révelations de l'Être*, já não assinada por Antonin Artaud mas sim por *Le Révélé* (O Revelado). Será este homem, já sem nome, que decidirá viajar até à Irlanda, no sentido de lá reencontrar as forças vivas de uma *muito antiga tradição* na sua forma ocidental. No desembarque em Cohn sentirá a realização de uma *profecia*. O homem delirante ante uma revelação marcará, assim, o momento Apofânico da Esquizofrenia, descrito por Conrad. As cartas escritas durante a sua viagem denunciarão o desenvolvimento de um delírio místico em anúncios de grandes perigos iminentes e de fim de mundo. A 23 de setembro desse ano, acabará por ser encarcerado por vagabundagem e por perturbação da ordem pública e restituído a França.

Em Rodez

O regresso a França marca o início de um longo percurso de encarceramento em diferentes instituições psiquiátricas. Dos nove anos de reclusão, seis foram sem escrever, entre 1937 e 1943, interrompidos apenas quando Artaud é transferido para Rodez. Será nesta Instituição que reiniciará a escrita, deixando um legado, sob a forma de cartas, da vivência institucional da época, do sofrimento decorrente da deterioração da doença mas, também, das terapêuticas a que foi sujeito:

Passei nove anos num asilo de alienados. Ali me fizeram uma medicina que nunca deixou de me revoltar. Essa medicina chama-se electrochoque.

A peculiar relação com o Dr Gaston Ferdière, psiquiatra responsável pela Instituição, será marcada não só pelo seu profundo interesse na obra do artista mas, também, por uma questionável base ética das suas escolhas terapêuticas. Artaud será sujeito a seis ciclos de eletroconvulsoterapia e a um total de cinquenta e oito sessões, contra a vontade do próprio e do núcleo de amigos mais próximo. Importa salientar que à época este era um tratamento em fase de experimentação e ainda sem a utilização complementar de técnicas de indução anestésica e de relaxamento muscular. Neste sentido, Artaud sofrerá várias fraturas ósseas ao longo do processo. Este é um dos episódios que denunciam algumas das fragilidades éticas do percurso histórico da Psiquiatria e que merecem ser recordadas no sentido de promover uma cuidadosa reflexão sobre a ética, moral e a autonomia na relação com o doente psiquiátrico.

Os registos clínicos de Rodez revelam um conjunto de sintomas psicóticos floridos, como um delírio de falsa identificação, *Antonin Nalpas era uma reencarnação de Santo Hipólito, um anjo puro enviado para substituir o anjo Antonin Artaud, que perdera a graça divina*, uma franca desorganização do comportamento e prováveis estereotípias motoras, *meses de assobios, cantos, escarros, gesticulações insólitas, espelho de uma agitação incontrolável*.

Depois de vários esforços no sentido de promover a desejada saída institucional de Artaud, um conjunto de amigos do artista, dos quais se destacam Jean Dubuffet e Picasso, garante um alojamento na Clínica Ivry, nos arredores de Paris, onde Artaud se fixará durante os últimos vinte e dois meses de vida.

A ausência fundamental do fogo mental

As cartas escritas em Rodez denunciam também uma dimensão sintomática da Esquizofrenia com uma inabitual representatividade no mundo artístico: os sintomas negativos.

A profunda angústia perante os efeitos deletérios destes sintomas é gritante em várias passagens onde descreve a incapacidade de pensar, falar, sentir, focar a atenção ou conduzir tarefas quotidianas: *Este vazio possui-me, preenche-me de angústia e sofrimento... expresso na alma numa coloração de nada.*

Artaud descreve a alogia, *Sou um idiota pela supressão do pensamento, pela má formação do pensamento, sinto-me vazio pela estupefação da minha língua*, a anedonia e abulia, *Não tenho vida! O meu entusiasmo interno está morto*, o aplanamento afetivo, *A perda do aroma emocional* e, ainda, a perda do contacto vital, *Uma ausência fundamental do fogo mental, uma perda de circulação vital.*

Também a hiperreflexibilidade parece acometer o artista. Caracterizada por uma exagerada autoconsciência, uma tendência não volitiva para focar a atenção em direção a processos que normalmente seriam experiências integrantes do próprio, a sua proliferação promove, uma experimentação da própria mente através de uma perspectiva de observador externo. De facto, Artaud descreve:

o cérebro vê todo o pensamento de uma só vez, em todas as suas circunstâncias, e também vê todos os pontos de vista que poderia adotar e todas as formas que poderia investir neles, uma vasta justaposição de conceitos, cada um dos quais parece ser mais necessário e também mais duvidoso do que os outros, em que todas as complexidades da sintaxe jamais seriam suficientes para expressar e explicar.

Este fenómeno constitui uma transformação qualitativa fundamental da estrutura da intencionalidade que promove, segundo Artaud, *o elemento destrutivo que desmineraliza a mente* e que leva a um *estremecimento da base da minha mente.*

Considerações finais

A fase final da vida de Artaud é marcada por uma produção artística frenética marcando aquele que é considerado o período de maior criatividade, particularmente na dimensão poética. O artista falece a 4 de março de 1948, com 51 anos, de complicações de um diagnóstico oncológico. Apesar do curto período vivido e da experiência esquizofrénica, Artaud marca uma época artística e a mensagem do imperecível ator e poeta do fôlego permanece intemporal. Numa carta endereçada a Pierre Loeb, datada de 23 de abril de 1947, Artaud remete aos primórdios de uma consciência cósmica. A pureza e o primitivismo que compõem o Homem-Árvore, *sem órgãos, nem função*, pura vontade, prevalecerá além de um mundo que Artaud descreve como abominável, dominado pelo físico e material.

O tempo em que o homem era uma árvore sem órgãos nem / função, / mas de vontade, / e árvore de vontade que anda, / voltará.

Bibliografia

1. Fernandes, A. (2018). *Eu, Antonin Artaud*. (1ª edição). Lisboa: Sistema Solar
2. Sontag, S. (1988). *Antonin Artaud: Selected Writings*. (1ª edição). Berkeley: University of California Press.
3. Sabatini, E. (2021). De l'enfermement à l'auto-enfermement. L'histoire singulière d'Antonin Artaud: La prison, le corps, l'enfermement. *Recherches en psychanalyse*, 31, 64-86. <https://doi.org/10.3917/rep2.031.0064>
4. Mukandi B. (2022). Picturing sanity, in black and white. *Med Humanit*, 48(3), 308-314. doi: 10.1136/medhum-2021-012146
5. Conrad, K. (1963). *La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio*. Madrid: Editorial Alhambra.
6. Zahavi, D. (2000). *Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience*. Copenhaga: John Benjamins Publishing Company.
7. Martis, J. (2016). A Temporalidade na Esquizofrenia. *PsiLogos*, 14, 57-65. doi: <https://doi.org/10.25752/psi.9699>

Robert Lowell: a arte na fusão da mania com a genialidade

Ana Luísa Cardoso, Márcia Mota

Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de São João

E-mails: ana.luisa.cardoso@ulssjoao.min-saude.pt; marcia.mota@ulssjoao.min-saude.pt

Resumo

A existência de uma associação entre criatividade e doença mental tem sido alvo de questionamento desde a filosofia antiga até aos dias de hoje. Na literatura, um dos grandes contributos para este debate surgiu da denominada poesia confessional, que revolucionou o estilo de composição poética americana dos anos 50, pelo foco na experiência pessoal do poeta, e da qual Robert Lowell foi pioneiro. Robert foi internado, pela primeira vez, por um episódio maníaco aos 32 anos, tendo-se seguido múltiplos episódios de descompensação maníaca ou depressiva, os quais influenciaram a maioria da sua obra. O poema “Waking in the Blue”, reflexo da experiência do poeta durante a sua permanência num hospital psiquiátrico, é disso exemplo. Esta breve revisão pretende analisar os principais eventos da vida de Robert Lowell, destacando o extraordinário impacto que a patologia mental teve na obra de um dos mais influentes e admirados poetas americanos do século XX.

Palavras-chave: Robert Lowell, poesia confessional, perturbação afetiva bipolar, criatividade

Abstract

The existence of an association between creativity and mental illness has been a subject of debate from ancient philosophy until today. In literature, one of the major contributions to this discussion emerged from confessional poetry, which revolutionized the style of American poetic composition in the 1950s, by focusing on the poet's personal experience. Recognized as one of the founders of this movement, Robert Lowell was first hospitalized for a manic episode at the age of 32, followed by multiple episodes of manic or depressive decompensations, which profoundly affected his work. The poem “Waking in the Blue,” representative of the poet's experience in a psychiatric hospital, is an example of this. This brief review aims to analyze the main events in Robert Lowell's life, highlighting the extraordinary impact that mental illness had on the work of one of the most influential and admired American poets of the 20th century.

Keywords: Robert Lowell, confessional poetry, bipolar disorder, creativity

Introdução

A existência de uma possível associação entre doença mental e criatividade tem sido alvo de interesse e debate desde a filosofia antiga e mantém-se controversa nos dias de hoje. De facto, a prevalência significativa de patologia mental na comunidade artística das mais diversas áreas tem alimentado esta discussão. A investigação neste âmbito tem dado particular ênfase à Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), procurando evidências de uma eventual influência da psicopatologia inerente às descompensações maníacas e depressivas no potencial criativo destes doentes. No entanto, os resultados dos estudos têm sido, até ao momento, inconsistentes. Na literatura, um dos grandes contributos para este debate surgiu da denominada poesia confessional, estilo de composição poética da qual Robert Lowell foi pioneiro.

Com este trabalho, pretende-se reunir e analisar os principais eventos da vida do poeta, com especial destaque para o extraordinário impacto que a patologia mental teve na sua obra.

Criatividade e doença mental

A ideia do “gênio louco”, presente desde a antiga Grécia, tem vindo a sugerir uma potencial relação entre psicopatologia e criatividade, a qual se mantém foco de interesse e de investigação no presente. Neste contexto, a investigação tem-se focado na procura de evidência acerca de uma possível interação entre a psicopatologia inerente à Perturbação Afetiva Bipolar no potencial criativo dos doentes. A aceleração do pensamento, por vezes associada a fuga de ideias, aliada a maior impulsividade e disposição para correr riscos, característicos dos episódios maníacos, pode alimentar a criatividade. Por outro lado, a tendência à introspeção própria das fases depressivas pode contribuir

para uma maior exploração do potencial criativo e artístico dos indivíduos. Curiosamente, a única referência a criatividade na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) está inserida na caracterização de indivíduos com PAB. No entanto, a maioria dos estudos neste âmbito não concetualiza a criatividade de forma homogênea e procura avaliar a interação entre criatividade e psicopatologia no geral, ao invés de analisar a ligação entre a primeira e uma perturbação mental específica.

O conceito de criatividade é complexo e multifacetado, podendo ser definido com base em dois critérios, originalidade e efetividade. Neste contexto, é útil a diferenciação entre as noções de performance criativa e potencial criativo, este último referente ao potencial de determinado indivíduo de produzir ideias originais e efetivas que podem resultar numa performance criativa. O pensamento divergente é o indicador mais utilizado na avaliação deste potencial, sendo mensurável através de diversos exercícios que requerem dos participantes a geração de ideias, avaliando a sua fluência, originalidade e flexibilidade.

A única meta-análise disponível até ao momento que procurou responder à questão se indivíduos com PAB têm maior capacidade de ideação divergente quando comparados com indivíduos saudáveis data de 2023. Apesar de não conseguir responder de forma clara à questão, parece existir uma discreta vantagem destes doentes no que toca a este parâmetro, o que poderá indicar um maior potencial criativo, mas não com a magnitude outrora postulada. Assim, são necessários mais estudos e de melhor qualidade metodológica neste âmbito.

Na área da literatura, um dos grandes contributos para este debate surgiu da denominada poesia confessional, estilo de composição poética da qual o poeta Robert Lowell foi pioneiro. O termo foi cunhado, pela primeira vez, em 1959, pelo crítico e também poeta Macha Rosenthal, dadas as descrições detalhadas da vida pessoal e familiar de Lowell.

Vida e Obra de Robert Lowell

Robert Lowell nasceu a 1 de março de 1917, no seio de uma família da alta classe de Boston, nos Estados Unidos da América (EUA). Descendente de poetas reconhecidos, nomeadamente James Russell Lowell e Amy Lowell, um profundo entusiasmo de Lowell pelas artes, em particular pela literatura, foi-se desenvolvendo desde tenra idade. No entanto, apesar de ter sido educado num ambiente de privilégio e de tradição literária, a primeira infância de Lowell foi negativamente influenciada pela conturbada relação entre os pais e a perturbação mental da mãe. Na verdade, é possível encontrar na literatura várias referências a traços de instabilidade emocional, indisciplina e hostilidade durante a infância do poeta, os quais lhe valeram a alcunha de “Cal” na adolescência, com dupla referência ao Imperador romano Calígula e à personagem “Caliban”, da obra “A Tempestade” de Shakespeare.

Durante a frequência do liceu, Lowell começou a explorar arduamente os mundos da literatura e da filosofia e tomou a decisão de seguir uma carreira na poesia, procurando orientações para os seus primeiros versos junto de poetas de renome, como Richard Eberhart. Posteriormente, durante a sua estadia de dois anos na Universidade de Harvard, onde foi admitido aos 19 anos, Lowell teve a oportunidade de contactar com outros ilustres nomes da poesia, nomeadamente Robert Frost, os quais vieram despertar em Lowell o talento literário e influenciaram em grande escala o estilo de composição poética das suas primeiras obras. Nesta altura, já sob acompanhamento por Psiquiatria, é aconselhado a mudar-se para a Universidade de Vanderbilt e estudar sob a orientação do poeta Allen Tate, o qual acompanhou até terminar o bacharelato em Estudos Clássicos em Ohio, em 1940. Após concluir o mestrado em Língua Inglesa, iniciou a sua atividade letiva, a qual se manteve alvo de um forte investimento por parte do poeta durante as décadas seguintes. De facto, Robert Lowell foi professor em múltiplas Universidades de prestígio norte-americanas, como Boston, Yale e Harvard, orientando e influenciando a obra de futuros ilustres poetas, na altura seus alunos, como Sylvia Plath e Anne Sexton.

Durante a Segunda Guerra Mundial, Lowell declarou-se um objetor de consciência, recusando-se a integrar o exército norte-americano, o que levou a um encarceramento de vários meses em 1943. Esta experiência teve um impacto profundo no poeta e na sua obra, futuramente impregnada de temas como o conflito moral e a injustiça social.

Foi após este período de reclusão, em 1944, que Lowell publicou o seu primeiro livro de poemas, “Land of Unlikeness”, cujo estilo e conteúdo, impregnados de referências históricas e simbologia cristã, ainda se distanciavam largamente daqueles que o catapultaram para o sucesso. Apesar das críticas favoráveis, foi com a publicação do seu segundo volume, “Lord Weary’s Castle”, dois anos depois, que Lowell ganhou o reconhecimento e aclamação da crítica literária, tendo-lhe sido atribuídos o Prémio Pulitzer em 1947 e a nomeação como Poeta Laureado da Biblioteca do Congresso norte-americano em 1948.

É no ano seguinte, aos 32 anos, que Robert sofre o primeiro episódio maníaco. Tendo recentemente renunciado ao Catolicismo ao qual se tinha convertido há pouco menos de uma década, o poeta terá anunciado ao seu amigo Robert Fitzgerald que iria regressar à Igreja, após ter recebido, de acordo com descrições do mesmo, “uma incrível efusão de graça”. Outros autores e colegas do poeta recordam que, na altura, “ele tinha a ilusão de ter sido chamado a uma espécie de missão de purificação e de canonização de todos”. Para além de apresentar um discurso centrado em ideias de teor místico, Robert foi visto, durante várias semanas, a vaguear por inúmeros locais, ocupando os seus dias a visitar Igrejas, contemplando-as e nelas sentindo “o amor que irradiava do altar”, dizia. Lowell foi, posteriormente, internado no Hospital privado de Baldpate, em Massachusetts, onde foi submetido a eletroconvulsivoterapia. A escritora Elizabeth Hardwick, que previamente conhecera num retiro de escritores, visitou-o durante este internamento, tendo ambos anunciado o seu noivado pouco tempo após a alta de Robert.

O tumultuoso casamento com Elizabeth, o segundo de Lowell, após a união com a escritora Jean Stafford, durou cerca de 20 anos e foi um dos substratos para a obra que transformou a sua carreira e lhe permitiu o reconhecimento como um dos principais nomes da poesia americana do século XX, “*Life Studies*”. Publicada em 1959, esta coleção de poemas marcou uma viragem significativa no seu estilo de composição poética, ao abdicar das restrições formais do verso tradicional e ao utilizar uma linguagem menos formal. Verificou-se igualmente uma rutura no que toca aos temas abordados nos seus versos, abandonando tópicos clássicos, como a guerra e a religião, e mergulhando em temáticas francamente pessoais, em particular as suas relações familiares, a sua visão sobre a vida humana e os preceitos sociais e a sua experiência pessoal na luta contra a doença mental. É por esta abordagem mais íntima e autobiográfica que Robert Lowell é considerado o fundador do movimento poético denominado de confessional. Com “*Life Studies*”, venceu o National Book Awards no ano seguinte e, várias décadas mais tarde, em 2005, esta obra foi considerada um dos mais relevantes livros de poesia do século XX pela Academia de Poetas Americanos.

Contudo, paralelamente aos êxitos literários previamente mencionados, a vida pessoal e familiar de Lowell foi sendo fortemente afetada pelas descompensações inerentes à sua perturbação psiquiátrica. De facto, foram múltiplos os episódios de desestabilização que obrigaram à hospitalização do poeta ao longo da sua vida, na sua maioria episódios maníacos, sendo que esta experiência com a doença mental permeou e moldou a sua poesia.

A par do debate controverso que se debruça sobre uma ligação entre doença mental e criatividade, a interação entre a patologia mental de Robert Lowell e o seu processo criativo é igualmente alvo de investigação e discórdia. Alguns críticos consideram que as descompensações maníacas do autor, naturalmente caracterizadas por um pensamento acelerado e frenético e um excesso de energia, refletiram-se em rasgos de criatividade e necessidade imperativa de escrever. Kay Redfield Jamison, psicóloga e autora especialista na área da doença bipolar, relata no seu livro intitulado “*Robert Lowell, Setting the River on Fire*” que “(...) com o passar do tempo, escrever rápida, furiosa e quase incessantemente tornou-se um sinal de alarme de mania iminente, junto com o se apaixonar e começar um novo caso ou com delírios grandiosos, como quando declarou ser Dante ou Alexandre, o Grande.”

Da mesma forma, acredita-se que os seus estados depressivos levaram a uma escrita menos prolífica e mais introspetiva, focada em temáticas de desesperança e escuridão.

A coleção de poemas “*Life Studies*” foi, na sua maioria, escrita numa altura em que Lowell se encontrava francamente psicótico e, portanto, na iminência do seu quinto internamento, pelo que está impregnada de referências ao contacto do poeta com o mundo da doença mental. Inserido nesta coleção de poemas, “*Waking in the Blue*” retrata de forma detalhada a experiência de Lowell na enfermaria de um hospital psiquiátrico. O poeta faz uma descrição pormenorizada da rotina hospitalar e de alguns dos doentes que o acompanham. São múltiplas as referências à cor azul ao longo do poema, colorindo-o de uma tonalidade melancólica desde o início. Lowell prossegue nomeando e descrevendo, por vezes com recurso ao humor, alguns dos doentes da mesma enfermaria, considerando-os uma “juventude ossificada”. Em frente ao espelho, Lowell teme, neles, ver o seu “futuro incerto tornar-se familiar”.

Outro dos poemas mais célebres do autor, e que está inserido nesta obra, é “*Skunk Hour*”, onde o poeta mergulha pelo mundo da solidão e da melancolia, numa metáfora à sua angústia existencial e incessante procura de identidade e sentido para a vida. Este poema foi dedicado a Elizabeth Bishop, poeta com quem desenvolveu uma sólida e profunda amizade, pautada por correspondências frequentes desde que se conheceram, em 1947, até à morte de Lowell, 30 anos depois. O conteúdo das cartas que trocaram foi transformado na obra “*Words in Air*”, onde é possível encontrar inúmeros e sinceros desabafos de Lowell em relação à sua luta contra a doença mental, num registo de arrependimento e de culpa.

Na verdade, apesar da terapêutica com lítio desde o final dos anos sessenta, o que lhe proporcionou uma melhoria transitória no que toca à intensidade e frequência das descompensações maníacas, no período final da sua vida os episódios foram-se tornando cada vez mais graves e recorrentes. Em paralelo, Lowell foi apresentando uma

escalada exponencial no consumo de álcool, já tendencialmente excessivo ao longo dos anos. Este agravamento contribuiu, em grande escala, para o insucesso do seu casamento com Caroline Blackwood, o terceiro do poeta. De facto, um dos aspetos mais relevantes nas desestabilizações maníacas envolveu a existência de desinibição sexual, o que se refletiu em inúmeros envolvimento ocasionais com outras mulheres, com importante impacto e desgaste nas suas relações afetivas. A relação de Lowell com Caroline inspirou a obra “The Dolphin”, que lhe valeu o segundo prémio Pulitzer, em 1973.

É fundamental notar que o apogeu da produção literária de Robert Lowell, e subjacentes descompensações psiquiátricas, é síncrono com a revolução psicofarmacológica nos anos 50, a qual transformou a perceção global da doença mental. As descobertas do primeiro antipsicótico, a clorpromazina, comercializada sob o nome *Thorazine*, e do primeiro tranquilizante “minor”, o meprobamato, comercializado sob o nome *Miltown*, vieram facilitar o tratamento da doença mental na comunidade e permitiram a medicalização do sofrimento mais comum, o que veio atenuar a fronteira entre a normalidade e a loucura. Esta transformação na forma de olhar para a doença mental provocou em Lowell uma necessidade de reflexão acerca do significado da loucura e da sua relação com a arte e com a verdade, numa crise identitária que ficou espelhada na sua obra. Em “Day by Day”, último volume da sua poesia, publicado no ano da sua morte, Lowell mostra-se impotente na luta contra a loucura, retirando-lhe o simbolismo cultural outrora presente nos seus versos e despindo-a de qualquer significado superior. A normalização da loucura na época dos “tranquilized fifties” diminuiu o potencial do poeta louco como símbolo de elevada sensibilidade artística. No poema “Unwanted”, um dos destaques deste último trabalho, Lowell procura responder às questões: “Recuperar é alguma vez uma arte, ou a arte é uma forma de recuperação?”, concluindo de forma negativa, mas admitindo, contudo, existir arte no processo de adoecer e recuperar. Destaque para os poemas “Home” e “Man and Wife”, os únicos poemas em que Lowell menciona o nome de psicofármacos na sua obra. Ao nomear, numa fase inicial, o fármaco *Miltown*, tranquilizante “minor”, e anos mais tarde, fazendo referência ao *Thorazine*, tranquilizante “major”, é possível inferir acerca de um agravamento progressivo do seu estado clínico.

Robert Lowell faleceu a 12 de setembro de 1977, na sequência de um evento cardíaco agudo, quando se dirigia para o apartamento de Elizabeth Hardwick, com quem manteve uma relação de amizade após o divórcio.

Considerações finais

Robert Lowell é uma figura de referência na poesia americana do século XX, conhecido pelo seu estilo confessional de composição poética, explorando as suas inúmeras batalhas pessoais, nomeadamente contra a perturbação bipolar. As múltiplas descompensações psicopatológicas que o acompanharam tiveram um impacto profundo na sua vida pessoal e produção literária.

A análise da vida e da obra de Robert Lowell permitem-nos testemunhar a sua admirável capacidade de transformar a dor e turbulência pessoais em obras poéticas de complexidade e beleza notáveis, exemplares do poder redentor da arte diante da adversidade.

Bibliografia

1. Taylor, C. L. (2017). Creativity and Mood Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 12(6), 1040-1076. <https://doi.org/10.1177/1745691617699653>
2. Forthmann, B., Kaczykowski, K., Benedek, M., & Holling, H. (2023). The Manic Idea Creator? A Review and Meta-Analysis of the Relationship between Bipolar Disorder and Creative Cognitive Potential. *International journal of environmental research and public health*, 20(13), 6264. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136264>
3. Travis, I. (2011). ‘Is getting well ever an art?’: Psychopharmacology and madness in Robert Lowell’s Day by Day. *The Journal of medical humanities*, 32(4), 315-324. <https://doi.org/10.1007/s10912-011-9155-3>
4. Powell, C. (1991). Robert Lowell: the search for the father in madness and poetry. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 25(3), 375-382. <https://doi.org/10.3109/00048679109062639>
5. Myers, J. (2017). Holding the Self and the World Together: Robert Lowell, Mania, and Having to Write. *JAMA*, 318(11), 988-989. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12823>
6. Jamison, K. R. (2017). *Robert Lowell, setting the river on fire: A study of genius, mania, and character*. Knopf/Random House.

Da debilidade intelectual à sobredotação no livro “Flores para Algernon”

Francisca Bastos Maia, Pedro Cotta, Inês Cardoso

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

E-mail: franciscabbmaia@gmail.com; pcotta2tt@gmail.com; u21080@chporto.min-saude.pt

Resumo

“Flores para Algernon” é um livro que narra na primeira pessoa a vida de Charlie Gordon, um indivíduo com Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) que almeja ser inteligente. Nesse contexto, submete-se a uma cirurgia, anteriormente só testada em ratos, com esse objetivo. Após alcançar um Quociente Intelectual (QI) de 185, recupera memórias da sua infância, recordando os maus-tratos perpetrados pela sua mãe e a chacota de que é alvo por parte dos colegas. Quando Charlie adquire um QI muito superior ao dos pares, estes deixam de o poder ludibriar e, por isso, acabam por se afastar dele. Assim, com este trabalho pretende-se refletir sobre os desafios que enfrentam as pessoas com PDI, nomeadamente ao nível da integração social e do estigma inerente a esta perturbação, bem como sobre as dificuldades socio-emocionais dos indivíduos sobredotados.

Palavras-chave: perturbação do desenvolvimento intelectual, sobredotação, literatura

Abstract

“Flowers for Algernon” is a book that narrates in the first person the life of Charlie Gordon, an individual with Intellectual Disability (ID) who aspires to be intelligent. In this context, he undergoes surgery, previously only tested on rats, with this goal in mind. After achieving an Intelligence Quotient (IQ) of 185, he recalls memories of his childhood, remembering the mistreatment inflicted by his mother and the mockery he endures from his peers. When Charlie acquires a much higher IQ than his peers, they can no longer deceive him and consequently, they distance themselves from him. Thus, with this work, the aim is to reflect on the challenges faced by people with ID, particularly in terms of social integration and the inherent stigma associated with this disorder, as well as the socio-emotional difficulties faced by gifted individuals.

Keywords: intellectual disability, giftedness, literature

Introdução

“Flores para Algernon” é um livro que narra na primeira pessoa a vida de Charlie Gordon, um indivíduo com PDI que almeja ser inteligente. Nesse contexto, submete-se a uma cirurgia, anteriormente só testada em ratos.

A PDI é uma Perturbação do Neurodesenvolvimento que se caracteriza por limitações no funcionamento intelectual ($QI < 70$) e no comportamento adaptativo. O comportamento adaptativo inclui competências conceituais (linguagem, conceitos de tempo e dinheiro), competências sociais e competências práticas (atividades da vida diária, ocupação). A prevalência estimada de PDI é de 1% (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua, & Saxena, 2011). Por outro lado, a sobredotação pode ser definida como uma capacidade intelectual excecional (Zeilinger, Stiehl, Bagnall, & Scior, 2020).

Assim, com este trabalho pretende-se refletir sobre os desafios que enfrentam as pessoas com PDI, nomeadamente ao nível da integração social e do estigma inerente a esta perturbação, e sobre as dificuldades socio-emocionais dos indivíduos sobredotados.

Charlie com um QI de 68 antes da cirurgia

No início do livro, Charlie trabalha como empregado de limpeza numa padaria de um amigo do tio, que o acolheu, após este ter sido abandonado pela família. Charlie considera os seus colegas de trabalho como bons amigos, apesar destes troçarem dele. De facto, o *bullying* é sistematicamente uma das principais preocupações assinaladas por crianças e adultos com PDI. Apesar das sociedades dos países desenvolvidos concordarem que as pessoas com PDI têm o direito de serem incluídas na sociedade, estas continuam a ser vistas como parceiros indesejáveis para as interações sociais. A literatura mostra que a população geral deseja maior distância social das pessoas com PDI do que das pessoas com deficiência física. Assim, os indivíduos com problemas graves de saúde mental parecem ser ainda mais estigmatizados (Scior, 2011).

De facto, as pessoas com PDI são suscetíveis de serem estigmatizadas e marginalizadas, o que acarreta um efeito negativo na sua qualidade de vida e dificulta a integração social desta população. Nesse contexto, o contacto social

tem demonstrado ser o meio mais eficaz para reduzir o estigma e as atitudes negativas relativamente às pessoas com PDI (Zeilinger, Stiehl, Bagnall, & Scior, 2020). No entanto, a literatura mostra que a população geral tende a ver as pessoas com PDI com simpatia, ou, mais problemáticamente, com pena. Neste caso, o contacto com uma pessoa com PDI com outrem motivado pela pena dificilmente resulta numa experiência de contacto positiva para a pessoa com PDI e reforça a estigmatização desta população (Zeilinger, Stiehl, Bagnall, & Scior, 2020).

Efetivamente, as atribuições biomédicas para a PDI e a rejeição de causas ambientais têm-se mostrado estar associadas a uma redução do estigma, possivelmente porque há menos probabilidades de a pessoa com PDI ser responsabilizada pelas suas dificuldades se estas forem atribuídas a uma deficiência e a causas biomédicas fora do seu controlo (Zeilinger, Stiehl, Bagnall, & Scior, 2020).

Charlie com um QI de 185

As concepções iniciais sobre a sobredotação consideravam as medidas de QI suficientes para identificar crianças sobredotadas, contudo, os modelos mais recentes de sobredotação incluem outras dimensões para além da capacidade intelectual (Baudson, 2016).

Anteriormente, indivíduos sobredotados eram aqueles que obtinham uma pontuação de QI superior a 130 pontos numa avaliação cognitiva. Por outro lado, o termo génio correspondia aos indivíduos com um QI superior a 180 pontos. No entanto, atualmente, o termo génio é utilizado para os indivíduos que, dentro da sobredotação e do seu compromisso com uma tarefa, conseguem uma obra genial (Andrade, 2016).

As crianças e adolescentes sobredotados têm sido retratados como sendo mais vulneráveis a problemas de saúde mental, uma vez que lutam para encontrar o seu lugar num mundo que não os compreende. Efetivamente, teoriza-se que os indivíduos intelectualmente dotados possuem certas características, tais como uma maior intensidade ou sensibilidade emocional, que aumentam a sua vulnerabilidade ao desajustamento psicológico. Além disso, à semelhança do que é relatado por Charlie, parece que as capacidades cognitivas das crianças sobredotadas se desenvolvem a um ritmo mais rápido do que as suas capacidades emocionais, fenómeno que é designado por desenvolvimento assíncrono. Quando o desenvolvimento socio-emocional das crianças sobredotadas não acompanha o ritmo do seu funcionamento cognitivo, isto pode culminar em conflitos internos, frustração e ansiedade. Por outro lado, outros argumentam que as crianças sobredotadas podem sentir-se diferentes ou alienadas dos seus pares, ou que o ambiente em que vivem os jovens intelectualmente dotados não responde de forma suficiente às suas necessidades (Lavrijsen & Verschueren, 2023).

De facto, apesar dos ganhos intelectuais significativos, Charlie apercebe-se que o seu desenvolvimento emocional não acompanha o intelectual – “A inteligência é um dos maiores atributos humanos. Mas demasiadas vezes a busca do conhecimento cancela a procura do amor. Isso é outra coisa que descobri por mim próprio recentemente. Apresento-lhe como hipótese: a inteligência, se não for acompanhada da capacidade de dar ou receber afeto, conduz ao colapso mental e moral, à neurose e, possivelmente, à psicose.”. Este desencontro entre o seu desenvolvimento emocional e o da população geral é evidente na distância que sente da sua professora Alice, por quem está apaixonado: “Agora é impossível. Estou tão distante da Alice com um QI de 185 como estava com um QI de 70. E, desta vez, ambos temos consciência disso.”.

Estas dificuldades socio-emocionais atribuídas aos indivíduos sobredotados estão descritas na literatura. De facto, a literatura atribui algumas características socio-emocionais negativas aos indivíduos sobredotados, tais como isolamento social, menor agradabilidade, maior introversão e maior neuroticismo. Estes estereótipos acabam por constituir uma realidade na mente das pessoas e moldam a forma como estas percebem e se comportam em relação aos indivíduos sobredotados (Baudson, 2016).

Inicialmente, após Charlie se tornar sobredotado, este desenvolveu sintomatologia ansiosa aquando das tentativas de envolvimento sexual com Alice, por quem estava apaixonado. De facto, para além da ansiedade, os seus sentimentos por Alice despertaram associações negativas em torno do sexo. As suas memórias indicam-lhe que estas associações têm origem nos maus-tratos perpetrados pela sua mãe durante a sua infância, uma vez que esta o castigava por demonstrar sinais de excitação sexual. Efetivamente, a literatura mostra que os alunos sobredotados apresentam níveis mais baixos de bem-estar emocional do que os seus pares, assim como sentem mais tristeza e solidão (Casino-García, Llopis-Bueno, & Llinares-Insa, 2021). A literatura mostra que as crianças sobredotadas são mais comumente encaminhadas para consultas de Pediatria ou de Psiquiatria de Infância e Adolescência por problemas socio-emocionais ou de mau ajustamento social. Na verdade, estas crianças apresentam problemas de internalização (problemas centrados no eu que refletem um controlo excessivo de emoções e comportamentos: ansiedade, isolamento social, baixa autoestima ou perfeccionismo excessivo) (Guénolé, et al., 2015).

Efetivamente, a percepção que cada um tem de si próprio baseia-se nas experiências vividas com os outros, assim como no reconhecimento do seu próprio comportamento. Num estudo espanhol de 2021, os estudantes sobredotados obtiveram pontuações mais baixas no que respeita o autoconceito familiar, social e físico. As pontuações mais baixas ao nível do autoconceito social podem ser atribuídas ao facto dos indivíduos sobredotados tenderem a apresentar interesses diferentes dos pares, o que dificulta a partilha de passatempos, jogos e tópicos de conversa (Casino-García, Llopis-Bueno, & Llinares-Insa, 2021). Estas dificuldades sociais foram também sentidas por Charlie, que constatou que os “amigos” se afastaram de si após alcançar um QI superior à média – “Quando era um deficiente mental, tinha imensos amigos. Agora, não tenho nenhum. Oh, claro que conheço muita gente. Mas não tenho amigos verdadeiros. Não como os que costumava ter na padaria. Nem um amigo no mundo que signifique alguma coisa para mim, e ninguém para quem eu signifique alguma coisa”. Estas dificuldades sociais são muito relevantes, uma vez que um autoconceito social negativo pode levar a problemas de saúde mental (Casino-García, Llopis-Bueno, & Llinares-Insa, 2021).

Associadamente, os indivíduos sobredotados que verbalizam que se sentem “diferentes” também parecem ter uma imagem mais negativa do seu ajustamento social. O facto destes indivíduos se sentirem “diferentes” culmina numa diminuição da sua autoestima e num maior número de dificuldades relativamente aos seus pares (Casino-García, Llopis-Bueno, & Llinares-Insa, 2021). Nesse contexto, a literatura enfatiza a importância de promover competências de inteligência emocional para reforçar o autoconceito dos alunos sobredotados. Assim, os indivíduos devem encontrar o equilíbrio entre sentir-se competentes (intrapessoal) e dar-se bem com os pares (interpessoal). Para isso, necessitam de desenvolver estratégias para serem aceites pelos pares que não os compreendem. (Casino-García, Llopis-Bueno, & Llinares-Insa, 2021).

Charlie com um QI de 68 após o insucesso da cirurgia

Charlie leva Algernon para sua casa e, a certa altura, constata que o comportamento do rato se torna errático. Neste contexto, regressa ao laboratório e percebe que Algernon perdeu todos os ganhos intelectuais que tinha conquistado e acaba por morrer. Charlie apercebe-se que terá o mesmo destino que Algernon e acabará por regredir em termos de inteligência – “Não havia maneira de fazer com que as areias do conhecimento parassem de se escoar na ampulheta do meu cérebro.”. Perante esta constatação, Charlie apresenta uma reação depressiva com pensamentos de morte associados: “Vou por aí abaixo. Ideias de suicídio para acabar com tudo agora, enquanto ainda controlo as coisas e tenho consciência do mundo à minha volta. Mas depois penso no Charlie à espera, encostado à janela. A vida dele não me pertence, para a deitar fora. Só a pedi emprestada por uns tempos e agora pedem-me que a devolva.”, “Porque olho sempre para a vida através de uma janela? E quando tudo acaba, fico desgostoso de mim mesmo, porque me resta tão pouco tempo para ler e escrever e pensar, e porque devia fazer algo melhor do que drogar a minha mente com estas coisas sem interesse que são dirigidas à criança que há em mim. Especialmente porque a criança que há em mim está a recuperar o controlo da minha mente.”. Posteriormente, Charlie visita uma instituição para pessoas com PDI e percebe que acabará por ir viver para lá.

Na verdade, a questão da necessidade de institucionalização das pessoas com PDI tem sido discutida ao longo do tempo e as visões têm divergido. De facto, no início do século XIX, acreditava-se que as pessoas com debilidade intelectual acabariam na prisão se não fossem educadas porque se acreditava que a sua condição estava relacionada com um “fracasso da vontade”. Nesse contexto, as instituições foram utilizadas como um mecanismo para educar essa “falta de vontade” das pessoas com PDI para que se pudessem tornar membros “produtivos da sociedade” (Friedman, 2019).

Posteriormente, na altura da recessão económica, foi favorecida a contratação de pessoas sem deficiência em vez de contratar pessoas com PDI “educadas”. Nessa altura, as instituições deixaram de se centrar na educação para passar a funcionar como locais de prestação de cuidados e de intervenção médica (Friedman, 2019).

Já no início dos anos 1900, a ciência substituiu a “boa vontade sentimental ou paternalismo público” como novos métodos para a mudança social. Isto resultou na concetualização da PDI como uma “ameaça à sociedade”, que culminou no facto da esterilização eugénica de pessoas com PDI se ter tornado proeminente (Friedman, 2019).

Na década de 1950, iniciou-se uma nova tendência de concetualizar a deficiência como “tragédia parental”, ao mesmo tempo que retratava as pessoas com PDI como especiais e angelicais. Nesta altura, embora a institucionalização ainda fosse comum, ter uma criança com PDI já não estava relacionado com uma hereditariedade familiar imoral (Friedman, 2019).

Depois disto, iniciou-se um movimento de desinstitucionalização, que foi resultado da defesa das pessoas com PDI e dos seus familiares que exigiram reformas institucionais e alternativas comunitárias. Em comparação com os

contextos institucionais, as pessoas com PDI na comunidade possuem uma maior autodeterminação, redes sociais mais alargadas, maior participação na vida da comunidade e maior liberdade de escolha. Para além disso, a vida em comunidade é também mais económica e custo-eficaz do que as instituições. Adicionalmente, a literatura mostra que as pessoas com PDI apresentam melhores resultados na comunidade. No entanto, uma proporção considerável de pessoas com PDI ainda vive em instituições nos Estados Unidos da América (Friedman, 2019).

A investigação sobre a desinstitucionalização mostra vários benefícios, nomeadamente ao nível do aumento do comportamento adaptativo (atividade doméstica e responsabilidade) e da melhoria da qualidade de vida em geral. No entanto, algumas pessoas que vivem em contextos comunitários ainda experimentam práticas e atitudes institucionais e podem levar uma vida predominantemente desprovida de escolha, independência e inclusão (Beadle-Brown, Mansell, & Kozma, 2007). Por outro lado, após a desinstitucionalização, não se verificou nenhuma alteração ao nível do comportamento desafiador. Neste contexto, os indivíduos com comportamentos desafiadores (e, em especial, comportamento delinquente) ou problemas de saúde mental são mais suscetíveis de continuar a viver em contextos institucionais (seja em hospitais ou em unidades de internamento) e a apresentar uma pior qualidade de vida. São também mais suscetíveis de serem novamente institucionalizados após a mudança para os cuidados comunitários (Beadle-Brown, Mansell, & Kozma, 2007).

De facto, é necessário que as concetualizações sobre as pessoas com deficiência mudem para que reconheçam as experiências vividas por estes indivíduos, em vez de simplesmente refletirem estereótipos e atitudes prejudiciais, incluindo aqueles que resultam em institucionalização (Friedman, 2019).

Conclusão

A estigmatização das pessoas com PDI descrita na literatura é também representada no livro “Flores para Algernon” através do *bullying* realizado pelos colegas da padaria onde Charlie trabalha. No entanto, devido às suas dificuldades cognitivas prévias à cirurgia, Charlie não tem noção de que é alvo de chacota por parte dos colegas. De facto, quando possuía um QI inferior à média, Charlie considerava os seus colegas bons amigos. No entanto, quando alcançou um QI muito acima da média, começou a confrontar os colegas e estes sentiram-se ameaçados por Charlie, contribuindo para o afastamento dos colegas. Associadamente, o surgimento de ansiedade dificultou o envolvimento romântico com Alice. Estas dificuldades sociais sentidas por Charlie vão de encontro à literatura, que confirma a possibilidade de haver um mau ajustamento social nos sobredotados, assim como teoriza que o desenvolvimento socio-emocional das crianças sobredotadas não acompanha o seu desenvolvimento cognitivo.

Bibliografia

- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J., & Kozma, A. (2007). Deinstitutionalization in intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, pp. 437-442.
- Casino-García, A. M., Llopis-Bueno, M. J., & Llinares-Insa, L. I. (2021). Emotional Intelligence Profiles and Self-Esteem/Self-Concept: An Analysis of Relationships in Gifted Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Friedman, C. (2019). The Relationship Between Disability Prejudice and Institutionalization of People With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, pp. 263-273.
- Guénolé, F., Speranza, M., Louis, J., Fournier, P., Revol, O., & Baleyte, J.-M. (2015). Wechsler profiles in referred children with intellectual giftedness: Associations with trait-anxiety, emotional dysregulation, and heterogeneity of Piaget-like reasoning processes. *European Journal of Pediatric Neurology*, pp. 402-410.
- Lavrijsen, J., & Verschueren, K. (2023). High Cognitive Ability and Mental Health: Findings from a Large Community Sample of Adolescents. *Journal of Intelligence*.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (March-April de 2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, pp. 419-436.
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, pp. 2164-2182.
- Zeilinger, E. L., Stiehl, K. A., Bagnall, H., & Scior, K. (2020). Intellectual disability literacy and its connection to stigma: A multinational comparison study in three European countries. *PLOS ONE*.

Memórias de uma Doença Nervosa: uma viagem ao “aufschreibesysteme” de schreber

Joana Marques Pinto^{1,2}, Isabela Faria^{1,2}, Joana Andrade^{1,2}

¹ Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

² Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

E-mail: joanagmpinto94@gmail.com

Resumo

“Memórias de uma Doença Nervosa” é considerado um dos relatos mais influentes de uma perturbação psicótica. Volvidos 120 anos desde a sua publicação, propomo-nos a revisitar a obra de Daniel Paul Schreber, um homem extremamente inteligente que sofreu o seu primeiro episódio psicótico em 1894. Schreber desenvolveu sintomas de esquizofrenia passando treze anos da sua vida em manicómios. Foi no final de um longo período de hospitalização que escreveu um livro de memórias misteriosamente estranho que chamou a atenção da maioria dos influentes psiquiatras do início do século XX fazendo do seu autor um dos doentes mentais mais famosos que alguma vez existiu. Neste livro, para além de descrições detalhadas de vários fenómenos psicopatológicos, enquadrados na sintomatologia de 1ª ordem de Schneider, assinala-se sobretudo o “aufschreibesysteme”, ou sistema de anotação, que dá conta de profundas alterações da linguagem, resultando numa obra que partilha indubitavelmente características icásticas do modernismo literário.

Palavras-chave: esquizofrenia, literatura, psicopatologia, linguagem, modernismo

Abstract

“Memoirs of My Nervous Illness” is considered one of the most influential accounts of psychotic disorders. Over 120 years after its initial publication, we intend to revisit the work of Daniel Paul Schreber, an extremely intelligent man who experienced his first psychotic episode in 1894. Schreber developed schizophrenia and spent thirteen years in asylums. After a long period of hospitalisation, he wrote a mysteriously strange memoir that piqued the interest of the most influential psychiatrists in the early twentieth century, making the author one of the most famous mental patients of all time. In this book, in addition to detailed descriptions of various psychopathological phenomena framed in Schneider’s first-order symptomatology, the “aufschreibesysteme,” or annotation system, is particularly noteworthy, revealing profound changes in language, resulting in a work that undoubtedly shares iconic characteristics of the literary modernism movement.

Keywords: schizophrenia, literature, psychopathology, language, modernism

Introdução

Daniel Paul Schreber foi um juiz de recurso alemão. Schreber teve um primeiro episódio psicótico em 1884, um ano após ter sido nomeado juiz presidente (*Senatspräsident*) do supremo tribunal de Dresden. Foi várias vezes hospitalizado ao longo da vida, tendo sido durante o longo período de 8 anos aquando da sua segunda hospitalização em Sonnenstein que escreveu o seu livro de memórias. Posteriormente a este internamento, Schreber publica em 1903 *Memórias de uma Doença Nervosa* (*Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*). O livro para além do relato da sua hospitalização em Sonnenstein, contém também uma breve referência ao período do primeiro internamento (1884-1885) juntamente com documentos relativos ao processo bem-sucedido para ser libertado de um confinamento involuntário. A sua obra é considerada até aos dias de hoje um dos relatos mais influentes e paradigmáticos de Esquizofrenia paranóide, tendo influenciado profundamente figuras-chave da psiquiatria moderna, incluindo Bleuler, Jaspers, Freud e Jung (Sass, 2015).

Psicopatologia

Seguidamente far-se-á uma exploração da obra *Memórias de uma Doença Nervosa*, tentando assinalar as alterações psicopatológicas, nomeadamente, a nível da linguagem identificadas.

«Decidi solicitar a minha libertação do Asilo num futuro próximo, a fim de poder viver mais uma vez entre as pessoas civilizadas e em casa com a minha esposa. Será portanto, necessário dar aquelas pessoas que constituirão o círculo dos meus conhecidos uma ideia aproximada, pelo menos, das minhas concepções religiosas, para que elas possam ter alguma compreensão da necessidade que me força a várias esquisitices de comportamento, mesmo que elas não compreendam completamente estes comportamentos que parecem tão estranhos. Este é o propósito deste manuscrito. (...) Eu não posso, claro, esperar que seja totalmente compreendido porque as coisas com que estamos a lidar não podem ser expressas na linguagem humana; elas excedem a compreensão humana. Também não poderei garantir que tudo seja irrefutavelmente certo até para mim; afinal eu também sou apenas um ser humano e, portanto, limitado pelos confins da compreensão; mas uma coisa de que tenho a certeza é que cheguei infinitamente mais perto da verdade do que os seres humanos que não receberam a revelação divina.» (Schreber, 2000, pp. 15-16)

Este excerto corresponde à introdução da obra. Como refere o autor, o propósito da elaboração das *Memórias* era o de uma anotação precisa e rigorosa da sua vida, de modo a que esta pudesse ser devidamente analisada. Paul Flechsig, o psiquiatra de Schreber em Sonnenstein, tinha uma concepção estritamente fisicalista da doença mental, acreditando que a esquizofrenia teria certo tipo de alterações estruturais a nível cerebral, realizando exames *post-mortem* aos seus doentes com o propósito de identifica-las. Para Flechsig a alma consiste no sistema nervoso, o que torna a investigação *in-vivo* difícil. Contudo, os nervos são sistemas de anotação perfeitos, e por essa razão, poderiam revelar todos os segredos no momento da dissecação. (cf. Kittler, 1990, pp. 293-297) Schreber partilha das mesmas ideias do seu médico pretendendo acrescentar com o seu livro um exame *in-vivo* tanto quanto possível da sua mente, de outro modo, os *experts* apenas poderiam confirmar «as particularidades do meu sistema nervoso... através da dissecação do meu corpo.»¹ (Schreber, 2000, p. 307)

Deste modo, Schreber criou um sistema de anotação (*aufschreibesysteme*), que corresponde à “linguagem dos nervos”:

«O mencionado sistema de anotação é extraordinariamente difícil de explicar a outras pessoas, mesmo que vagamente... Livros ou outras notas são mantidas nas quais, durante anos, foram anotados todos os meus pensamentos, todas as minhas frases, todas as minhas necessidades, todos os artigos em minha posse ou ao meu redor, todas as pessoas com quem entro em contacto, etc. Não posso dizer com certeza quem escreve. Como não consigo imaginar que a onipotência de Deus careça de toda inteligência, presumo que a escrita seja feita por criaturas com forma humana em corpos celestes distantes... mas carecendo de toda inteligência; suas mãos são conduzidas automaticamente, por assim dizer, passando raios com o propósito de fazê-las escrever, de modo que raios posteriores possam olhar novamente para o que foi escrito. Para iluminar o propósito de todo este sistema, devo ampliar-me ainda mais.» (Schreber, 2000, p. 123)

Neste pequeno excerto Schreber fala de dois conceitos centrais na sua obra, os “nervos” e os “raios”. Os “nervos” representam a alma humana, «a vida mental total de um ser humano repousa sobre a sua excitabilidade através de estímulos externos (...) eles são capazes de reter a memória das impressões recebidas (a memória humana) e também têm o poder de mover os músculos do corpo que habitam numa qualquer actividade manifestada pelo esforço da sua vontade». (Schreber, 2000, p. 19) Os “nervos” principiam a sua actividade ou “vibrações” mediante o estímulo dos “raios” que é a influência divina, mas acima de tudo externa², que principia a acção mas também a observa com criticismo. Como o autor denota, os “raios” passam pelas suas mãos fazendo com que escreva, mas também posteriormente políam o que foi redigido.

Schreber descreve como um dos seus primeiros sintomas uma insónia torturante que o mesmo atribuiu a um aumento incontrolável da sua consciência. Inicialmente esta virou-se para fora, ficando hipervigilante relativamente ao meio, mas posteriormente esta hipervigilância reverte-se para dentro originando uma “tortura mental”, o “pensamento compulsivo”, obrigando-o a pensar incessantemente, nunca permitindo descanso aos “nervos” da mente. (cf. Sass, 2020, p. 214) O autor também descreve o pensamento compulsivo como que ocorrendo numa “linguagem dos nervos” especial ou numa “linguagem básica” que difere em certos aspectos da linguagem humana normal.

¹ A propósito destas noções fisicalistas, que se impõem fortemente na ciência na época 1900, Friedrich Kittler na sua obra *Discourse Networks* fala do «assassínio da alma» professado por Schreber, na qual a alma se converte em pura linguagem dos nervos. Esta linguagem ao ser anotada em texto, como ocorre em *Memórias*, realiza um assassinio preventivo da alma (ou do sistema nervoso) na qual o doente não precisa mais de ser dissecado. (cf. Kittler, 1990 p. 297)

² Schreber é influenciado por uma miríade de entidades externas que vai referenciando ao longo da sua obra, tais como, Deus, o seu médico, aliens, corpos celestiais, entidades com a forma de homens, etc...

Nomeadamente, os “raios” influenciam os “nervos” a pensar nos seus pensamentos compulsivos na forma de “linguagem nervosa,” forçando-os a tornarem-se um canal para os pensamentos dos “raios.”

Importa notar que Schreber apresenta uma psicopatologia extremamente florida. As passagens assinaladas dão conta de experiências de passividade importantes, não só do ponto de vista motor e da volição, mas também, a nível do pensamento denotando alterações importantes a nível da posse. Schreber manifesta uma percepção clara de que os seus pensamentos são influenciados por uma fonte externa (os “raios”). Este fenómeno é de tal forma significativo que o mesmo refere como tema central da sua “doença nervosa” um ataque à razão, motivo pelo qual este se torna um prisioneiro da escrita, e para além da escrita, do *non-sense* ou das imbecilidades que lhe são impostas como veremos mais adiante.³

É igualmente possível identificar um “cosmos delirante⁴”, com diferentes temáticas, nomeadamente de teor místico manifestada na convicção plena de *revelação divina*, mas também, auto-referencial, e em certa medida de grandiosidade, sugerindo, por vezes, que ele próprio é o verdadeiro centro do mundo: «tudo o que acontece se refere a mim» o próprio “ver” está «confinado à minha pessoa e ao meu ambiente imediato.» (Sass, 2015)

A linguagem de memórias e o modernismo

Nesta secção iremos abordar em maior detalhe as alterações da linguagem presentes em *Memórias*. Para o efeito subdividimos estas alterações em quatro grupos principais: dessocialização, autonomização, empobrecimento da linguagem, e a inefabilidade do discurso. Todas as alterações elencadas são características da esquizofrenia podendo estar presentes em maior ou menor grau. Esta subdivisão foi adoptada da obra de Louis Sass *Loucura e o Modernismo*, uma vez que, na nossa opinião, esta permite uma visão mais esclarecida e detalhada das alterações que pretendemos analisar, bem como, a sua associação com o movimento literário moderno.

Principiando com a dessocialização, esta concerne a incapacidade do indivíduo monitorizar o próprio discurso em função dos requisitos sociais de conversação, adotando uma estrutura que se assemelha a um discurso interior, recusando ou ignorando o princípio da cooperação. Esta alteração, de facto, pode ser verificada na obra. Por vezes, Schreber escreve numa linguagem interior deixando certas passagens omissas, com lacunas no texto ou condensações: «por que não (...)», «por que se (...)», «porquê, porque eu (...)» . (Schreber, 2000, p. 198). O leitor não tendo pistas contextuais não entende o significado destas passagens, pese embora, o autor explique em alguns casos as omissões, revelando alguma crítica para o obscurantismo da sua linguagem⁵. São também exemplos da dessocialização os neologismos, que podem ser encontrados ao percorrer o *aufschreibesysteme*, sendo esta palavra ela própria um neologismo.

A autonomização refere-se à tendência do discurso perder a sua função comunicativa e aparecer como um foco independente, no qual se centra a atenção, ou como uma fonte autónoma de controlo sobre o discurso e o entendimento. Ao invés de captar o significado global de algo lido ou ouvido, o que se verifica na esquizofrenia é um desvio do foco atencional para as qualidades materiais do discurso, como por exemplo, os fonemas ou o aspecto gráfico das palavras. Parece, assim, existir um distanciamento ou uma abdicação de responsabilidade. Em vez de ser guiado por um sentido geral do significado que se quer expressar, o fluxo e sentido dos discursos são determinados pelas suas características materiais. Deste modo, não raras vezes, os doentes percebem o discurso como estando autonomizado e distante de si.

³ Schreber é prisioneiro da compulsão que lhe é imposta para registar tudo quanto o rodeia pelos “raios”, com os quais os “nervos” estabelecem uma relação análoga à de mestre e escravo. Os “raios” para se subsistirem exigem sempre pensamentos novos a Schreber, nunca deixando a sua mente descansar, escrutinando de forma exaustiva os seus registos: «Os raios que se aproximam (podem ser afastados) pela frase: “Nós já lemos isto”, escreveu *Scil*; e de uma forma difícil de descrever, os raios tornam-se pouco receptivos ao poder de atração desse pensamento». (Schreber, 2000, p. 128). Se os pensamentos não forem mais capazes de atrair os raios, então “Deus”, assumirá que os poderes mentais de Schreber estão extintos e a sua razão destruída e, deste modo, os “raios” (ou o próprio Deus) afastar-se-ão de Schreber.

⁴ Termo utilizado por Louis Sass na obra *Loucura e o Modernismo* para denominar o capítulo dedicado ao estudo da psicopatologia presente na obra de Schreber.

⁵ Esta característica do discurso está em estreita associação com o afrouxamento de associações, sintoma fundamental da esquizofrenia (na concepção de Bleuler), havendo a nível formal do pensamento uma dificuldade em associar/ encadear as ideias. Tais alterações podem conferir ao discurso uma apresentação telegráfica, como se uma grande quantidade de significados estivesse a ser condensada em palavras ou frases que permanecem obscuras pelo facto de quem as profere não fornecer informações básicas e o sentido de contexto que o ouvinte precisa para entender. É como se as palavras contivessem um *halo semântico*, isto é, uma constelação de associações maior que apenas o significado da palavra. Estas associações tendem a invadir de forma intrusiva o seu discurso que acaba por perder a sua tendência determinante em função do objetivo (significado) integral. – vide Sims, A. (2011) “Perturbações do Discurso e da Linguagem” in *Sintomas da Mente: Introdução à psicopatologia descritiva*, p. 199.

A autonomização é notória no decorrer da obra, na qual se verifica uma conversão progressiva da linguagem em torno da sua materialidade, resultando num desvanecimento do autor num “puro mundo de significantes.” Aquilo que escutava no seu mundo alucinatório vai perdendo significado e as palavras são escutadas apenas como sons: «não entendo o significado das palavras que eles falam, mas, aparentemente, têm uma sensibilidade natural para a semelhança de sons» por isso «é pouco importante para os pássaros se se fala de “Santiago” ou “Cartago”». (Schreber, 2000, p. 192). Por outro lado, o “pensamento compulsivo” é alvo de escrutínio e objetificação permanentes, pelo que, este é percebido como uma entidade separada do autor, contendo uma aparência exterior e presença corpórea. Schreber vivencia a linguagem não como um meio transparente no qual se habita, mas como uma linguagem dos “nervos” opaca e misteriosa, existindo num afastamento psicológico independente dos seus próprios esforços: «Não posso dizer com certeza quem escreve. (...) presumo que a escrita seja feita por criaturas com forma humana em corpos celestes distantes (...) suas mãos são conduzidas automaticamente, por assim dizer, passando raios com o propósito de fazê-las escrever, de modo que raios posteriores possam olhar novamente para o que foi escrito.» (Schreber, 2000, p. 19).

A pobreza do discurso é uma característica mais heterogénea. Esta pode referir-se à quantidade de discurso ou ao conteúdo do discurso. Relativamente à primeira, ela refere-se a uma restrição do discurso espontâneo, podendo este tornar-se lacónico ou extremadamente emutismo, no entanto, para o efeito deste trabalho iremos essencialmente focar-nos na pobreza relativa ao conteúdo, que se refere a enunciados que são adequados na quantidade de palavras empregues, contudo, estas parecem transmitir pouca informação, a linguagem torna-se vaga, excessivamente abstracta ou excessivamente concreta, repetitiva e estereotipada.⁶

A pobreza do discurso é possível de ser verificada ao longo de toda a obra sendo, contudo, a alteração discursiva que mais mutações vai sofrendo ao longo desta. Se por um lado é possível verificar em algumas das passagens supracitadas o cariz repetitivo e estereotipado do discurso de Schreber, conferindo uma aparência sobre-elaborada, é também possível verificar, nas fases mais tardias da obra, a conversão da linguagem em caos. Para o autor, a possibilidade de ver a sua mente esgotada, e de portanto, assumir-se como imbecil, leva-o a procurar mecanismos de defesa. Inicialmente este tenta, em vão, cultivar-se com artigos de jornais ou livros, usando a rede discursiva clássica como uma “arma de defesa” que mais tarde se converte em *non-sense* (cf. Kittler, 1990, pp. 298-299). Como menciona Schreber: «Enquanto “alimento mental”, versos obscenos valem “o seu peso em ouro”...em comparação com o terrível absurdo que meus nervos são forçados a ouvir.» (Schreber, 2000, p. 203). O autor vê-se forçado a gritar de forma incompreensível e incontável, de forma a abafar o ruído da sua mente. O “milagre berrante” é, pois, o antídoto do qual se socorre para evitar a separação traumática entre “raios” e “nervos,” que seria o pronúncio final do esgotamento da sua razão e, como tal, da sua condição de vencido.

Por último, a inefabilidade do discurso refere-se à experiência subjectiva da inadequação das palavras. Esta pode surgir como uma consequência da pobreza do discurso, uma vez que, os doentes esquizofrénicos têm uma tendência a virar a sua consciência sobre si mesmos debruçando-se sobre temas de qualidades híper abstractas, universais e ontológicas.⁷

As experiências agudas de inadequação da linguagem podem condicionar vários tipos de resposta, incluindo, estados de mutismo e catatonia, em que a incapacidade percebida bloqueia a expressão, ou alternativamente, como se verifica no caso de Schreber, resulta num modo de expressão “aproximado,” usando continuamente expressões como “parece que” e “parece como,” proporcionando uma ambiguidade de sentido. Ademais, Schreber ilustra perfeitamente esta experiência: «Para me tornar pelo menos um pouco compreensível, deverei ter que falar muito em imagens e semelhantes, que podem, às vezes, talvez ser apenas aproximadamente correctos; porque a única maneira que um ser humano tem de fazer coisas sobrenaturais, que na sua essência devem sempre permanecer incompreensíveis, compreensíveis até certo ponto é comparando-as com conhecidos factos da experiência humana. Onde a compreensão intelectual termina, começa o domínio da crença; o homem deve-se reconciliar com fato de que existem coisas que são verdadeiras, embora ele não possa compreendê-las.» (Schreber, 2000, p. 16)

⁶ Esta última característica é de acordo com alguns autores uma das características mais distintiva da esquizofrenia, manifestando-se frequentemente para quem os escuta como um “filosofar vazio,” uma “intelectualização infrutífera” ou “um raciocínio pseudo-abstracto.” Andreasen NC. (1979). Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry*. 36(12):1325-1330.

⁷ Esta característica, no entanto, é transversal também a estados não patológicos, qualquer um que se debruce sobre este tipo de temas mais fundamentais e totais pode facilmente parecer oscilar, inclusivamente para o orador, entre a profundidade e o sem sentido absoluto.

As alterações elencadas partilham indubitavelmente elementos comuns com a literatura moderna. Identificamos, essencialmente três tipos de tendências comuns a ambos os discursos: 1) tendência a uma nova preocupação com a singularidade e particularidade da experiência não verbalizada aliada à sensação de inefabilidade; 2) tendência a um tipo de discurso interior que é sentido como sendo mais autêntico que a linguagem convencional; 3) reconhecimento da natureza independente da linguagem, como um sistema imbuído de mistério e formas generativas inerentes.

De facto, a noção do recurso escrito como limitado é angustiante não só na esquizofrenia, como verificamos nas experiências de inefabilidade reportadas por Schreber mas também para o escritor/ poeta. Por exemplo, Hugo von Hofmannsthal, um escritor reconhecido da época moderna, denota uma total perda de fé na linguagem, revelando uma consciência aguda da natureza abstracta ou categorial da linguagem e da consequente impossibilidade de descrever objectos individuais ou os momentos imanentes da nossa experiência. (cf. Kittler, 1990, p. 319).

A desilusão com o alcance da linguagem não precisa, contudo, de ser tão intransigente como foi para Hofmannsthal. Existe possibilidade de abertura a uma nova linguagem de um tipo diferente, mais autêntico. O advento do modernismo procurou introduzir precisamente este tipo de linguagem, um discurso interior semelhante à linguagem dessocializada discutida anteriormente, que aparenta ignorar ou recusar o princípio da cooperação⁸.

Esta rejeição do princípio da cooperação e primazia do discurso interior são também armas de defesa do escrutínio do analisador, como refere Kittler: «Escrever por volta de 1900 significa, portanto: este cérebro, apesar de sua loucura clínica ou simulada, será imediatamente transposto para textos e protegido de qualquer sondagem médica.» Kittler, 1990, p. 315). Os escritores são pessoas que preferem realizar a análise ou a decomposição do seu aparelho psíquico sozinhos, eliminando os fantasmas da trepidação.

Por sua vez, na Esquizofrenia a dessocialização pode surgir como um produto da tendência à introversão ou, tal como, no modernismo, um objectivo em si mesmo. No caso de Schreber ambas as perspectivas podem ser admitidas. Numa fase mais avançada da sua doença, o autor expressava-se de forma obscura, evidenciando um discurso interior, pautado por omissões, expressões idiossincráticas e neologismos. Schreber era vítima de um “panoptimicismo interno” sobre todos os seus pensamentos, estas vivências resultam de um virar da consciência sobre si mesma.⁹ Contudo, este escrutínio sufocante parece resultar na fuga de Schreber de si (do ego ou do autor) acabando inevitavelmente por abraçar o absurdo e a liberdade da prisão do sentido com sentimentos de “voluptuosidade da alma.”¹⁰

A busca de uma linguagem mais autêntica, mais próxima da vida interior, não é a única alternativa diante do desespero de escritores como Hofmannsthal. Além de uma glorificação do discurso interior o modernismo contém uma atitude positiva em relação à linguagem, exaltando a sua materialidade, tendência esta designada por Louis Sass como a “apoteose da palavra.” (Sass, 2020, p. 198) Esta visão inspirou um movimento literário que se assemelha muito à autonomização da linguagem encontrada na esquizofrenia¹¹.

⁸ André Breton, no seu *Manifesto Surrealista*, rejeitava a ideia de que o pensamento seria de algum modo demasiado subtil para ser capturado na linguagem. A técnica da escrita automática que ele defendia seria «um monólogo dito o mais rapidamente possível sobre qual o espírito crítico do sujeito não exercia qualquer juízo, pelo que era subsequentemente destituído de reticências, e que era o mais exactamente possível, o pensamento falado» esta proporcionaria assim uma «verdadeira fotografia do pensamento.» (cf. Sass, 2020, p. 164)

⁹ Como refere Louis Sass, em *Modernismo e Loucura*, Schreber é vítima de um certo panoptimicismo interno, a que sua hipereflexibilidade ou hiperconsciência o obrigam. Assim, os “nervos” representam a parte da mente que é observada, o “eu-objecto”, os “raios” representam o observador, o “eu-sujeito.” (Sass, 2020, p. 219)

¹⁰ Paradoxalmente Schreber deseja, por vezes, uma fusão entre “nervos” e os “raios” pois estes momentos causam sentimentos de “voluptuosidade da alma”: «Durante mais de um ano, os nervos femininos, ou nervos da volúpia, que tinham penetrado no meu corpo em grandes massas, não puderam influir no meu comportamento e no meu modo de pensamento. (...) Por outro lado, a minha força de vontade não podia evitar a ocorrência particularmente quando estava deitado na cama, de uma sensação de volúpia que, como chamada “voluptuosidade da alma”, exercia um poder de atração sobre os raios (...) Com este fenómeno a manifestar-se cada vez mais com o passar do tempo, Deus pode ter-se apercebido de que *não homem* [neologismo] não era uma maneira de me “abandonar”, isto é, de se libertar novamente do poder de atração dos meus nervos. A partir disso surgiu a ideia de “reter-me no lado masculino” mas, de novo, sob pretextos basicamente falsos, não para restaurar a minha saúde, mas para destruir a minha razão ou para me tornar demente.» (Schreber, 2000, pp. 124-125). Existe, por isso, um certo prazer em deixar-se levar pelo não-sentido. Os momentos em que o faz libertam-no da prisão do sentido.

¹¹ Esta transformação radical da palavra soou na década de 1880 por Mallarmé, que apelava a uma poesia cujo ímpeto provinha, não dos pensamentos, das emoções ou intenções do autor, como na época do romantismo, mas da estrutura da própria linguagem: «A obra de arte na sua completa pureza implica o desaparecimento da presença oratória do poeta. O poeta deixa a iniciativa para as palavras, para o choque entre suas diversidades mobilizadas. As palavras inflamam-se através de reflexos mútuos como um jacto de fogo sobre pedras preciosas. Esses reflexos substituem a respiração (do poeta) perceptível na antiga aspiração lírica ou na entusiasta direcção pessoal da frase.» (Mallarmé, 1951, p. 336)

A escrita moderna preconiza, pois, o divórcio do significado com o seu significante. Na esquizofrenia, este divórcio também ocorre, não em virtude da arte, mas fruto de uma condição patológica que reconfigura os significados do mundo que o rodeia. As palavras surgem em toda a sua materialidade, como corpos estranhos e opacos inscritos no papel. As associações já não são feitas em torno de um campo estritamente semântico, mas em torno de um campo material. Deste modo, tanto poeta como esquizofrénico produzem um mundo de “puros significantes”. É precisamente este «significante despota que paira sobre a rede discursiva de 1900» que «ordena o assassinato da alma ou o crepúsculo da humanidade». (Kittler, 1990, p. 341). O modernismo é a expressão dum desejo de obliteração individual em função de uma entrega absoluta ao significante.

Schreber com o evoluir da doença pôde, de algum modo, desfrutar dessa entrega ao absurdo, nas palavras de Kittler: «Onde quer que o sentido termine, começa a alegria: um prazer nas margens que uma rede discursiva de puros significantes deixa para suas vítimas.» (Kittler, 1990, p. 303). Por isso, também Foucault na sua obra *History of Madness*, adoptou a visão da loucura como uma “empresa soberana da irracionalidade,” um “estado selvagem” de uma “pureza primitiva inacessível,” que poderia fornecer inspiração para a “contestação total” da civilização ocidental moderna. (Foucault, 2006, pp. xxxiii, 511, 532).

É também esta libertação da privação da hermenêutica que constitui o homem moderno da época de 1900. Como refere Kittler: «Aqueles que rugem, uivam ou assobiam não estão a apresentar teorias lacrimosas do Homem no mundo tecnológico; ao contrário, visam efeitos discursivos contra discursos definidos e hostis. O discurso inhumano de 1900 é tão inevitável quanto o oráculo sombrio de Gertrude Stein, mas precisamente a sua humanidade permite escapar do imperativo do sentido.» (Kittler, 1990, p. 302).

A escrita moderna equivale, deste modo, a literatura no sentido da arte da palavra. O poeta já não tem mais a mãe natureza como fonte de inspiração, a sua inspiração é a palavra em si, na qual o poeta se pretende desvanecer eliminando o autor da escrita. Tanto poeta como esquizofrénico produzem um mundo de “puros significantes” obliterando o traço individual. O anonimato, que garante à palavra um efeito de estranheza radical, apresenta semelhanças profundas com a autonomização esquizofrénica, culminando na experiência de distanciamento da palavra do seu autor e na abdicação da responsabilidade, isto é, da intenção de significar.

Conclusão

A literatura moderna almeja a libertação do inconsciente da prisão do sentido ou do ego, preconizando a libertação do Homem das grilhetas da hermenêutica. Deste modo, Schreber e o seu *aufschreibesysteme* podem ser celebrados enquanto hinos do modernismo, pois este verdadeiramente alienou-se de si e da sua sociedade e cultura, do mundo das instituições e das burocracias. A sua liberdade é a liberdade exaltada na época de 1900 e a sua escrita mecanizada, material, desprovida de diferenciais e rarefações, que dão conta dos sistemas discursivos clássicos, produziu um discurso que comporta o verdadeiramente humano, isto é, o absurdo. Como refere Louis Sass: «A união de todos os raios de Schreber desempenha um papel semelhante ao primitivismo na cultura modernista: não como verdadeira expressão de uma essência reprimida, mas como uma ansiada alienação de si e fuga de uma divisão mais fundamental». (Sass, 2020. p. 231)

Referências bibliográficas

- Andreasen, N. C. (1979). Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry*. 36(12), 1325-1330.
- Foucault, M. (2006). *History of Madness*, trad. J. Murphy & J. Khalfa. London: Routledge.
- Kittler, F. (1990). *Discourse Networks*, trad. Michael Metteer e Chris Cullens, Stanford: Stanford University Press.
- Mallarmé S. (1951). *Crise de vers*. Paris: Edições de Pléiade.
- Sass, L. (2015). On Memoirs of My Nervous Illness, by Daniel Paul Schreber— reflection. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 144-144. doi:10.1192/bjp.bp.114.144758
- Sass, L. (2020). *Loucura e Modernismo*, Trad. Luis Madeira. Climepsi.
- Schreber, P. (2000). *Memoires of My Nervous Illness*, trad. Ida Macalpine & Richard. A. Hunter. New York: New York Review Books.
- Sims, A. (2011). “Perturbações do Discurso e da Linguagem” in *Sintomas da Mente: Introdução à psicopatologia descritiva*, trad. Libri-Faber. Lidel.

Surrealism and the exploration of the subconscious

Ana Monteiro Fernandes¹, Maria Cameira², Pilar Froes¹

¹ Unidade Local de Saúde de Santa Maria; ² Unidade Local de Saúde de São José

E-mail: monteirofernandes.ana@gmail.com

Abstract

Surrealism was an artistic movement created by André Breton, in 1924, influenced by the writings of Sigmund Freud and Carl Jung, based on the idea that the key to creativity and mental liberation was located in the subconscious and the only way to access it would be by creating without the limits imposed by rationality and moral control. This work aims to explore the procedures that the surrealist painters used to approach the subconscious. The surrealists borrowed many of the techniques used in psychoanalysis to bring the subconscious to the surface, so they could produce more authentic and powerful art. The methods they used include automatism (involuntary actions and processes not under the control of the conscious mind) – automatic painting, free association of images, collaborative creation through games such as Exquisite Corpse; dictating dream sequences; intuitive walking; and hypnosis.

Keywords: surrealism, subconscious, psychoanalysis

Introdução

O Surrealismo foi um movimento artístico criado em 1924, por André Breton, influenciado na obra de Sigmund Freud e Carl Jung que defendia que a chave para a criatividade e libertação mental estava localizada no subconsciente. Como tal, de modo a criar evitando os limites impostos pela racionalidade e pelo controlo moral seria indispensável aceder ao subconsciente. Este trabalho expõe os pontos de contacto entre a psicanálise e o surrealismo e propõe-se a explorar as técnicas utilizadas pelos psicanalistas de forma a aceder ao subconsciente, mais tarde apropriadas e adaptadas pelos artistas surrealistas.

Origens da Psicanálise

O termo psicanálise foi introduzido por Sigmund Freud, um neurologista vienense, desenvolvendo o conceito teórico em conjunto com outros colegas, nomeadamente Wilhelm Stekel, Paul Federn, Max Eitington, Alfred Adler, Hans Sachs, Otto Rank, Karl Abraham, Carl Jung, Sandor Ferenczi e Ernest Jones. Em 1886, Freud inicia uma colaboração com Josef Breuer, um médico com grande sucesso no tratamento da histeria a partir da “cura através da fala”. Breuer encorajava os doentes a falarem sobre si próprios, de modo a ajudá-los a recordar experiências traumáticas esquecidas, teorizando que os sintomas histéricos seriam o resultado de afetos suprimidos pelo trauma que se expressam através de sintomas físicos. Em conjunto, Freud e Breuer teorizam que os doentes poderiam ser curados através de técnicas de hipnose que permitissem a recuperação de memórias traumáticas, de modo a proporcionar a vivência de emoções anteriormente suprimidas (Safran, 2016). A psicanálise tornou-se então o primeiro sistema psicoterapêutico do mundo ocidental moderno a partir do qual muitas outras psicoterapias evoluíram posteriormente.

Caraterísticas da teoria psicanalítica

Apesar de alguma dificuldade numa caracterização unificada da psicanálise, as teorias psicanalíticas têm em comum vários princípios, nomeadamente o princípio de que todos os seres humanos são motivados por fantasias, desejos ou conhecimentos subconscientes; que a percepção das motivações subconscientes é promotora da escolha; que é necessário ênfase na exploração nos modos como evitamos sentimentos, pensamentos e fantasias dolorosas; que existe ambivalência relativamente à mudança; que a relação terapêutica é essencial de modo a explorar os processos conscientes e subconscientes de auto-boicote; que se deve utilizar a relação terapêutica como veículo principal de mudança; que é importante ter em conta que os modos de construção do passado e do presente têm um papel preponderante na perpetuação de padrões de auto-boicote (Safran, 2012).

Em 1923, Freud publica o livro “O Ego e o Id”, obra em que expõe a teoria central da psicanálise (Freud, 1923). Ele diferencia três agências com ação na psique humana, nomeadamente o id, o ego e o superego. O id estaria presente desde o nascimento e procura a satisfação imediata dos instintos, sem preocupações com o meio em redor ou com a realidade envolvente. O ego desenvolver-se-ia progressivamente a partir do id e permitiria ao indivíduo adaptar-se ao meio envolvente, atrasando ou modelando a necessidade de gratificação imediata, encontrando formas de canalizar as nossas necessidades instintivas de modo socialmente aceitável. O superego surgiria através da internalização dos valores e normas sociais vigentes, podendo originar sentimentos de culpa e de rejeição dirigidos aos nossos desejos e necessidades instintivas. A principal função do ego seria a mediação entre o id e o superego (Safran, 2016).

Outro conceito fundamental na psicanálise é o de subconsciente. O modelo freudiano original conceptualizava o subconsciente como memórias e afetos a si associados desviados da consciência por serem demasiado ameaçadores para o indivíduo. Mais tarde, Freud integrou no subconsciente, não só as memórias traumáticas reprimidas, mas também os impulsos e desejos instintivos que aprendemos como inaceitáveis através do condicionamento social. Adicionalmente, Freud distinguiu dois tipos de processos de funcionamento psíquico que ocorreriam concomitantemente, nomeadamente os processos psíquicos primários e os secundários. Enquanto que os processos secundários ocorreriam a nível da consciência e são a base do pensamento racional e reflexivo, os processos primários operam no subconsciente e seriam mais primitivos. Os processos primários estariam envolvidos nos sonhos e na fantasia, sendo processos onde o passado, o presente e o futuro seriam indistinguíveis e onde diferentes experiências e sentimentos se poderiam condensar em apenas uma imagem ou símbolo. Para Freud, todos nós somos “*strangers to ourselves*” e o nosso entendimento racional das nossas ações e motivações é frequentemente desadequado, “*We are not masters of our own houses*” (Safran, 2016).

A teoria psicanalítica defende que a fantasia tem um papel de destaque no funcionamento psíquico, nomeadamente no modo como as pessoas se relacionam com experiências externas e com os outros. As fantasias ocorrem tanto no meio consciente como subconsciente, sendo que as últimas estariam associadas a desejos instintivos de teor sexual ou agressivo. Ao longo do tempo, as fantasias alargaram as suas funções para servirem muitas outras funções psíquicas, como a necessidade de nos sentirmos em segurança, de regular a nossa auto estima e afetos, e de controlar as nossas experiências traumáticas. Teorizando que as fantasias ocupariam maioritariamente o nosso subconsciente, os psicanalistas defendem a sua exploração e interpretação como uma parte importante do tratamento psicanalítico (Safran, 2016).

Associadamente às fantasias, os sonhos eram considerados janelas para o subconsciente da psique humana, tal como teorizado por Freud, em 1900, na obra “A interpretação dos sonhos” (Freud, 1900). Esta obra atraiu a atenção de nomes proeminentes da medicina, como o do psiquiatra suíço Eugen Bleuler, permitindo a difusão e integração da psicanálise dentro dos principais círculos científicos europeus. Carl Jung, na altura um jovem psiquiatra no serviço de Eugen Bleuler, ganhou interesse na teoria psicanalítica e formou uma aliança com Sigmund Freud, interesse impulsionado por estudos que se encontraria a realizar ao adaptar metodologia psicológica experimental, de modo a estudar os processos inconscientes da psique humana através da associação de palavras (Makari, 2008).

A intervenção psicanalítica implica interpretação, um termo conceptualizado de forma a transmitir a tentativa do terapeuta tornar consciente aspetos do subconsciente intrapsíquico e das experiências interpessoais do cliente. Uma forma de interpretação focar-se-ia na interpretação dos sonhos, ou como Freud dizia, “*royal road to the unconscious*”. Os sonhos são considerados como formas de expressão e manifestação de desejos, sendo que todas as figuras dos sonhos representam diferentes aspetos do *self*. Como mecanismo de mudança é necessário tornar o subconsciente consciente, como expresso por Freud “*Where id has been there shall ego be*”. Primeiro é necessário tornar os nossos impulsos instintivos e desejos subconscientes perceptíveis à luz da consciência, de modo a posteriormente lidarmos com eles de forma racional e reflexiva. Freud acreditava que se não trouxéssemos o nosso subconsciente para a luz do consciente, estaríamos a tomar atitudes e a fazer escolhas limitadas pelo engano. Segundo o psicanalista, à medida que tornamos o nosso subconsciente mais claro, aumentamos a nossa escolha e livre arbítrio (Safran, 2016).

A evolução da Psicanálise

Atualmente a Psicanálise não é apenas uma vertente terapêutica já que teve um efeito profundo no desenvolvimento da cultura ocidental. Embora a Psicanálise tenha sido desenvolvida com o intuito de tratar sintomas que os médicos da altura não conseguiam endereçar, o trabalho e ambição dos envolvidos no desenvolvimento teórico e clínico da Psicanálise estenderam o seu intuito terapêutico para as vertentes sociais e culturais do mundo ocidental (Safran, 2012). Apesar de a Psicanálise não deter a relevância nos dias de hoje que detinha no século XX, é importante reconhecer que muitos dos nossos preceitos culturais e psicológicos foram moldados por ela.

A fascinação com o subconsciente: psicanálise e surrealismo

O Surrealismo foi um movimento artístico criado por André Breton, em 1924, influenciado pela obra de Sigmund Freud e Carl Jung. Este movimento baseava-se na noção de que a chave para a criatividade e para a libertação psíquica estaria localizada no subconsciente e que o único modo de chegar a ele seria criar deixando de parte os limites impostos pela racionalidade e pelo controlo moral vigentes. No entanto, ao contrário dos psicanalistas que exploravam o subconsciente com finalidade terapêutica, os surrealistas pretendiam transpor o subconsciente para a esfera consciente da nossa vida psíquica principalmente com finalidades artísticas e estéticas (Lingis, 2017).

André Breton era um estudante de medicina quando foi encaminhado para um hospital militar em 1915, de forma a cumprir serviço militar francês durante a I Guerra Mundial, sendo posteriormente transferido para um hospital psiquiátrico em Saint-Dizier, no norte de França. Aqui cresce o seu fascínio pela manifestação do trauma nos soldados, iniciando leituras de textos de eminentes psiquiatras e neurologistas da altura, como Jean-Martin Charcot, Emil Kraepelin, Constanza Pascal e Sigmund Freud (Lingis, 2017). Segundo o próprio,

“Completely occupied as I still was with Freud at that time, and familiar as I was with his methods of examination which I had had some slight occasion to use on some patients during the war, I resolved to obtain from myself what we were trying to obtain from them, namely, a monologue spoken as rapidly as possible without any intervention on the part of the critical faculties, a monologue consequently unencumbered by the slightest inhibition and which was, as closely as possible, akin to spoken thought” (Breton, 1972).

Breton associou-se a vários poetas e artistas, iniciando uma rotina de reuniões diárias em cafés para a prática de escrita e desenho automáticos, relatos de sonhos e sessões de hipnose. Muitos artistas passaram por estas reuniões regulares, destacando-se Louis Aragon, Luis Buñuel, Marcel Duchamp, Max Ernst, Alberto Giacometti, André Masson, Jean Miró, Man Ray e Yves Tanguy.

Enquanto que para Freud a associação livre era o seu principal método de acesso ao subconsciente, para Breton os automatismos eram essenciais. Os automatismos, como a escrita ou desenho automático, correspondem a ações ou processos involuntários, fora do controlo da consciência, utilizados como forma de aceder ao subconsciente. Os sonhos e os estados hipnagógicos eram também utilizados como representações da psique subconsciente, sendo que os surrealistas chegavam a praticar discursos em estados hipnóticos e a encenar *séances* como as que eram realizadas pelos médiuns. Outra prática comum entre os surrealistas era o jogo da Verdade ou Consequência, sendo que os artistas que participavam tinham de responder a todas as questões, independentemente do seu carácter privado ou embaraçoso. Para além disso, integravam o acaso no seu dia a dia, praticando deambulações intuitivas, passando por ruas e locais ao acaso, de modo a proporcionar encontros e situações ocasionais. O objetivo era explorar e tomar controlo sobre tudo o que é reprimido para o subconsciente pela pressão racional e moral exercida sobre todos os seres humanos (Lingis, 2017).

A prática surrealista envolvia também o repúdio pelo individualismo e pela noção de talento excecional, daí que práticas como a do *cadavre exquis* tenham sido amplamente utilizadas. Esta consistia num jogo em que cada participante desenhava ou escrevia numa folha, dobrando-a posteriormente de forma a ocultar a sua contribuição, passando ao próximo participante de modo a continuar a obra desde os últimos pontos do último contribuidor.

Breton estava interessado na manifestação de imagens reprimidas para o subconsciente devido ao seu carácter irracional e poético, permitindo a revelação de conexões não funcionais ou sem causalidade aparente (Breton, 1988). O autor francês terá pedido a Freud uma contribuição no livro que estaria a editar na altura intitulado “*Trajectoire du rêve*”, convite declinado e justificado pelo neurologista austríaco por

“The superficial aspect of dreams, what I call the manifest dream, holds no interest for me. I have been concerned with the ‘latent content’ which can be derived from the manifest dream by psychoanalytical interpretation. A collection of dreams without associations and knowledge of the context in which it was dreamed does not tell me anything, and it is hard for me to imagine what it can mean to anyone else” (Thiher & Polizzotti, 1997).

Enquanto que a interpretação psicanalítica reduzia a complexidade e intervariabilidade pessoal a um número limitado de símbolos e desejos, os artistas surrealistas ignoravam as interpretações e moviam-se por imagens subconscientes de coisas e motivos nunca antes vistos ou imaginados (Lingis, 2017).

Para Breton

“It is a question, not . . . of producing works of art, but of casting light upon the unrevealed and yet revealable portion of our being wherein all beauty, all love, all virtue that we scarcely recognize in ourselves, shine with great intensity” (Breton, 1972). A libertação do subconsciente iria então estender o leque das nossas possibilidades “The depths of our mind contain within it strange forces capable of augmenting those on the surface, or of waging a victorious battle against them” (Breton, 1972).

O Surrealismo caracterizado por Breton pretendia também combater a moralidade vigente fundada na opressão e hipocrisia, de modo a obter lucidez e integridade moral, ao ponto de excluírem grandes artistas do grupo, como Salvador Dalí e Jacques Lacan, por embate ideológico. Após o sucesso comercial de Dalí, este foi intitulado de “*Avida Dollars*” e expulso acusado de ganância e simpatia política com Franco. Quanto às relações de Lacan com o grupo, estas terão terminado após ter endereçado um convite de casamento religioso a Breton, já que o último acreditava que a libertação do subconsciente dependia da libertação da família, igreja e estado (Lingis, 2017). Segundo o próprio

“One can understand why Surrealism was not afraid to make for itself a tenant of total revolt, complete insubordination, of sabotage according to rule, and why it still expects nothing save from violence. The simplest Surrealist act consists of dashing down into the street, pistol in hand, and firing blindly, as fast as you can pull the trigger, into the crowd. Anyone who, at least once in his life, has not dreamed of putting an end to the petty system of debasement and cretinization in effect has a well-defined place in that crowd, with his belly at barrel level” (Breton, 1972).

Conclusões ou considerações finais

A Psicanálise surge no final do século XIX e acaba por ter uma influência que transborda os limites terapêuticos, invadindo toda a cultura do mundo ocidental, desde então. Um exemplo da grande influência da Psicanálise no meio sócio-cultural é a sua adaptação e utilização pelos surrealistas. Estes baseiam o seu movimento e manifesto na psicanálise e utilizam várias técnicas já amplamente empregadas pelos psicanalistas para trazer ao de cima o subconsciente, com o intuito de produzirem arte mais autêntica e menos limitada pelas normas morais e sociais impostas.

Fontes e bibliografia

- Bretón, A. (1972). *Manifestoes of surrealism*. Ann Arbor: University of Michigan Press. Ann Arbor Paperback.
- Bretón, A. (1988). *Mad love*. Trans. Mary Ann Caws. Lincoln: Bison Books.
- Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*. Standard Edition, 4-5. London: Hogarth Press, 1953.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. In J. Strachey et al. (Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIX. London: Hogarth Press.
- Khan Academy. (2023). *Surrealist Techniques: Subversive Realism*. Acedido a 20 setembro 2023, em www.khanacademy.org/humanities/art-1010/dada-and-surrealism/xd974a79:surrealism/a/surrealist-techniques-subversive-realism
- Lingis, A. (2017). This Immense Fascination with the Unconscious: Psychoanalysis and Surrealism. In *Contributions to phenomenology* (pp. 261-277). https://doi.org/10.1007/978-3-319-55518-8_15
- Makari, G. (2008). *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis*. Melbourne Univ. Publishing.
- MoMA Learning. (2023). *Surrealism – Tapping the subconscious: Automatism and Dreams*. Acedido a 20 setembro 2023, em www.moma.org/learn/moma_learning/themes/surrealism/tapping-the-subconscious-automatism-and-dreams/
- Safran, J. D., & Gardner-Schuster, E. (2016). Psychoanalysis (H. S. Friedman, Ed.). *ScienceDirect*; Academic Press. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780123970459001890?via%3Dihub>
- Safran, J. D., & Hunter, J. (2020). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. American Psychological Association.
- The Collector. (2023). *Surrealism: The Art of the Unconscious Mind*. Acedido a 20 setembro 2023, em www.thecollector.com/surrealism-art-of-unconscious-mind/
- Thiher, A., & Polizzotti, M. (1997). *Revolution of the Mind: The Life of André Breton*. World Literature Today, 71(1), 111. <https://doi.org/10.2307/40152591>

“Touched with fire” (2015): a escolha entre a sanidade e o amor

Andreia Filipe, Márcia Fonseca

Unidade de Saúde Familiar de Santa Maria – Tomar

E-mail: amfilipe.usfsm@gmail.com; mfonseca.usfsm@gmail.com

Resumo

“Touched with fire” é um filme que retrata a história de amor entre dois poetas com perturbação afetiva bipolar (PAB) cuja arte é alimentada pelos seus extremos emocionais. Esta obra tem como escritor e diretor, o cineasta e compositor americano Paul Dalio, também com PAB que se inspirou na sua própria luta contra a doença. Ao longo deste filme, as duas personagens principais experienciam os dois polos opostos da patologia, nomeadamente períodos de mania e depressão, passando por uma viagem de autodescoberta com posterior aceitação da doença. Neste período de autoconhecimento, famílias funcionais desempenham um papel crucial no apoio aos indivíduos com este diagnóstico. Nos finais do século XIX, Emil Kraepelin verificou que, apesar da variabilidade sindrômica da PAB, havia duas formas fundamentais da doença, sendo uma delas designada de “loucura maníaco-depressiva”, a qual cursa sem deterioração e com instabilidade sintomática, entidade representada neste filme.

Palavras-chave: perturbação afetiva bipolar, mania, depressão

Abstract

“Touched with fire” is a film that portrays the love story between two poets with bipolar disorder (BD) whose art is fueled by their emotional extremes. This work is written and directed by the American filmmaker and composer Paul Dalio, also with BD who was inspired by his own fight against the disease. Throughout this film, the two main characters experience the two opposite poles of the pathology, namely periods of mania and depression, going through a journey of self-discovery and subsequent acceptance of the disease. In this period of self-knowledge, functional families play a crucial role in supporting individuals with this diagnosis. At the end of the 19th century, Emil Kraepelin found that, despite the syndromatic variability of BD, there were two fundamental forms of the disease, one of which was called “manic-depressive madness”, which proceeds without deterioration and with symptomatic instability, an entity represented in this film.

Keywords: bipolar disorder, mania, depression

Introdução

A Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) é uma entidade psiquiátrica comum que se caracteriza por períodos assintomáticos, alternados com outros de descompensação clínica, cuja intensidade, duração e interferência no funcionamento variam entre doentes. A característica clínica essencial desta patologia relaciona-se com a presença de desvios antagónicos do humor, verificando-se períodos de depressão alternados com períodos de mania, que podem ou não ser acompanhados de sintomatologia psicótica. Areteu da Capadócia é reconhecido como o autor das primeiras descrições escritas referentes a melancolia e a mania, num conceito unificado de doença maníaco-depressiva. Mais tarde, nos finais do século XIX, Emil Kraepelin propôs uma divisão que viria a marcar indelevelmente a história da psiquiatria, distinguindo Psicose Maníaco-Depressiva de Demência Precoce, hoje conhecida como Esquizofrenia. Como exemplo cinematográfico de “loucura maníaco depressiva”, surge “Touched with Fire”, um filme que retrata uma história de saúde mental, amor e autodescoberta.

Paul Dalio

Paul Dalio nasceu a 8 de Dezembro de 1979 e cresceu em Wilton, Connecticut. É um roteirista, diretor e compositor americano. Em 2004, recebeu o diploma de bacharelato correspondente ao programa de redação dramática da New York University (NYU) Tisch School of the Arts. Posteriormente, mudou-se para Los Angeles, para trabalhar como produtor de cinema, altura em que sofreu um episódio maníaco, tendo sido hospitalizado e diagnosticado com Perturbação Afetiva Bipolar.

Nos anos que se seguiram, Paul parou de escrever roteiros, tendo participado em batalhas de rap sob o pseudónimo de “Luna”, abreviação de lunático. Mais tarde, em 2007, participou no Programa de Pós-Graduação em Cinema

da NYU, onde conheceu a sua esposa e colaboradora, Kristina Nikolova, bem como o seu professor, Spike Lee, que se tornou mentor e produtor executivo da sua estreia cinematográfica “Touched with Fire”. Inspirado na sua própria luta contra a doença, o escritor oferece através desta obra, um retrato holístico da saúde mental, proporcionando ao público uma autêntica jornada pelos dois polos opostos desta patologia. Este drama romântico foi lançado nos cinemas em Fevereiro de 2016, o qual teve um grande impacto na comunidade de saúde mental. Atualmente, Paul Dario, reside em Nova Iorque com a esposa, com quem casou em 2012, e os seus dois filhos. Trabalha como defensor dos direitos em organizações de saúde mental, participando ativamente como orador.

O filme

“Touched with Fire” retrata a história de amor entre dois poetas com perturbação afetiva bipolar cuja arte é alimentada pelos seus extremos emocionais. O filme inicia-se com Carla, interpretada por Katie Holmes, uma talentosa escritora que acabara de publicar o seu primeiro livro. Apesar do seu sucesso, procura saber mais sobre o tipo de pessoa que era antes de ser diagnosticada com a doença, pelo que se desloca ao hospital psiquiátrico com o intuito de verificar os seus registos. Frustrada por não conseguir aceder aos mesmos, acaba dialogando com a sua médica, que logo percebe que Carla se encontra clinicamente instável, e decide interná-la. Por outro lado, Marco, interpretado por Luke Kirby, é visitado pelo pai no seu apartamento, o qual se depara com múltiplos livros empilhados no chão em filas separadas e descobre que o seu filho decidiu despedir-se porque acredita que irá acontecer um Apocalipse, que o impede de sair do seu apartamento. Marco e Carla, acabam internados no mesmo hospital psiquiátrico, encontrando-se em sessões de terapia de grupo, após ambos terem abandonado a medicação. Quando se encontram juntos, surge uma química instantânea e intensa, levando a mania um do outro a novos patamares. Durante esta viagem de autodescoberta, Marco e Carla canalizam os seus períodos de mania para a arte, sendo o foco obsessivo de cada um, a luz emitida pela lua e pelo sol, respectivamente. Todas as noites, os protagonistas encontram-se na sala de atividades para partilhar a fantasia de se conectarem com a lua, enganando os médicos que acreditam que os mesmos estão a cumprir a terapêutica. Os protagonistas vivem um romance que traz à tona toda a beleza, bem como a escuridão da sua condição, afetando a sua vida familiar, social e profissional. À medida que ficam cada vez mais maníacos, acabam por ser descobertos e são separados pelos médicos, sendo obrigados a cumprir a terapêutica proposta. Meses depois, após a alta de ambos, acabam por se reencontrar, e decidem viver juntos. Carla acaba por engravidar e ambos planeiam trazer ao mundo uma criança milagrosa. Decidem pintar a imagem de “The Starry Night” de Van Gogh, nas paredes do seu apartamento, no entanto, acabam por ter uma discussão quando Carla descobre que Marco não tem tomado a medicação, dado estar convencido de que a sua doença é uma dádiva, valorizando a sua mania acima de tudo. Nessa fase, Marco fica agressivo, e Carla desesperada, faz um aborto. Neste período de autoconhecimento, as suas famílias desempenharam um papel crucial, nomeadamente na aceitação da doença e na promoção de estratégias eficazes que visaram a adesão terapêutica por parte das personagens principais. Apesar de todo o suporte familiar, ambos viveram um relacionamento instável marcado por fases maníacas, períodos de agressividade e incompreensão, humor depressivo e comportamentos auto-lesivos, os quais contribuíram para o término da relação. O filme termina com Carla e Marco, reunidos para a publicação do livro de poemas “Eclipse”, fruto da relação amorosa vivida durante a fase maníaca de ambos. Carla aparece com um novo namorado, apoiada pela família, enquanto que Marco mantém-se solteiro, mas desta vez, encontra-se clinicamente estável.

Associação entre criatividade e diátese bipolar

Kay Redfield Jamison, autora do livro “Touched with Fire: Manic-Depressive Illness And The Artistic Temperament”, é uma psicóloga e escritora americana, cujo seu trabalho é focado na Perturbação Afetiva Bipolar (PAB), doença que a própria padece. O livro de Jamison deu nome ao título do filme, tendo a própria uma participação especial no mesmo. No filme, Jamison, utilizando a sua própria experiência, diz ao casal que demorou algum tempo até à estabilização do seu humor, afirmando que os medicamentos foram uma dádiva de Deus e que a ajudaram a tornar-se mais feliz e produtiva. O seu livro foi publicado em 1993 e explora a associação entre a PAB e a atividade artística, explicando o porquê das maiores mentes artísticas da história serem bipolares (Fagerholm, 2016).

Ao longo do filme, são referidos alguns exemplos de figuras públicas, cujo percurso biográfico revelou-se sugestivo de uma perturbação bipolar subjacente. Um exemplo de um dos maiores artistas da história referidos no filme é Van Gogh, através da sua famosa obra “The Starry Night”, a qual representa a imagem do céu observada pelo interior da janela de um hospício em França, idealizada pelos olhos maníacos do pintor (Brussat, 2016). Também Lord Byron, poeta britânico e uma das figuras mais influentes do romantismo, foi citado na obra.

“Touched with fire” representa assim, a paixão vivida por dois poetas que canalizam os seus períodos de mania para a arte, ultrapassando os limites da sanidade.

Perturbação Afetiva Bipolar

A Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) é uma perturbação do humor crónica, cíclica, evoluindo por crises. Caracteriza-se por episódios de mania, de hipomania, de depressão e/ou episódios mistos. Inicia-se tipicamente na adolescência ou durante o início de vida adulta (Figueira, Sampaio, *et al.*, 2014). Afeta aproximadamente 1% da população, sendo considerada a quarta causa de perda de anos de vida ajustados por incapacidade nos mais jovens (Sampaio, Ribeiro, 2023). Os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento desta doença são a presença de história familiar, o baixo estatuto socioeconómico, o estado civil solteiro, a existência de eventos negativos na infância e lesões do sistema nervoso central (Firmino, Santiago, *et al.*, 2018).

A PAB, enquanto entidade nosológica, é bastante heterogénea, com diferenças ao nível de evolução, gravidade e combinação de formas de apresentação. Desta forma, atribuí particular relevo à distinção entre PAB tipo I, tipo II e ciclotímia, representando esta última uma forma subsindrómica da doença. Além das categorias referidas, a PAB inclui outras variantes sindrómicas, como os episódios com características mistas, em que se verifica a concomitância de sintomas depressivos e maníacos ou hipomaníacos no mesmo episódio, cujo significado clínico e terapêutico é importante salientar. Entre as variantes evolutivas, tem importância clínica e terapêutica a PAB com evolução em ciclos rápidos, caracterizada pela existência de quatro ou mais episódios por ano (Saraiva, Cerejeira, 2014).

A PAB tipo I enquadra a forma clássica da doença, “psicose maníaco-depressiva”, em que um único episódio maníaco é necessário e suficiente para o diagnóstico. Podem estar presentes períodos prévios ou subsequentes de mania, hipomania ou depressão (Saraiva, Cerejeira, 2014).

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-5), a mania caracteriza-se pela presença de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia persistentemente aumentada durante pelo menos uma semana, ou qualquer duração, se necessidade de internamento. Para que ocorra este diagnóstico, devem estar presentes três ou mais dos seguintes (quatro, se o humor for apenas irritável) em grau significativo, representando uma mudança notável do comportamento habitual:

- Aumento da autoestima ou grandiosidade;
- Diminuição da necessidade de dormir;
- Verborreia;
- Fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento;
- Distractibilidade;
- Aumento na atividade ou agitação psicomotora;
- Comportamentos com risco ou dano potencial.

Salienta-se ainda, que o distúrbio é suficientemente grave de modo a interferir marcadamente com o funcionamento social e ocupacional, justificar hospitalização para prevenir danos ao próprio ou a terceiros, ou evidenciar sintomas psicóticos, sendo que o episódio não é atribuível aos efeitos psicológicos de uma substância ou outra condição médica.

Em relação aos critérios de diagnóstico de depressão, segundo o DSM-5, estes incluem a presença de cinco ou mais dos seguintes, durante pelo menos duas semanas, sendo que pelo menos um dos sintomas é um dos dois primeiros infracitados:

- Humor deprimido;
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos;
- Perda de peso significativo ou diminuição/aumento do apetite;
- Insónia ou hipersónia;
- Agitação ou lentificação psicomotora;
- Fadiga ou diminuição de energia;
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessivos ou desadequados (que podem ser delirantes)
- Dificuldades de concentração ou indecisão;
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio/ plano específico para cometer suicídio.

Para que ocorra o diagnóstico de depressão, os sentimentos devem causar um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento. Para além disso,

o episódio depressivo não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a outra doença médica, não sendo melhor explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia ou outras perturbações psiquiátricas.

Para o diagnóstico de PAB tipo II, segundo o DSM-5, serão evidenciados um ou mais períodos de depressão e pelo menos um episódio hipomaniaco. Os sintomas referidos anteriormente para o diagnóstico de mania podem estar presentes durante um episódio de hipomania, diferindo apenas a duração, que será de quatro dias. As principais características que diferenciam os episódios de mania e hipomania podem ser consultadas na *Tabela 1*. Além disso, é evidente uma mudança inequívoca do funcionamento que não é característica do indivíduo, sendo observável por outros. Não é, porém, grave o suficiente para causar diminuição marcada no funcionamento ou necessitar de hospitalização, sendo que, se houver características psicóticas, o episódio é, por definição, maníaco. Esta alteração não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância.

	Mania	Hipomania
Duração	>1 semana	>4 dias
Distribuição do episódio	A maior parte dos dias; quase todos os dias	
Sintomas psicóticos	Pode ter	Não
Impacto funcional	Sim	Não
Necessidade de internamento	Sim	Não
Perigo para o próprio/terceiros	Sim	Não

Tabela 1. Descrição das principais diferenças entre episódios de mania e hipomania (Sampaio, Ribeiro, 2023).

A ciclotímia caracteriza-se pela presença de numerosos períodos em que existem sintomas hipomaniacos e depressivos, mas que nunca chegam a atingir o limiar diagnóstico para hipomania ou depressão. Os sintomas devem estar presentes mais do que metade do tempo num total de dois anos para as variações (um ano se crianças ou adolescentes), sem períodos livres entre os estados superiores a dois meses (Saraiva, Cerejeira, 2014).

O tratamento da PAB pode ser dividido em dois componentes principais: terapêutica em fase aguda (mania, hipomania ou depressão) e terapêutica de manutenção. Sendo esta patologia uma doença crónica, será relevante manter uma tabela psicofarmacológica ajustada que previna novas agudizações, sendo os estabilizadores de humor, elementos centrais nesta fase. Além do lítio, uma série de fármacos têm sido aplicados com bons resultados em fases de manutenção da doença, sendo o valproato de sódio, a carbamazepina e a lamotrigina, os mais usados na prática clínica. Outros fármacos igualmente considerados de primeira linha, com utilidade tanto em fases de agudização como de manutenção, são os antipsicóticos atípicos, especialmente o aripiprazol, a olanzapina e a quetiapina. Em fases de agudização com importante componente de agitação psicomotora, os antipsicóticos atípicos (especialmente com perfil sedativo) podem apresentar utilidade no tratamento transitório das alterações motoras e comportamentais (Firmino, Santiago, *et al.*, 2018).

As fases depressivas da PAB constituem um desafio terapêutico, já que existe o risco de o tratamento com antidepressivos poder provocar uma viragem maníaca. Não existe ainda consenso no tratamento desta fase da doença, embora algumas recomendações possam ser feitas neste domínio, entre as quais se destaca: os inibidores seletivos de recaptção de serotonina e o bupropiom que podem ser usados em combinação com um estabilizador de humor, devendo ser suspensos seis a oito semanas após resolução do quadro. Deve-se evitar o uso de antidepressivos tricíclicos pelo risco aumentado de viragem maníaca (Firmino, Santiago, *et al.*, 2018).

O abuso e dependência de substâncias, álcool e outras drogas é muito superior no doente bipolar, do que na população em geral, o que piora o prognóstico desta doença. Também a taxa de mortalidade por suicídio é significativamente superior à verificada na população geral em vários estudos, constatando-se que cerca de 10 a 15% dos doentes morrem por suicídio (Sampaio, Ribeiro, 2023). Deste modo, torna-se essencial a inclusão dos doentes num plano terapêutico individualizado, promovendo estilos de vida saudáveis e estratégias eficazes de automonitorização e prevenção de recaídas (Saraiva, Cerejeira, 2014).

Conclusões

Este retrato no cinema de “loucura maníaco depressiva”, entidade proposta por Kraepelin, representa a riqueza e heterogeneidade clínica da perturbação afetiva bipolar, a qual cursa sem deterioração e com instabilidade sintomática.

Através deste filme, Paul Dalio, usou a sua própria experiência com a doença, para oferecer ao público-alvo uma fantástica viagem pelos extremos emocionais desta patologia, demonstrando a interferência que a própria doença pode causar, não só no próprio indivíduo, mas também na família, nos amigos e na vida profissional. Convém, portanto, ser adotada uma abordagem multidisciplinar adaptada às várias fases da doença e necessidades do indivíduo, sendo a psicoeducação e a psicoterapia aspetos cruciais da terapêutica, sobretudo pelo papel importante que têm na desmistificação da doença mental.

Bibliografia

1. Firmino, H., Santiago, L., et al. (2018). *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. In: Edições Técnicas Lidel, 1ª edição. Lisboa; 178-183.
2. Figueira, M. L., Sampaio, D. et al. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. In: Edições Técnicas Lidel, 1ª edição. Lisboa; 79-102.
3. Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. In: Edições Técnicas Lidel, 1ª edição. Lisboa; 183-204.
4. Sampaio, D., & Ribeiro, H. P. (2023). *Psiquiatria Step by Step*. In: Edições Parsifal, 1ª edição. 167-186.
5. Barbieri, M. (2018). "Tocados pelo Fogo", a beleza poética e transtorno bipolar. *Jornal Universitário do Pampa: escrita colaborativa experimental*. Acedido a 6 de março de 2024, em <https://junipampa.info/cultura/tocados-pelo-fogo-a-beleza-poetica-e-transtorno-bipolar/>
6. Brussat, F., & Brussat, M. A. (2016). Touched with Fire – Directed by Paul Dalio – A rich drama about the interface between creative expression and mental illness. *Spirituality and Practise: resources for spiritual journeys*. Acedido a 6 de março de 2024, em <https://www.spiritualityandpractice.com/films/reviews/view/28327/touched-with-fire>
7. McDonald, M. (2016). 'Touched with Fire': a poignant drama about bipolar poets in love. *The Seattle Times*. Acedido a 6 de março de 2024, em <https://www.seattletimes.com/entertainment/movies/touched-with-fire-a-poignant-drama-about-bipolar-poets-in-love/>
8. International Movie Database (2024). *Paul Dalio*. Acedido a 6 de março de 2024, em <https://www.imdb.com/name/nm3297673/>
9. Fagerholm, M. (2016). Interviews – Magic Without Mania: Paul Dalio and Luke Kirby on "Touched With Fire". *Roger-Ebert.com*. Acedido a 6 de março de 2024, em <https://www.rogerebert.com/interviews/magic-without-mania-paul-dalio-and-luke-kirby-on-touched-with-fire>

Leonard Cohen: da palavra à terapia. Exercício de medicina narrativa

António de Vasconcelos Nogueira

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

E-mail: a.vasconcelos@ua.pt

Resumo

Leonard Cohen parecia predestinado a seguir os passos dos seus antepassados rabinos, do pai e dos tios, homens de negócios, em Montréal, Qc. Órfão de pai, aos 9 anos, dependente dos tios, estudou poesia e música na Westmount High School. Formou-se em Artes (Literatura Inglesa, Comércio e Direito) na McGill University. Integrou o *Grupo de Poetas de Montréal*. Publicou os primeiros livros. Graduação em Literatura Inglesa e Norte-Americana na Columbia University. Rutura com os tios e a sua Congregação. Neste percurso, manifestam-se crises e sintomas depressivos, cujas estratégias de *coping* passam pela música, poesia, crenças religiosas, comportamentos aditivos, e.g. sexo e consumos, que prevalecem ao longo da vida. A partir das fontes publicadas, tentámos compreender a pessoa, o seu contexto e legado, os fatores que predispueram e mantiveram quadros de psicopatologia, os comportamentos aditivos associados à criatividade produtiva, com reconhecimento internacional da sua carreira literária e artística.

Palavras-chave: Leonard Cohen, depressão, medicina narrativa, poesia

Abstract

Leonard Cohen seemed to be predestined to follow in the footsteps of his ancestors, rabbis, his father and uncles, businessmen, in Montreal, Qc. Fatherless at the age of 9, dependent on his uncles, he attended Westmount High School where he studied poetry and music. Graduated from McGill University with B.A. (English Literature, Commerce and Law). He involved himself with the Montreal Group of Poets. Published the first books. Pursued English and American Literature at the Columbia University. He broke up with his uncles and Congregation. In this framing, Cohen had crises and depressive symptoms. His coping strategies include music, poetry, religious beliefs, addictive behaviours, e.g. sex and consumptions, which prevail throughout his life. Based on published sources, we tried to understand the person, his context and legacy, the factors that predisposed and maintained psychopathology, the addictive behaviours linked to productive creativity with international recognition of his literary and artistic career.

Keywords: Leonard Cohen, depression, narrative medicine, poetry



Source: BBC News 17 November 2016

“I came so far for beauty. I left so much behind.
My patience and my family. My masterpiece unsigned.”

Leonard Cohen, álbum *Recent Songs* (1979)

“O amor não nos permite concluir que fomos feitos um para o outro.
Mas que somos feitos um do outro.”

Eduardo Sá (2023). *Pequeno Livro do Amor*

Introdução

Leonard Cohen é uma referência literária e discográfica na América do Norte e Europa, associado a mitos de *trovador moderno*¹ com as suas musas, iconoclasta, *romântico depressivo*². Adere a movimentos de contracultura. É sensível à doença e perda de pessoas significativas. Em adulto, a depressão torna-se recorrente. Às crises reage com

¹ Ondaatje (1970), 21-22; Měšíc (2016), 134-146.

² Purdy & Djwa (1967), 32-42; Scobie (1978), 4.

o consumo de substâncias, psicofármacos, estratégias emocionais de evitamento, inúmeros *affaires*, criatividade intensa, busca espiritual. Consagração em vida e póstuma. **Objetivo** deste estudo: Desconstrução de imagens e representações a seu respeito. Situar em contexto este caso (a pessoa, vida e obra), os conflitos, as contradições, os seus problemas afetivos e de saúde. **Método:** Análise de conteúdo em fontes impressas, discografia, filmografia, e outra literatura, na BAnQ³ e na Web.

Discussão

De Leonard Cohen pode dizer-se que os seus livros são controversos. Tiveram poucas vendas. Foram provavelmente pouco lidos. A sua música é eclética, com influência de ritmos, baladas *folk* e *country*, *blues*, *jazz*, *gospel*. Os seus álbuns, aclamados pela crítica, tiveram vendas modestas. Foi esquecido como escritor. É referenciado como autor de letras e músicas deprimentes. **Argumentos.** Sobre Leonard Cohen tem-se produzido literatura de natureza jornalística, biográfica, documental, académica, conteúdos nas redes, com particular foco para aspetos da sua vida e obra, sem uma leitura criteriosa das fontes, do contexto, da sua psicopatologia. O tratamento dado a problemas com a saúde, e.g. a depressão, traços compulsivos e obsessivos, o sexo e os relacionamentos, os consumos aditivos, a busca contínua e insatisfatória pela espiritualidade, surgem desconetados e menos desenvolvidos. **Factos.** Em Montréal, Qc., no cemitério da Congregação Shaar Hashomayim a sua lápide tem gravado 1934-2016. Outra pedra completa o epitáfio: 82 anos. Omito: Westmount e Los Angeles, que são marcos importantes da sua vida pessoal e artística.

“Se essa for a Tua vontade”⁴

Bio. Leonard Cohen é reservado quanto a detalhes da sua vida privada. Descende de Judeus conservadores da classe média-alta, rabinos e homens de negócios, que emigraram da Polónia (1860) e da Lituânia (1920) para o Canadá. Recebeu os nomes hebraicos *Eliezer* e *Cohen*, que associa à sua vocação profética através do uso da palavra e da música. **O meio.** Montréal tem um histórico de migrações e divisões entre comunidades, distribuídas entre anglófonos, francófonos e bilingues, protestantes, católicos-romanos, judeus e outros⁵. **Os pais.** Masha Klonitsky-Klein e Nathan Bernard Cohen casaram-se em 1927. Tiveram a Esther (4 anos mais velha) e a si. A família habita o bairro anglófono de Westmount. Os pais tinham diferença de idades (o pai era 14 anos mais velho do que a mãe), de personalidades, formações e vocações. O pai era engenheiro de dragagens; a mãe, enfermeira. **Estilo parental.** Uma infância com rotinas estruturadas. A família Cohen tinha ao seu serviço uma governanta, uma ama, um motorista e jardineiro. O pai é descrito como figura *edwardiana*, maciço, formal e reservado, comprometido com os seus negócios, a família, as instituições e a comunidade. Não era dado a leituras, com exceção para a *Reader's Digest* (fund.1922), ainda que tivesse uma coleção de clássicos britânicos⁶. Outros interesses: música de câmara, fotografia e cinema documentário amador⁷. A mãe foi enfermeira durante a I Guerra Mundial e voluntária na Cruz Vermelha e no *Jewish Hospital of Hope* de Montréal (1942-1966)⁸, uma “profissional do sofrimento e da perda”⁹. Cantarolava peças de folclore em russo e yiddish. Traço *tchekhoviano* ou “melancólico” [depressivo]¹⁰, para cuja psicopatologia terá contribuído o seu passado de perseguição aos Judeus, a imigração, a sobrecarga como cuidadora, fadiga por compaixão. **Educação.** Órfão do seu pai, Nathan, aos 9 anos. Frequentou a escola judaica e as escolas públicas. Foi bom aluno. Aborrecia-o a rotina. Gostava mais de atividades extracurriculares, e.g. artes e natação. A mãe encorajou-o a aprender piano. Ficou-se pela guitarra. Graduou-se em Literatura Inglesa pela Universidade McGill, em Montréal. Ligação ao *Grupo de Poetas de Montréal*. Desistiu da pós-graduação em Direito na Universidade Columbia, em Nova Iorque. Um percurso sinuoso entre a Literatura e o Direito descrito como “paixão sem sensualidade” e “amor sem clímax”¹¹. **Expectativas.** Que fosse rabino, como os seus avós; oficial, como o seu pai e tio Horace, na I Guerra Mundial (1918). Que se ocupasse dos negócios da família paterna, seguindo advocacia.

³ BAnQ acrónimo de Bibliothèque et Archives nationales du Québec, La Grande Bibliothèque à Montréal, Canada.

⁴ Tema *If It Be Your Will* do álbum *Various Positions* (1984).

⁵ Poulot (2021), 111-123; Brierre & Vassal (2014), 22-24; 29.

⁶ Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 79; Nadel (2007), 7; 15-16; Simmons (2018), 8.

⁷ Parte dos quadros filmados da infância de Leonard e Esther foram utilizados no documentário *Ladies and Gentleman... Mr. Leonard Cohen* (1965), do National Film Board of Canada. Ver: Nadel (2007), 16.

⁸ Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 81; Manzano (2019), 16-17.

⁹ Manzano (2019), 17.

¹⁰ Nadel (2007), 8; Simmons (2018), 5.

¹¹ “passion without flesh”; “love with no climax”. Nadel (2007), 51; Manzano (2019), 46.

Que fosse médico, para tratar pessoas como a avó materna, Esther, com cancro de estômago, e o seu pai, Nathan, com doença pulmonar crónica e hipertensão. Contraria as expectativas. Vários **empregos temporários**, inclusive, nas empresas do seu falecido pai e tios paternos, e **interesses**. De início, quer ser escritor. Escreve e lê poemas para atrair raparigas. Torna-se músico, com idêntico propósito.

Estratégias para lidar com os seus problemas e o sofrimento emocional – hipóteses

H1 Luto prolongado dos 9 aos 13 anos¹². A vinculação insegura na infância e em adulto agravou e manteve quadros de ansiedade e depressão recorrente. H2 O evitamento através dos consumos aditivos e do sexo com muitas parceiras. H3 Os seus sintomas de depressão podem remeter para a perturbação de humor de tipo maníaco-depressivo ou bipolar, com picos de intensa atividade criativa sob efeito de anfetaminas e ácido (LSD) e quadros depressivos. H4 A desregulação do humor pode contribuir para o aumento da sensibilidade introspetiva e predispor à criatividade¹³. H5 Ira Nadel (1994) crê que Cohen reunia sintomas para neurastenia DSM-IV (1994), à qual os Judeus ashkenaze seriam predispostos¹⁴. Nadel generaliza. H6 Os seus sintomas de depressão podem resultar de fatores endógenos, e.g. predisposição para a ansiedade e depressão por via materna; fatores exógenos, e.g. desestruturação familiar após a morte do pai, rutura com os tios paternos e primos, com a sua Congregação, estilo de vida boémio, consumos, intensa produção literária e artística, digressões. H7 A depressão tornou-se recorrente e reativa a perdas significativas, e.g. de Marianne Ihlen, a musa e o amor da sua vida; a separação de Suzanne Elrod, mãe dos seus filhos Lorca e Adam. H8 O perfeccionismo como traço ansiogénico e obsessivo-compulsivo. Nadel¹⁵ refere o *dilema de Schubert-Cohen*, considerando que Schubert, quando pensava escrever música de amor, escreveu música de dor, e *vice-versa*, tal como Cohen. H9 Amnésia dissociativa para acontecimentos traumáticos ou como tal percebidos¹⁶. H10 Os seus sintomas sobrepõem comorbilidades e efeitos de intoxicação por consumo de substâncias (café, tabaco e canabinoides, álcool¹⁷, ácido, e.g. LSD, anfetaminas ou *speed*, e.g. Mandrax¹⁸, Ritalina¹⁹) e psicofármacos²⁰. Sob efeito destas substâncias escreve alguma poesia²¹ e o romance *Beautiful Losers* (2003; 1966^{1a})²².

¹² Órfão aos 9 anos. O velório é descrito em *The Favorite Game* (2003; 1963^{1a}). A perda do pai é menos sentida emocionalmente: “I didn’t miss a step,/There’s nothing I can lose.” Cohen (2018; 1964¹ ed.). *Flowers for Hitler*, 8. Ver tb.: Cohen (2022). *A Ballet of Lepers. A Novel and Stories*, 167. Talvez, devido à idade do pai, à sua doença pulmonar crónica e hipertensão arterial, sequelas da sua participação na I Guerra Mundial, em 1918, como oficial da Força Expedicionária Canadiana, com internamentos frequentes, que o afastou dos negócios familiares por incapacidade. Ver: Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 78; Nadel (2007), 15; 18; Pleshoyano (2020), 167; Simmons (2018), 8; Manzano (2019), 18-19; Shaw (2020). O ritual de despedida favorece a resolução do luto, que é uma adaptação à perda significativa. Leonard descoseu o laço do pai, introduziu uma pequena mensagem, e enterrou o laço no canteiro do jardim, onde se plantavam lírios. Guardou para si dois objetos paternos: o revólver e o punhal. Ver: Cohen (2003; 1963¹). *The Favorite Game. A Novel*, 15; Manzano (2019), 19-20; Nadel (2007), 17; Simmons (2018), 13. A exteriorização afetiva mais expressiva deu à perda do seu cão, Tinkie, companheiro inseparável da sua adolescência. Em criança, aos 10 meses, há uma fotografia com o seu primeiro cão, Kelef. Do seu segundo cão, Tinkie, guardou outra fotografia. Poema *To Tinkie*. Cohen (2018). *The Flame. Poems and Selections from Notebooks*, 238-239. Nunca mais voltou a ter cães como animais de companhia (Nadel, 2007, 16). Curiosamente, teve gatos, que lhe apareceram na sua casa, em Hydra, na Grécia. Outras fotografias: Um gato surge nos braços de Dominique Issermann, sua companheira (Nadel, 2007); outro gato sobre a sua mesa, na sua casa, em Los Angeles (Manzano, 2019).

¹³ Pedro, C., Jorge, B., & Duarte, M. (2021), 246.

¹⁴ “étant souvent sujets à des appréhensions sans fondement et à la dramatisation de faits anodins.” Nadel (1994), 62.

¹⁵ Nadel (2007), 183.

¹⁶ Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 77-78; 84-85.

¹⁷ Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 170; 186.

¹⁸ Simmons (2018), 229; 231; 242; Freedman (2016), 22.

¹⁹ A Ritalina é o nome comercial do fármaco cuja substância ativa é o metilfenidato, um estimulante do sistema nervoso central, prescrito no tratamento da perturbação de hiperatividade e *déficit* da atenção, a que se tinha acesso livre em Hydra. Ver: Simmons (2018), 189.

²⁰ “My medicine/Has many contrasting flavours.” Cohen (2006^{1a}). *Book of Longing*, 17. À época, Cohen tentou de tudo para a depressão: meperidina (Demerol), analgésico opioide; antidepressivo tricíclico IMAO (Desipramina), descontinuado devido à sua cardiotoxicidade; paroxetina (Paxil); sertralina (Zoloft); bupropiom (Wellbutin); effexor (Venlafaxina); metilfenidato (Ritalina); focalin (Dexmetilfenidato); fluoxetina (Prozac). Ver: Aiken (2020); Gilmore (2016); Manzano (2019), 238; Simmons (2018), 369; Allan Showalter (2019a).

²¹ Poema *Indictment of the Blue Hole*: “My abandoned narcotics have/Abandone me.” Cohen (2018; 1964¹). *Flowers for Hitler*, 7.

²² Quando acabou de escrever *Beautiful Losers* (1961), fez jejum para *detox* e alucinou durante uma semana. Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 111. Aderiu ao espírito dos movimentos de contracultura, que tinham as drogas como ancestrais e

Por que motivo Leonard Cohen não recorreu à psicoterapia para lidar com estes problemas?

H1 Por descrença nos seus resultados²³. H2 Por que implementou outras estratégias apaziguantes, como rituais, jejuns para *detox*, alimentação *kosher*, macrobiótica, vegetariana. H3 Crises depressivas levaram-no a tratamento psiquiátrico. H4 Por busca espiritual e literária contínua e insatisfatória, com influências do Cristianismo, da Cientologia, da Cabala, do Sufismo, do Budismo Zen e do Hinduísmo Vedanta, na sua obra e música.

Compaixão pelos doentes

Desde a infância, Leonard Cohen demonstrou sensibilidade com as pessoas doentes. Exemplos. O pai, Nathan, regressado da I Guerra (1918) com doença pulmonar crónica e hipertensão. O avô materno, Solomon, com demência. A avó materna, Esther, com cancro de estômago. A mãe, Masha, com depressão e leucemia, internada durante vários meses no *Allan Memorial Institute* (1940-2015), hospital psiquiátrico de Montréal. A exaustão e tentativa de suicídio de Abraham Klein, figura de destaque na comunidade judaica e uma das suas referências no *Grupo de Poetas de Montréal*. Outras pessoas significativas, e.g. visita a um amigo no *Douglas Hospital* em Verdun, Montréal²⁴; Axel Jensen²⁵, filho de Marianne Ihlen, a musa e o amor da sua vida; Irving Layton, com Alzheimer, no *Maimonides Geriatric Centre* (est.1910) de Montréal²⁶. Atuações em hospitais psiquiátricos em Montréal²⁷, Londres²⁸, e na Califórnia²⁹.

Da palavra à terapia

Leonard Cohen fez da palavra o seu ministério através da escrita e das suas músicas. Chama a si o papel de profeta, na medida em que a palavra vive em nós. Faz-nos entrar na relação de intimidade Eu e Tu. O profeta pensa-se intermediário nos planos do sagrado e do profano, ao interpretar a disposição divina e a condição humana. O poeta, também. Os principais profetas do Antigo Israel foram poetas. No documentário *The Song of Leonard* (1980) para a CBC, Irving Layton associa a melancolia dos temas de Leonard Cohen aos *trovadores* medievais da Provença e à condição judaica, porque Cohen não estabelece fronteiras entre a poesia e a música, o erotismo e o sagrado. Faz, também, do consumo de substâncias fator de recreação, estimulação criativa e medicinal, congruente com os movimentos de contracultura *beatnik*, *hippie*, e a sua *entourage*.

recreativas. Nadel (2007), 104; Manzano (2019), 45. Sentia-se como “evangelista *New Age*”. Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 100. Tendo experimentado outras substâncias alucinogénicas, e.g. com Trocchi e o ópio, no poema *Alexander Trocchi, Public Junkie, priez pour nous*, em *Flowers for Hitler* (2018; 1964^{1a}), não optou pelo seu consumo continuado, devido ao efeito de dependência e morte dos consumidores, a quem conheceu. Cohen (2019). *Interviews et conversations*, 112; Simmons (2018), 132-133.

²³ “I think that psychological explanations can be valuable and that psychotherapy can be valuable for some people, but the fundamental question of how and why people are as they are is something that we can’t penetrate in this part of the plan, that we simply cannot grasp, and the feelings that arise – we don’t determine what we’re going to see next, we don’t determine what we’re going to hear next, taste next, feel next or think next, we don’t determine, yet we have the sense that we’re running the show.” – Stina Lundberg interviews Leonard Cohen, Paris (2001).

“So, it was an opinion of mine, based on no research or evidence—well, evidence, yes, because I saw my friends in therapy did not look improved. [...]. I preferred to use drugs. I preferred the conventional distractions of wine, women and song. And religion. But it’s all the same.” DiGiacomo (2001).

“For one reason or another, I didn’t have any confidence in the therapeutic model. Therapy seems to affirm the idea unconditionally of a self that has to be worked on and repaired. And my inclination was that it was holding that notion to begin with that was the problem – that there was this self that needed some kind of radical adjustment. It didn’t appeal to me for some odd reason.” – Bernhard (2011). Ver tb.: Simmons (2018), 369.

²⁴ Filme documentário *Ladies and Gentleman... Mr. Leonard Cohen* (1965). *National Film Board of Canada*, dirigido por Don Owen e Donald Brittain.

²⁵ Filme documentário *Little Axel* (2021), de Fabien Greenberg e Bård Kjølge Rønning.

²⁶ Nadel (2007), 277; Simmons (2018), 424; 434.

²⁷ Simmons (2018), 239-240; Manzano (2019), 120.

²⁸ Simmons (2018), 235-238; Braidwood (2009), 6-7.

²⁹ Simmons (2018), 238.

Temas fraturantes

O tratamento da guerra e das revoluções na sua obra poética, reflete a sua visão de vida, a maneira como entendeu o seu tempo e a condição humana³⁰.

“Não há cura para o amor”³¹

Leonard Cohen escreve a partir da sua experiência íntima. Porém, o prazer imediato gera o vazio. Existem tensões entre o seu compromisso com a escrita, a música e o amor. A presença feminina é uma constante na sua vida. A uma observação de Jennifer Warnes sobre sexo casual e o foco de SIDA em Los Angeles, comentou: “Bem, querida, não há cura para o amor.”³²

Contradições e completude

Leonard Cohen nasceu de “fato”³³. Tem uma infância segura em tempos inseguros, e.g. Grande Depressão anos 1930. Órfão desde a infância. A sua vida privada e artística é intensa e atribulada. A sua insegurança e o falhanço nos seus relacionamentos remete-nos para a hipótese de vinculação insegura na infância e em adulto. Rutura familiar e demarcação da sua Congregação. A mãe tornou-se indulgente em relação ao seu comportamento. Contencioso com Suzanne Elrod, mãe dos seus filhos Lorca e Adam, pela sua custódia, e com Kelly Lynch, gestora da sua carreira, que se apropriou dos seus ativos financeiros. Leonard Cohen encontra na noção judaica de *teshuvah* (hebr. תשובה sign. regresso; retorno; arrependimento) e das suas leituras do livro de Isaías (Is. 43, 1), o sentido de perdão, porque nem o êxito é inteiramente seu, nem a culpa pelo que há de errado na sua vida o é, na medida em que a pessoa não tem controlo completo das circunstâncias. Combina o hedonismo com o minimalismo. Não encontra a cura através das estratégias descritas, mas aprendeu a ganhar outra perspetiva sobre os seus problemas, talvez, a compreensão e aceitação dos seus conflitos internos, ao entender os seus pensamentos como fenómenos da sua mente, não como a realidade em si³⁴. A 28 de julho de 2016, Cohen teve notícia do passamento da sua musa Marianne Ihlen, com leucemia, a quem escrevera uma mensagem de despedida, por Email³⁵. O seu amor prevaleceu. A 7 de novembro de 2016, Robert Kory informou que Leonard Cohen morreu na sua casa de Los Angeles, após queda no dia anterior, durante o sono, de forma “repentina, inesperada e pacífica.”³⁶

³⁰ Estes são os principais marcos da história ocidental no período cronológico de Leonard Cohen: Grande Depressão (anos 1930), Guerra Civil Espanhola (1936-1939), final do pontificado de Pio XI (1939), II Guerra Mundial (1939-1945), movimento de contracultura Beatnik (anos 1950), Revolução Cubana (1953-1959), Guerra no Vietnam (1955-1975), movimento de contracultura Hippy e Beatles, a Pop Art (anos 1960), Revolução Tranquila e o separatismo no Québec (anos 1960), Incursão na Baía dos Porcos, em Cuba (1961), Concílio Vaticano II (1962-1965), ativismo de Nelson Mandela contra o Apartheid (1962-1990), Assassinato de J. F. Kennedy (1963), Assassinato de Malcolm X (1965), Ditadura dos Coronéis na Grécia (1967-1973), Assassinato de Martin Luther King Jr. (1968), Guerra do Yom Kippur (1973), movimento de contracultura Rap (início dos anos 1970) e Punk (meados dos anos 1970), Revolução Etíope (1974) que depôs o imperador Haile Selassie, *Solidarność* (década 1980), *Glasnost* (1986-1991), Queda do Muro de Berlim (1989), atentados de Atocha, Madrid a 11 de março (2004), atentados de 11 de setembro (2001) ao World Trade Center, Eleição de Donald J. Trump (2016).

³¹ Tema *Ain't No Cure For Love* do álbum *Famous Blue Raincoat* (1987).

³² Título da canção *Ain't No Cure for Love* do álbum *Famous Blue Raincoat* (1987) e do álbum *I'm Your Man* (1988). Jennifer Warnes, compositora, intérprete e produtora, foi vocalista de Cohen nas digressões entre 1972-1979. Ver: Nadel (2007), 244.

³³ Alusão ao seu gosto por fatos e ao negócio têxtil do seu pai, dos seus tios paternos e primos. Ver: Simmons (2018), 4.

³⁴ Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst H, et al. (2002), 275-287.

³⁵ Filme documentário *Marianne and Leonard: Words of Love* (2019), de Nick Broomfield.

³⁶ “*The death was sudden, unexpected and peaceful.*” Sisario (2016). Ver tb.: Simmons (2018), 544. A declaração de Robert Kory, agente de Leonard Cohen, ao *New York Times*, a 16 de novembro de 2017, refere dois fatores importantes: a queda e a leucemia, cujo nexo de causalidade pode ser explicado por dedução hipotética. H1 O tratamento da leucemia pode aumentar o risco de queda. H2 Um dos sintomas comuns associados à leucemia é a de coagulação sanguínea defeituosa, devido a baixos níveis de plaquetas. H3 A queda pôde causar hemorragia interna, agravada pela deficiente coagulação. Ver tb.: Showalter (2019b).

Considerações finais

Leonard Cohen fez da celebração da palavra uma forma de terapia³⁷ e “espiritualidade do trabalho”³⁸. Os referentes *trovador moderno*³⁹ e *romântico depressivo*⁴⁰ são anacrônicos. Perdas e ganhos resultam de vinculação insegura, evitamento e depressão reativa, que envolve “protesto, desespero e desapego.”⁴¹ Tornou-se escritor e cantor por razões económicas⁴². A depressão serviu de “pano de fundo” do seu trabalho, mas não de “estímulo”⁴³. O seu caso contribui para desmistificar o problema da doença mental associada à criatividade artística.

Fontes e bibliografia final

- Aiken, C. (2020, May 28). What Leonard Cohen can teach us about depression, *Psychiatric Times*, 37(5), 27. Acedido em 22 de jan. de 2023. Disponível em <https://www.psychiatrictimes.com/view/what-leonard-cohen-can-teach-us-about-depression>
- Braidwood, P. (2009). The night Leonard Cohen played just for us, *South West London and St. George's Mental Health NHS Trust Newsletter*, Spring, 6-7. Acedido em 31 de ago. de 2023. Disponível em <http://molistoni.cat/lc/70henderson.htm>
- Brierre, J.-D., & Vassal, J. (2014). *Leonard Cohen par lui-même*. Paris: Cherche Midi.
- Cohen, L. (2022). *A Ballet of Lepers: A novel and stories*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Cohen, L. (2019). *Leonard Cohen: Interviews et conversations*. Paris: Éditions Nova.
- Cohen, L. (2018^{1a}). *The Flame. Poems and Selections from Notebooks*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Cohen, L. (2018). *Flowers for Hitler* [1964^{1a}]. Toronto: McClelland & Stewart.
- Cohen, L. (2006^{1a}). *Book of Longing*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Cohen, L. (2003). *Beautiful Losers*. [1966^{1a}]. Toronto: McClelland & Stewart.
- Cohen, L. (2003). *The Favourite Game* [1963^{1a}]. Toronto: McClelland & Stewart.
- DiGiacomo, F. (2001, October 15). Look who's Back at 67: Gentle Leonard Cohen. Interview, *New York Observer*. Acedido em 31 agosto. Disponível em <https://observer.com/2001/10/look-whos-back-at-67-gentle-leonard-cohen/>
- Freedman, H. (2021). *Leonard Cohen: The mystical roots of genius*. London: Bloomsbury Continuum.
- Gillath, O., Karantzas, G. C., & Fraley, R. C. (2016). *Adult Attachment: A Concise Guide to Theory and Research*. New York: Academic Press.
- Gilmore, M. (2016, November 30). Leonard Cohen: Remembering the life and legacy of the poet of brokenness, *Rolling Stone*, Acedido em 19 de janeiro de 2023. Disponível em <https://www.rollingstone.com/music/music-features/leonard-cohen-remembering-the-life-and-legacy-of-the-poet-of-brokenness-192994/>
- Lundberg, S. (2001). *Interviews Leonard Cohen*, Paris. Acedido em 31 de agosto. Disponível em <https://www.youtube.com/playlist?list=PLsvY6yc5hKxX5NTZOIQbAhYGbovWLMd7M>
- Manzano, A. (2019). *La biografía: Leonard Cohen*. Barcelona: Libros Cúpula | Editorial Planeta.
- Měšic, J. (2016). Leonard Cohen: The Modern Troubadour, *American & British Studies Annual*. University of Pardubice [Bohemia, Czechia], vol. 9, 134-146.
- Nadel, I. (2007). *Various Positions. A life of Leonard Cohen*. Austin: University of Texas.
- Nadel, I. (1994). *Leonard Cohen: A Life in Art*. Toronto, On.: EWC Press.
- Ondaatje, M. (1970). *Leonard Cohen*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Pedro, C., Jorge, B., & Duarte, M. (2021). Doença bipolar e criatividade, que fronteiras? In A. L. Pereira & João Rui Pita (coords.), *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XI* (pp. 245-250). Coimbra: SHIS.

³⁷ “nothing gets me high and offers relief from the suffering like blackening pages, writing.” Cohen (2018). *The Flame. Poems and Selections from Notebooks*, Foreward (s/p)

³⁸ Sá (2023), 19.

³⁹ Ondaatje (1970), 21-22; Měšic (2016), 134-136.

⁴⁰ Purdy & Djwa (1967), 32-42; Scobie (1978), 4.

⁴¹ Gillath, Karantzas, & Fraley (2016), 13.

⁴² “I wrote for love./Then I wrote for money.” Cohen (2006^{1a}). *Book of Longing*, 89.

⁴³ Originalmente: Saunders (2001). Retomado em Showalter (2022).

- Pleshoyano, A. (2010). La poésie lyrique de Leonard Cohen : lieu d'un déploiement de la mystique juive. *Théologiques*, 18(2), 163-186. <https://doi.org/10.7202/1007485ar>
- Poulot, ML. (2021). Branding Cosmopolitanism and Place Making in Saint Laurent Boulevard, Montreal. In: Lejeune, C., Pagès-El Karoui, D., Schmoll, C., Thiollot, H. (Eds). *Migration, Urbanity and Cosmopolitanism in a Globalized World*. IMISCOE Research Series. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67365-9_9
- Purdy, A. W., & Djwa, S. (1967). Leonard Cohen: Black Romantic. In G. Woodcock, D. Stephens, & W. H. New (Eds.). *Views of Leonard Cohen. Canadian Literature. University of British Columbia, Vancouver, Ca.*, Autumn 34, 32-42. <https://canlit.ca/full-issue/?issue=34>
- Sá, E. (2023). *Pequeno Livro do Amor*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Saunders, D. (2001, September 1). State of Grace. Contributed by Elizabeth Hoffman and James Chan. *Toronto Globe and Mail*. Acedido em 21 de janeiro de 2023. Disponível em <http://www.webheights.net/10newsongs/press/globe.htm>
- Scobie, S. (1978). *Leonard Cohen*. Vancouver: Douglas & McIntyre.
- Shaw, R. W. (2020). *The Cohens of Budvieciai, Maberly and Montreal*. <http://www.perthhs.org/documents/Cohens-Maberly.pdf>
- Showalter, A. (2022, January 22). *My depression might have been the background of my work, but not the spur, not the trigger. – Leonard Cohen*. Acedido em 21 de janeiro de 2023. Disponível em <https://allanshowalter.com/2022/01/22/my-depression-might-have-been-the-background-of-my-work-but-not-the-spur-not-the-trigger-leonard-cohen/>
- Showalter, A. (2019a, April 30), Leonard Cohen's clinical depression, its medical treatment, and its resolution, *Cohentric*. Acedido em 21 fevereiro de 2023. Disponível em <https://allanshowalter.com/2019/02/21/leonard-cohens-clinical-depression-its-medical-treatment-its-resolution/>
- Showalter, A. (2019b, February 19). A Medical Note on the Death of Leonard Cohen, *Cohentric.com*. Acedido em 21 fevereiro de 2023. Disponível em <https://allanshowalter.com/2019/02/09/a-medical-note-on-the-death-of-leonard-cohen/>
- Simmons, S. (2018). *I'm Your Man: The Life of Leonard Cohen*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Sisario (2016). Sisario, B. (2016, November 17). For Leonard Cohen, the end came with a fall in the night. *The New York Times, Arts, Music*. Acedido em 21 de janeiro de 2023. Disponível em <https://www.nytimes.com/2016/11/17/arts/music/leonard-cohen-last-days.html>

Créditos

- BBC News. (2016). *Leonard Cohen: Singer died in sleep after fall*. 17 November 2016. Retrieved 17 September 2023 from: <https://www.bbc.com/news/world-38009307>

O “gênio louco” – a história de Bobby Fischer

Diogo Ribeiro

Serviço de Psiquiatria 1, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro.
E-mail: dmribeiro@chua.min-saude.pt

Resumo

Este trabalho aborda a fascinante vida da emblemática figura de Bobby Fischer, ex-campeão mundial de xadrez e artista e gênio do seu tempo. Exploramos a trajetória de Fischer, desde o seu início promissor enquanto prodígio sobredotado até ao seu trágico declínio marcado por isolamento social, discurso persecutório e bizarria comportamental – a vulga imagem da “loucura”. Após esta transformação, nunca mais regressou à ribalta.

Seguindo a memória deste antigo mestre, este trabalho examina as conexões entre o brilhantismo nas artes e a manifestação de perturbações mentais, e reflete sobre como a genialidade pode ser um fardo pesado para aqueles que a possuem, não obstante à qualidade das suas obras. Ao mergulhar na história de vida de Fischer, exploramos a fundo as complexas interações entre talento, criatividade e a natureza humana, na tentativa de estabelecer uma perspectiva sobre a relação entre a loucura e o mundo da arte.

Palavras-chave: história, loucura, gênio, Bobby Fischer

Abstract

This work focuses on the fascinating life of the emblematic figure of Bobby Fischer, former world chess champion and artist and genius of his time. We explore Fischer's trajectory, since his promising start as a gifted prodigy to his tragic decline marked by social isolation, persecutory speech and behavioral changes – the common picture of “insanity”. After this transformation, he never returned to the limelight again.

Following the memory of this old master, this work examines the connections between brilliancy in the arts and the manifestation of mental disorders, and reflects about how genius can be a heavy burden for those who possess it, regardless of the quality of their works.

By diving into the story of Fischer's life, we deeply explore the complex interactions between talent, creativity and the human nature; in an attempt to establish a perspective between the relationship of insanity and the world of art.

Keywords: history, insanity, genius, Bobby Fischer

Introdução

Nascido nos EUA, Fischer viria a tornar-se o jogador de xadrez mais famoso de sempre, ganhando o seu título de campeão mundial no pico da Guerra Fria. Sozinho, derrotou a dinastia dos grandes campeões soviéticos, que beneficiavam de companheirismo mútuo e do estatuto do xadrez na União Soviética como “desafio intelectual supremo”. O seu reinado provou ser curto, recusando-se a defender o título e, conforme diz a opinião popular, “enlouquecendo”. Descobrir como tudo isto aconteceu é o objetivo deste trabalho.

Infância

Robert James Fischer (“Bobby” sendo uma alcunha comum para Robert) nasceu em Chicago, nos EUA, em 1943. Os seus pais estavam separados, pelo que ele e a irmã mais velha foram criados por uma mãe solteira com grandes dificuldades financeiras. Fischer aprendeu a jogar xadrez aos 6 anos, com um conjunto velho e usado de uma loja de brinquedos, através da folha de instruções que vinha incluída. Isto começou uma obsessão que iria durar toda a sua vida. Inicialmente, jogava com a mãe e irmã, que rapidamente perderam o interesse, levando o jovem Bobby a jogar centenas de jogos consigo próprio, constantemente melhorando o seu nível.

Aos seus 7 anos, a família mudou-se para Nova Iorque. Preocupada ao ver que Bobby passava o tempo sozinho no quarto apenas interessado em jogar xadrez, a sua mãe Regina tentou publicar um anúncio no jornal para tentar encontrar outras crianças da mesma idade que poderiam jogar com ele. O jornal recusou o anúncio (alegadamente porque nenhum editor sabia como o classificar) mas informou-a de que um Mestre escocês, Max Pavey, iria dar uma exibição simultânea na cidade. Estas exposições consistem em múltiplos participantes a jogarem ao mesmo tempo contra o jogador principal, como maneira de aumentar a dificuldade para ele.

Aos 8 anos, Fischer foi um dos participantes nesta exibição, conseguindo aguentar 15 minutos até que eventualmente foi derrotado. Ainda assim, a sua performance foi tão impressionante que capturou a atenção de Carmine Nigro, um instrutor condecorado de xadrez e presidente do Clube de Xadrez de Brooklyn. Fischer juntou-se ao clube e foi ensinado pessoalmente por Nigro, e diria mais tarde que Nigro foi uma das principais figuras na sua formação. O presidente organizou o primeiro torneio de Fischer na sua própria casa, e recebia-o frequentemente no seu domicílio.

Eventualmente, Bobby entrou no Clube de Xadrez de Hawthorne, ganhando acesso a uma biblioteca enorme de livros de xadrez e devorando-os todos, enquanto jogava contra adversários progressivamente mais fortes.

Jovem campeão

Aos 13 anos, Bobby dá ele próprio uma exibição simultânea em Havana e de seguida torna-se o Campeão Júnior dos Estados Unidos, o mais novo da história do título. Com esta idade, também participou num torneio dos melhores jogadores americanos, incluindo adultos, ficando em oitavo lugar entre 12. Ganhou, contudo, o prémio do brilhantismo, pela sua performance brilhante num jogo contra Donald Byrne que viria a ser intitulado “O Jogo do Século”.

Aos 14 anos, Fischer adquiriu oficialmente o título de Mestre, batendo novamente o recorde de idade ao ser o mais novo na história, e ganhou dois torneios com jogadores de nível nacional. Devido a todos estes resultados, foi convidado para participar oficialmente no Campeonato de Xadrez dos Estados Unidos, que consagra o melhor jogador americano. Apesar do seu estatuto como prodígio ser inegável, Fischer ainda era muito novo, e a maioria das previsões colocava-o “num meio da tabela sólida” entre a competição voraz que incluía Samuel Reshevsky (campeão 6 vezes e o detentor do título na altura).

Surpreendendo todas as expectativas, Fischer ganhou o Campeonato e tornou-se o Campeão Americano mais novo em toda a história do título com 14 anos (mantendo a sua consistência neste tipo de recordes). Este resultado promoveu Fischer a Mestre Internacional (o segundo título mais alto no xadrez, atrás apenas de Grande Mestre) e qualificou-o para o Torneio Interzonal, um evento com nível internacional e competição ainda mais forte.

No interregno entre torneios, em 1957, Fischer decidiu que queria visitar Moscovo, na altura capital da União Soviética e também do próprio xadrez. Era na União Soviética que se produziam os melhores jogadores do mundo, e os mais recentes campeões mundiais vinham desta escola altamente eficiente e científica, que encarava o xadrez como um símbolo de superioridade intelectual e por isso investia muitos recursos nos seus jogadores. Regina não tinha dinheiro para pagar o voo, mas através dos seus esforços conseguiu um patrocinador que financiou viagens para Bobby e para a sua irmã Joan. Já na União Soviética, Fischer exigiu ser transportado até ao Clube de Xadrez Central de Moscovo, onde derrotou facilmente dois mestres soviéticos. Um deles terá alegadamente ficado tão impressionado com o nível do jovem de 15 anos que comentou “este é o futuro campeão do mundo!”.

Entusiasmado e confiante, Fischer exigiu jogar contra o campeão do Mundo na altura, Mikhail Botvinnik. Quando lhe disseram que isso era impossível, continuou as exigências direcionadas a jogadores muito fortes, até que o Grande Mestre Tigran Petrosian (ele próprio viria a ser Campeão do Mundo em 1963) aceitou o desafio e jogou uma série de partidas rápidas com Fischer, ganhando a grande maioria. Enraivecido por não poder jogar nenhuma partida oficial e algo desapontado pelas derrotas, Fischer começou a insultar os soviéticos, e as tensões foram interrompidas por oficiais da Jugoslávia que, reconhecendo o grande talento dele, se ofereceram para o levar para a Jugoslávia onde iria ocorrer o torneio Interzonal referido acima. Fischer aceitou e definiu como o seu objetivo ficar entre os seis primeiros neste evento, uma vez que esses lugares davam acesso ao Torneio de Candidatos (que define o jogador candidato a desafiar o campeão mundial). A esmagadora maioria dos comentadores achava este resultado impossível para Fischer, que, apesar do seu inegável talento, ainda estaria longe de Grandes Mestres (como Petrosian havia demonstrado).

Mantendo a sua característica auto-confiança e ousadia, Fischer lutou corajosamente e conseguiu empatar nos lugares 5º-6º, segurando assim a sua oportunidade de participar no prestigiado Torneio de Candidatos. Com este resultado, Fischer alcançou o título de Grande Mestre (e sendo, novamente, o mais novo da História, com 15 anos e 6 meses). Foi também a pessoa mais nova a ganhar acesso ao Torneio dos Candidatos. No seguimento do Interzonal, peritos mundiais teceram inúmeros elogios a Fischer. Mikhail Tal (que viria a ser Campeão Mundial em 1960) elogiou extensivamente a erudição e capacidade de estudo de Fischer, que havia analisado inclusivamente jogos das campeãs soviéticas, algo que os homens soviéticos nunca tinham considerado fazer.

Contudo, apesar do seu altíssimo nível de jogo, não seria neste Torneio de Candidatos que Fischer viria a vencer. Essa honra foi do próprio Tal, que após ganhar o estatuto de Candidato, sagrou-se campeão mundial ao derrotar

Botvinnik. No entanto, Fischer regressou aos Estados Unidos, onde mais títulos o aguardavam, ainda que não internacionais para já. Começou por descurar os estudos, apesar de ainda assim ganhar uma bolsa académica e uma medalha do seu liceu pelas suas façanhas no xadrez. Regina decidiu prosseguir com os seus estudos de Enfermagem, e Bobby passou a viver sozinho num apartamento em Nova Iorque, abandonando definitivamente a escola e dedicando-se completamente ao xadrez a partir dos seus 16 anos.

Fischer voltou a participar no Campeonato dos Estados Unidos, defendendo o seu título. De facto, viria a ganhar 8 destes títulos até 1967 (contando com o seu primeiro aos 14 anos), todos deles por uma diferença considerável, ilustrando a sua completa superioridade nos tabuleiros nacionais e em todo o mundo ocidental. Gradualmente e à medida que crescia de ano para ano, iria ficar claro que Fischer só poderia encontrar uma verdadeira competição do outro lado da Cortina de Ferro.

No nível internacional, Fischer participou neste período em 4 Olimpíadas, eventos de equipa em que cada país é representado por um conjunto de jogadores. Individualmente, Fischer conseguiu duas medalhas de prata e uma de bronze, mas os seus Estados Unidos não foram além do quarto lugar (os vencedores foram naturalmente a União Soviética, com provavelmente a melhor equipa da História, praticamente todos eles ex- ou futuros campeões do mundo). A nível individual, Fischer participou em torneios muito fortes, destacando-se um na Argentina em 1960 em que empatou no primeiro lugar com Boris Spassky, iniciando a lendária rivalidade entre ambos. Spassky seria o campeão mundial que Fischer viria a destronar, 12 anos mais tarde.

Em 1962, Fischer viria a ganhar o Interzonal de Estocolmo, sendo o primeiro não-soviético a conseguir este feito. Contudo, não conseguiu vencer o Torneio de Candidatos em Curaçau para o qual se apurou, terminando em quarto lugar. Fischer acusou os soviéticos de planearem empates entre eles de maneira a guardar as energias para o enfrentar, e, apesar das suas tendências de desconfiança, os historiadores dão-lhe razão neste evento em particular. A FIDE, a organização que gere a competição mundial de xadrez, viria a reformar o Torneio de Candidatos no futuro, instituindo partidas de eliminação (seria neste formato que Fischer venceria em 1971).

Continuando a ganhar torneios, Fischer estava apurado para o Interzonal de 1964, representando uma nova oportunidade para chegar ao título mundial. Nesta altura, o formato do Torneio de Candidatos já havia sido mudado, impossibilitando esquemas de pré-acordos. Contudo, ele recusou participar, optando ao invés por fazer um *tour* na América do Norte com exibições simultâneas e seminários. Conseguiu uma percentagem de vitórias de 94% em mais de 2000 jogos. Regressou à competição em 1965, com 23 anos, ganhando o seu sétimo Campeonato Americano.

Rumo a campeão do mundo

A partir deste momento, algo histórico iria acontecer – Bobby Fischer nunca mais iria, até ao fim da sua vida, perder um único jogo. Em 1969, publicou o seu famoso livro “Os meus 60 jogos memoráveis”, que viria a ser considerado um clássico na Literatura do xadrez.

Em 1970, Fischer reacende os seus esforços para se tornar Campeão Mundial. Antes de competir no Interzonal, participou no evento “União Soviética vs o Resto do Mundo”, e apesar de os soviéticos ganharem aos mestres dos outros países, Fischer teve a melhor performance individual. Num campeonato não oficial de xadrez rápido (jogos de 5 minutos), Fischer dominou a competição soviética com uma diferença considerável. Os outros jogadores de nível mundial consideraram que “usou bem o tempo de pausa, e elevou o seu jogo a um nível completamente diferente”. Conforme esperado enquanto favorito, venceu o Interzonal em 1970 e qualificou-se para o Torneio de Candidatos. Venceu também este Torneio, com alguns resultados notórios (por exemplo, nos quartos de final ganhou 6-0, e o derrotado Taimanov foi essencialmente banido de continuar no xadrez pela União Soviética). Nas meias-finais, voltou a ganhar 6-0, um feito completamente histórico e ainda hoje reconhecido como um dos maiores picos de forma na História do xadrez. Garry Kasparov (campeão mundial de 1985 a 2000 e um dos melhores jogadores de todos os tempos) considerou que nenhum jogador havia alguma vez demonstrado uma superioridade tão brutal perante os seus pares como Fischer nestes dois jogos. Fischer progrediu ao derrotar Petrosian na final, e este último acabou por dizer que “a partir da sexta partida, Bobby Fischer tornou-se efetivamente um gênio”.

Assim, estava garantida a oportunidade de Fischer para poder desafiar o campeão mundial Boris Spassky em 1972. Contudo, a concretização desse evento foi difícil de alcançar, com um grande contributo das preferências particulares de Fischer e a sua teimosia em levar a sua opinião avante. Quando o local previsto do Campeonato Mundial não lhe agradou, Fischer recusou-se a participar até que o prémio financeiro para os participantes fosse aumentado (250 mil dólares americanos, equivalentes a 1,75 milhões atualmente). Este valor de prémio foi o mais alto da História naquela altura, e apenas seria batido por um novo jogo entre Fischer e Spassky em 1992. Agora convencido

a jogar, Fischer preparou-se obsessivamente, incluindo técnicas novas (para a altura) como a prática considerável de exercício físico, defendendo que “o corpo tem de estar em forma para conseguirmos jogar o melhor xadrez possível”.

As peculiaridades de Fischer continuaram, ainda assim. Faltou à cerimónia de abertura, e, depois de perder o primeiro jogo, recusou-se a jogar o segundo por discordar com as condições (não queria tantas câmaras nem jornalistas). Esta desistência fez com que comesse 2 jogos completos atrás de Spassky. Aqui, o papel do campeão defensor foi crucial, uma vez que cedeu a muitas exigências de Fischer em vez de tentar segurar o título por desistência completa do seu rival. O próximo jogo foi numa sala privada em vez de no palco principal, e partir daí os jogos retomaram ao palco, mas com menos barulho e observadores. Este encontro foi altamente publicitado tanto nos Estados Unidos como na União Soviética, sendo visto como uma extensão intelectual e simbólica da Guerra Fria. Quando Fischer ganhou e se sagrou campeão mundial, o seu país natal recebeu-o como uma autêntica celebridade, e em todos jornais foi reconhecido como um herói americano, com títulos como “um único americano derrota toda a escola soviética” (sendo mesmo criado um “Dia de Bobby Fischer!”). O último jogador não-soviético de origem que tinha conseguido ganhar o título foi o holandês Max Euwe em 1935 (Alexander Alekhine nasceu na Rússia, mas adquiriu nacionalidade francesa e ganhou em 1937. Curiosamente, Alekhine vivia em Portugal para se proteger do clima de insegurança da Segunda Guerra Mundial, e acabou por falecer num hotel no Estoril em circunstâncias misteriosas em 1946, enquanto ainda era detentor do título, algo único na História do xadrez).

Kasparov viria a apoiar esta narrativa, dizendo que “aquela vitória encaixou perfeitamente na ideologia da Guerra Fria – um solitário génio americano enfrentou a máquina de xadrez soviética e derrotou-a”. De facto, a ausência (comparativa) de investimento em xadrez pela parte do governo americano foi um dos maiores fatores para imortalizar o triunfo de Fischer.

A obscuridade

Contudo, o mítico sucesso de Fischer viria a transformar-se em algo bem diferente, e infelizmente ele iria passar de herói para *persona non grata* aos olhos dos seus conterrâneos. O próximo Campeonato Mundial estava agendado para 1975, e o soviético Anatoly Karpov era o Candidato que emergiu do Torneio. Fischer tinha mergulhado na escuridão e longe das luzes da ribalta, não registando qualquer jogo profissional desde a sua vitória sobre Spassky. Fez uma série de exigências à FIDE, argumentando que o formato da altura estava desatualizado e não valorizava corretamente o melhor jogador. O presidente da FIDE (curiosamente, nesta altura era Max Euwe, o mesmo ex-campeão mundial referido acima) recusou as exigências, e uma série de negociações seguintes não deram fruto. Fischer recebeu um ultimato – até ao dia 1 de abril de 1975 tinha de confirmar a sua presença. Como não respondeu, Karpov foi considerado o campeão por defeito. Nas palavras deste último, “uma grande pena minha – enfrentar Fischer teria evoluído em muito o meu próprio jogo”. A questão de “quem teria ganho?” é ainda hoje uma das mais debatidas entre os fãs de xadrez.

A partir da sua vitória lendária em 1972, Fischer estaria mais de 20 anos sem jogar profissionalmente, caindo na obscuridade. Em 1981, foi detido pela polícia por se parecer com um assaltante, e escreveu queixas irascíveis à polícia alegando que “isto foi tudo um esquema contra mim”. Conseguimos perceber, ao longo do seu percurso, que os conteúdos autorreferenciais e paranóides de Fischer foram aumentando com o tempo, acarretando uma dificuldade nas relações interpessoais e funcionamento diário.

Em 1992, Fischer organizou um jogo de desforra com Spassky na Jugoslávia. Nos olhos de Fischer, este era “o verdadeiro campeonato mundial, porque eu nunca fui derrotado e por isso não perdi o título”. Ninguém lhe reconhecia este estatuto, e Kasparov era o campeão mundial oficial nesta altura. O valor total dos prémios foi de 3,35 milhões de dólares americanos. Até ao dia de hoje, este continua a ser o maior valor de prémio em qualquer competição de xadrez alguma vez organizada, ilustrando a influência esmagadora de Fischer. O governo Americano avisou Fischer de que a sua participação neste jogo ia ser ilegal, uma vez que a Jugoslávia se encontrava sob sanções económicas (no seguimento da dissolução da União Soviética em 1991). Fischer ignorou estes avisos de forma assertiva (cuspiendo na carta), e passou a ser um homem procurado no seu próprio país. Apesar de ter ganho o jogo, a sua relação com os Estados Unidos tornou-o um fugitivo, e voltou à obscuridade novamente e para o resto da vida. Viveu por um tempo em Budapeste, onde jogou contra Judit Polgar, que se viria a tornar-se a melhor jogadora de xadrez feminina de todos os tempos.

A relação com os EUA agravou-se ainda mais, e Fischer chegou mesmo a fazer comentários a apoiar os ataques do 11 de setembro, algo que desiludiu e enraiveceu os americanos que previamente o adoravam. Tinha também várias teorias da conspiração sobre os judeus dominarem o mundo, quando ele próprio veio de uma família judaica.

Foi detido no Japão em 2004 por autoridades americanas, e para evitar deportação para a América conseguiu refúgio na Islândia, o mesmo país onde se tornou campeão mundial. O parlamento islandês conferiu-lhe cidadania completa para dar a volta às leis japonesas, uma vez que respeitavam Fischer “por ter posto a Islândia no mapa” e consideravam que estava a ser injustamente tratado pelos EUA. Fischer passou assim a residir em Reiquiavique, como um eremita, isolando-se do mundo exterior. Nas poucas vezes que aparecia, mantinha os seus comentários persecutórios e anti-semíticos, como por exemplo negando a ocorrência do Holocausto. Evitou constantemente qualquer comunicação com jornalistas ou marcas que o queriam patrocinar, por vezes em valores de milhões de dólares.

Faleceu em 2008, por doença renal, com 64 anos. Recusou sempre cuidados médicos, levando a que uma obstrução renal inicial não fosse tratada e evoluísse fatalmente. Fischer foi enterrado numa pequena cidade islandesa perto de Reiquiavique, deixando uma herança de 2 milhões de dólares que viria a pertencer a uma mulher japonesa com quem casou.

Conclusão

A vida atribulada de Fischer contrapõe o seu génio e os seus sintomas psiquiátricos. O mesmo homem campeão indisputável de uma atividade intelectual extenuante dizia também que os americanos mereceram o 11 de setembro porque eram “colonizadores violentos que deviam devolver a terra aos nativos” e que “o meu maior interesse é expor os judeus, isto é maior que eu, eles são uma ameaça para todo o mundo” – lembrando-se que nasceu um americano judeu. Fischer nunca foi avaliado por um Psiquiatra (recusando-se veementemente), mas podemos levantar a hipótese de apresentar ideias delirantes que eventualmente configuravam um quadro clínico de perturbação delirante. Ainda hoje, é uma figura muito falada no xadrez, perpetuamente dividida entre estes dois lados, e representando a visão clássica do génio louco e trágico, com um potencial quase ilimitado que foi fraturado demasiado cedo.

Bibliografia

- Brady, F. (2012). *Endgame: Bobby Fischer's Remarkable Rise and Fall – from America's Brightest Prodigy to the Edge of Madness* (2012 ed). Nova Iorque: Crown.
- Edmonds, D. (2004). *Bobby Fischer Goes to War: How a Lone American Star Defeated the Soviet Chess Machine* (1st ed). Londres: Faber & Faber.
- Fischer, B. (1969). *My 60 Memorable Games* (5th ed). Nova Iorque: Simon and Schuster.
- Kasparov, G. (2005). *My Great Predecessors, Part IV: Fischer* (2020 ed). Londres: Everyman Chess.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer o apoio constante da minha namorada, Ana Luísa, cujas ideias para trabalhos frequentemente “roubo com permissão”. Agradeço também à minha família pelo carinho deles, e em particular ao meu pai pelos agradáveis jogos de xadrez que travamos e pela nossa observação conjunta dos torneios atuais. Que possamos ver muitos mais!

Escuelas especiales para infancias anormales en Antioquia (Colombia) 1935-1948

Erika Giraldo Gallego

Unidad de Historia de la Medicina. Instituto de Historia de la Ciencia. Universidad Autónoma de Barcelona

E-mail: yohana.giraldo@uab.cat

Resumen

En la década de 1930 se consolidó en Antioquia-Colombia la enseñanza especial a partir de la creación de tres instituciones para la educación de “anormales”, la escuela especial Rafael Uribe Uribe, la Tomás Cadavid Restrepo y la Baldomero Sanín Cano. En 1948 estas instituciones fueron reagrupadas en el Instituto Médico pedagógico que surge a partir de una propuesta de adaptación del modelo de la Clínica de Orientación Infantil (COI) derivado del movimiento de higiene mental establecido por Clifford Beers y Adolf Meyer en EE. UU. a principios del siglo XX. Las COI son un ejemplo de los procesos de medicalización de la infancia, como una forma de normalización de las sociedades. Desde este modelo se puede evidenciar que operaron nociones, técnicas y prácticas, propias de una orientación biologicista, provenientes de la medicina y la psiquiatría experimental aplicadas a la gestión de la infancia.

Palabras claves: escuelas especiales, terapia convulsiva, psiquiatría infantil, infancia anormal

Abstract

In the 1930s, special education was consolidated in Antioquia-Colombia with the creation of three institutions for the education of “abnormalities,” the Rafael Uribe Uribe special school, the Tomás Cadavid Restrepo school, and the Baldomero Sanín Cano school. In 1948 these institutions were regrouped into the Medical Pedagogical Institute that arose from a proposal to adapt the model of the Child Guidance Clinic (COI) derived from the mental hygiene movement established by Clifford Beers and Adolf Meyer in the USA. beginning of the 20th century. COIs are an example of the processes of medicalization of childhood, as a form of normalization of societies. From this model notions, techniques and practices operated, typical of a biological orientation, coming from medicine and experimental psychiatry applied to the management of childhood.

Keywords: special schools, convulsive therapy, child psychiatry, abnormal childhood

Introducción

En el siglo XX colombiano se implementaron teorías médico-psicopedagógicas que sirvieron para la intervención de la infancia según el ideal de la niñez como semilla de futuro y como base de progreso y civilización, en un contexto marcado por la industrialización del país y cambios derivados de procesos económicos, políticos y sociales de la época. Este tratamiento se dio a partir de la creación de espacios disciplinares cuyo fin fue “aumentar la fuerza económica del cuerpo” generando organismos “útiles” y “dóciles”, que cumplieran con los objetivos productivos de ser la futura mano de obra de la nación y para el caso de las niñas, la difusión de su rol como madres y esposas. Las escuelas especiales como espacios disciplinarios permitieron el cruce de saberes como la psicopedagogía, la psicología experimental y la psicotecnia, además, del uso de terapias experimentales y de choque aplicadas a niñas y niños considerados mentalmente “anormales”.

El modelo de la Clínica de Orientación Infantil en Colombia

En 1908 Clifford Beers (1876-1946) inició en Estados Unidos el Movimiento de Higiene Mental. Años después secundado por especialistas como el psiquiatra suizo Adolf Meyer (1866-1950), inició dentro de este movimiento una corriente enfocada particularmente en el tratamiento de la infancia: el modelo de la Child Guidance Clinics (Clínica de Orientación Infantil) que, según la historiografía, da origen a la psiquiatría infantil separando el tratamiento de los niños y el de los adultos (Gutiérrez, 2016, 179-222). Esta propuesta se consolidó desde el National Committee for Mental Hygiene en la década de 1920 y seguía vigente en la década de 1950 y se desarrolló inicialmente con la creación de instituciones para la intervención de niños delincuentes, luego se interesó en una

variedad más amplia de anomalías, trastornos de la conducta y la personalidad y aquellos niños que fueran catalogados como retrasados mentales.

En Colombia, este modelo se enfocó en la reforma médico psico-pedagógica, el régimen correccional de las casas de menores, las escuelas especiales y la creación de centros de orientación infantil, siendo la primera vez que la salud mental de los niños y niñas se consideraba desde un enfoque independiente al de los adultos (Gutiérrez, 2016, 229). Concretamente en las escuelas especiales, se empezó a introducir la psicometría para estudiar el nivel intelectual de los niños y niñas a partir de las propuestas de Binet (1857-1911), Simón (1873-1961) y Freud (1856-1939) (Knobel, 1965, 37-38). Estas instituciones, son un ejemplo de la intersección entre la pedagogía, la criminología y la psicología infantil en un contexto atravesado por saberes educativos, judiciales y médicos que actuaron no sólo de manera directa sobre el cuerpo de los individuos y sus síntomas psicológicos, sino también en su ámbito familiar y social. (Vetö, 2017, 6-8).

El Instituto Médico-pedagógico de Antioquia

Entre 1920 y 1950 en Antioquia, se crearon varias instituciones para la atención de la “infancia desviada” (anormales, díscolos, retardados, delincuentes), justificado en “el progresivo aumento de la criminalidad infantil y la degeneración de la niñez” (Yepes, 1945, 322-323). Estas instituciones a finales de la década de 1940 fueron agrupadas dentro de una figura denominada Instituto Médico-pedagógico, creado bajo el Decreto 41 del 29 de julio de 1946 “Por el cual se coordina la enseñanza especial en el departamento y se crea el Instituto Médico Pedagógico” y fue ratificado por la ordenanza 39 de la Asamblea Departamental de Antioquia en 1947 que en su artículo primero señala: “De dicho organismo formarán parte las escuelas “Uribe Uribe”, “Tomás Cadavid Restrepo”, “Baldomero Sanín Cano”, y las “Recuperación” números 1º y 2º de esta ciudad, y las demás que el Gobernador estime conveniente anexar” (Gaceta departamental de Antioquia n º 6.271 de 2 de julio de 1947). Sin embargo, desde principios del siglo XX se promulgó la creación de escuelas para anormales. La ordenanza 30 de 1913 dispuso, en su artículo 30:

“(…) cuando en una población apareciere un número de niños anormales no menor de diez, el Departamento costeará para ellos un maestro, escogido entre los profesores que mejor aptitud especial demuestren para dirigirlos. Dichos niños estarán bajo la vigilancia inmediata de un médico oficial encargado de dictar todas las reglas higiénicas a que debe estar sujeto el establecimiento (…)” (Yarza, 2011, 117).

No obstante, fue hasta 1935 que se creó, con fondos estatales, la escuela especial “Rafael Uribe Uribe”, una de las primeras en Colombia, por medio del artículo 28 de la Ordenanza 37. En 1936 el decreto número 33 del 4 de febrero, reitera su carácter de escuela especial para retrasados pedagógicos y anormales, además de determinar su orientación, atender niños entre 8 y 15 años de edad, considerados aptos para reeducación clínica y psicopedagógica (Vallejo, 1936, 67 & Rodríguez, 1937, 79).

La escuela Uribe Uribe no acogería “idiotas” ni “imbéciles”¹ y la admisión exigiría que los candidatos pasaran un examen de psicometría o del psiquiatra y un certificado de pulmones oficialmente autorizados (Restrepo; Restrepo, 1953, 187-188). Inicialmente esta escuela funcionó como un seminternado, donde los niños llegaban en las horas de la mañana y permanecían en ella durante todo el día, hasta las horas de la tarde que eran devueltos para sus casas. El personal educado era seleccionado por medio de pruebas practicadas por el director y los maestros en compañía del médico del plantel, y se escogían entre las escuelas de la ciudad de Medellín y alrededores:

“(…) “Los niños que se llevan a ese plantel eran estudiados detenidamente y la enseñanza que se les daba era la que se considera más acorde con sus necesidades y capacidades. Muchos de ellos permanecen en la escuela corto tiempo, pues en unos casos, el retraso pedagógico obedece a una alimentación deficiente, a una fuerte anemia tropical o a una gran cantidad de parásitos intestinales” (Rodríguez, 1937, 79).

Señala el director de la escuela que existían otros casos en los cuales el retraso de estos niños se debía a que habían sido víctimas de una mala educación escolar, cuando esto ocurría se hacía necesaria una permanencia por un periodo largo en el establecimiento. En otras ocasiones la causa del retraso estaba relacionada con las malas

¹ Idiota del latín *idiōta*, significa persona con poca inteligencia. Imbécil del latín *imbecillis* significa débil o enfermo. La etiología de estas enfermedades tiene que ver con el retraso mental. Fueron clasificadas por el médico francés Bénédict Augustin Morel.

condiciones que rodeaban al niño, es decir, la pobreza, el alcoholismo, la prostitución y la heredabilidad de enfermedades como la sífilis o la tuberculosis. Para 1941 señala Eduardo Vasco, el médico de la escuela especial que: “Es el único instituto de experimentación psico-biológico que tiene el país y que sus métodos y orientación están a la altura de lo que al respecto se está haciendo actualmente en Europa y Estados Unidos” (Vasco, 1941, 259). Esto evidencia que las prácticas y los discursos con los cuales era gestionada la niñez en las escuelas especiales se basaban en modelos internacionales sobre el tratamiento de la infancia anormal vigentes alrededor del mundo.

En 1938, se creó la escuela especial “Tomás Cadavid Restrepo” por medio del decreto 520 del 29 de noviembre. Comenzó labores el 14 de julio de 1939 y su objetivo era reemplazar la escuela especial “Los Libertadores” creada por el decreto 187 del 22 de mayo de 1928 que posteriormente pasó a ser escuela común. (Vasco, 1944, 61). La admisión se hacía por solicitud a la dirección de educación pública con certificado médico, pronóstico de discolía² y certificado de pulmones. Según los informes de la Dirección de Educación Pública, el objetivo de este plantel era hacerlo funcionar como escuela hogar, y rehabilitar al niño para la vida social de la comunidad. Atendía niños entre 8 y 14 años (Restrepo; Restrepo, 1953, 189-190). Para 1942 esta institución era la única en el departamento para niños “díscolos”. Ya que la escuela Uribe Uribe se dedicaba al tratamiento de niños “retrasados pedagógicos” y anormales. Su función era contrarrestar los problemas sociales causados por la delincuencia infantil, que, según las directivas del plantel, aumentaba cada día por la ausencia de reformatorios (Martínez, 1942, 17). Particularmente para el caso de esta escuela, en la que se atendían niños con tendencia a la delincuencia, se justificaba su intervención señalando que, “abrir una escuela es cerrar una cárcel” (Hernández, 1943, 289), ya que se creía que muchos niños mediante tratamientos médico-pedagógico, se podían convertir en “verdaderos elementos útiles a su familia y a la sociedad” (Hernández, 1943, 289). Insistiendo en que a los niños que iban a esta escuela, si no se les brindaba la educación adecuada, nada bueno se podría esperar de ellos, y se volverían “seres inútiles” y “parásitos sociales” (Hernández, 1943, 289). “Por espacio de tres años se trabajó con la mayor parte de su personal externo, lo que tenía grandes inconvenientes, debido a que los resultados educativos quedaban desvirtuados al salir los niños a la calle, donde la influencia del ambiente familiar o social, esencialmente amoral, destruía el esfuerzo de los educadores” (Hernández, 1943, 289).

En 1943 el Dr. Eduardo Vasco Gutiérrez advierte la necesidad de un auxilio económico que permitiera dotar, impulsar y modernizar las escuelas especiales existentes, ya que para ese momento funcionaban en espacios inadecuados “antihigiénicos, de distribución antipedagógica desde todo punto de vista, sin consultorio médico bien equipado, sin un solo aparato de exploración o de observación científica” (Jaramillo, 1943, 15). Por último, señala la importancia de modificar los sistemas de enseñanza y los medios psicométricos utilizados para la clasificación y tratamiento de los niños, al igual que la necesidad de que las escuelas funcionen como internado y no como seminternado.

En 1945 según los informes presentados a la dirección de Educación Pública del departamento de Antioquia, se había logrado “Dotar a la escuela “Tomás Cadavid Restrepo” de vigilancia médica general y especial, de la cual había carecido desde su fundación” al igual que la vinculación de una enfermera y la adopción de la ficha médico-pedagógica que fue adaptada en todas las escuelas especiales y que se convirtió en un instrumento fundamental para el seguimiento y vigilancia de los niños y niñas que hacían parte de las escuelas especiales.

Ese mismo año se creó la escuela especial “Baldomero Sanín Cano”, que empezó su funcionamiento en 1946 y tenía como objetivo reeducar a las niñas “débiles mentales”. Al comienzo atendía 44 niñas entre los 7 y 12 años. (Restrepo; Restrepo, 1953, 185-186). Sin embargo, desde principios de la década de 1940 se estaba insistiendo en la necesidad de la creación de una institución que se encargara de manera particular de las niñas, como una “necesidad inaplazable” hecha continuamente por las directoras de las escuelas femeninas de la ciudad de Medellín, “ante la circunstancia de ver obstruida su labor educativa por la pesada carga de un crecido número de niñas en edad escolar, aquejadas por graves lesiones de orden mental, o moral o con retrasos pedagógicos notables, debido a causas inherentes a su estado fisiológico o a su misma formación anterior” (Vasco, 1941, 10).

Pese a la fundación de la escuela especial para niñas anormales, se evidenciaron dificultades para su instalación a falta de presupuesto. Aun así, se insiste en la importancia que tuvo su creación y el “significado de profilaxis moral y social que representa para este grupo de niñas abandonadas a su propia suerte en la escuela normal o en la vida diaria” ya que si no recibían un tratamiento adecuado serían una “carga social por su incapacidad para ganarse la vida” e “irían a engrosar el personal del prostíbulo que está integrado según las estadísticas en un 80 por ciento de débiles mentales, que carecían del sentido de responsabilidad” (Gutiérrez, 1946, 314-315).

² Díscolo viene del griego *Dyskolos*, significa difícil. Niño rebelde.

Particularmente para el caso de esta escuela, se hacen evidentes los roles de género impuestos desde el poder hegemónico, con el ideal de mujer como madre y esposa. Para 1947 como parte de los objetivos de esta escuela señala la directora que: “Luchamos sin desmayo para que las alumnas adquieran hábitos de orden y limpieza, aprendan a valerse por sí mismas, cultiven las virtudes que deben adornar siempre el alma de la mujer, practiquen las enseñanzas de la religión y sean útiles colaboradoras en el hogar y en la sociedad” (Gutiérrez, 1947, 199).

En estos espacios institucionales funcionaron lo que se denomina “tecnologías médico-psicopedagógicas” que se entienden como los lugares en que se materializaron en prácticas los discursos pedagógicos, psicológicos, biomédicos y psiquiátricos sobre la infancia llamada entonces “anormal” (Yarza, 2005, 205-284). Estas instituciones aparecen con el objetivo de intervenir clínica y psicopedagógicamente a niños y niñas clasificadas bajo categorías tales como “débil mental”, “anormal”, “retrasado pedagógico”, “díscolo”, “delincuente infantil”, “pequeño psicópata”. La aparición de estas instituciones muestra como la dinámica oficial de creación de escuelas especiales había comenzado en la década de 1920 en el marco de una estrategia gubernamental de fomento de la reeducación de niños y niñas considerados mentalmente anormales. En este sentido, se abrieron nuevos campos de investigación para dar “solución al problema de la educación de los niños retardados” (Loaisa, 1939, 152) que, según los informes de la dirección de Educación Pública, era numeroso en el departamento de Antioquia. Los niños y niñas que hacían parte de las escuelas especiales eran escogidos en las escuelas públicas de la ciudad de Medellín. Entre 1936 y 1937 se tenía previsto “eliminar de las escuelas comunes todos los tipos de niños especiales”, aunque según el mismo informe “no dio los resultados que se pueden esperar, porque no hubo la suficiente disposición del Gobierno municipal, a dotar la escuela de un local adecuado” (Loaisa, 1939, 152), por lo que constantemente denuncian deficiencias a causa de los pocos recursos económicos para su gestión. Adicionalmente, la creación de escuelas especiales se presentó como una verdadera solución para la atención de niños anormales ya que podía realizarse un enfoque a la medida según el caso que lo requiriera. De este modo se justificaba la “acción altamente social de la escuela” teniendo en cuenta “bases científicas” (Vallejo 1938, 33). La intervención a la infancia anormal se podía justificar desde la función social que cumplían las instituciones escolares. Como un espacio de transición entre la familia y el trabajo, donde se recibía educación moral y se introducían los roles de género. La formación de “futuros ciudadanos” y obreros y donde hay un aprendizaje del rol social a partir del adoctrinamiento y del disciplinamiento de los cuerpos y bajo la permanente vigilancia de la medicina. “Todo consiste en que los niños, una vez diagnosticados de anormales, dejan de ser peligrosos para ingresar en un mundo a la vez médico, filantrópico y pedagógico” (Varela; Álvarez, 1991 230).

Tratamientos experimentales para infancias anormales

Los tratamientos utilizados dentro de las escuelas especiales se desarrollaban en tres sentidos. En primer lugar, la higiene, que incluía alimentación “sana, abundante y nutritiva” (Hernández, 1943, 290) y el uso de complejos vitamínicos. La práctica de deportes y el servicio médico en general que contenía a su vez, aspectos como la vacunación. En segundo lugar, el enfoque pedagógico que consistía en la educación intelectual y moral, “vigilando el desarrollo armónico de las diferentes facultades de trabajos manuales”. Con esto se buscaba “normalizar las funciones afectivas, volitivas y aun los sentimientos ético-morales” consideradas fundamentales en la orientación de estos menores (Hernández, 1943, 290). Por último, se encontraba la terapéutica que tenía que ver con intervenciones quirúrgicas, tratamientos dentarios, parasitarios y otros tratamientos enfocados al control de las insuficiencias glandulares endocrinas (Medina, 1938. 179-182 & Vasco, 1941, 250). En este grupo entrarían las terapias experimentales de choque intravenosas y con electricidad.

En 1948, en su libro *Temas de higiene mental, educación y eugenesia*, Vasco Gutiérrez, quien trabajó durante varios años en las escuelas especiales, presentó los resultados obtenidos con el uso experimental de terapias de choque. Señala que, a principios de 1945, viajó a Estados Unidos para adquirir práctica en la aplicación de la convulsoterapia. Y con la autorización de la Dirección de Educación Pública de Antioquia, obtuvo un aparato apropiado y las drogas necesarias para continuar esta práctica tras su regreso a Colombia. Posteriormente, con la ayuda de los médicos Luis Gabriel Jaramillo y Gonzalo Botero realizó el trabajo experimental, del cual se derivó la tesis de grado de estos dos médicos, que lleva por título *Niños de educación difícil*, (Jaramillo; Botero, 1946) donde según ellos, se hace la primera alusión escrita del electrochoque en esta clase de niños (Vasco, 1948, 122.). Antes de 1945 realizaron las primeras experiencias con la aplicación de la convulsoterapia con niños seleccionados de la escuela Tomás Cadavid Restrepo (Vasco, 1948, 122.). A mediados de 1945 anota Vasco que realizó una nueva serie de aplicación de la convulsoterapia esta vez en la escuela Rafael Uribe Uribe. Aplicó a un grupo de niños picrotoxina

y electrochoque, y a otro curare y electrochoque. Realizando un promedio de ocho aplicaciones a cada uno. Señala el médico que los niños sometidos a esta terapéutica habían hecho “progresos evidentes” y pudieron salir a enfrentarse con la vida, con muchas probabilidades de éxito. (Vasco, 1948, 124). A principios de 1946, realizó una selección en la escuela Baldomero Sanín Cano y en la escuela Rafael Uribe Uribe, con los que configuró dos grupos de ocho niñas y niños que se encontraban en estas instituciones bajo la categoría de “incurables”, y a quienes pensaban poner fuera de sus respectivos establecimientos por haberse agotado en ellos todos los recursos médico-pedagógicos. Les aplicó esta misma terapia y según él, hubo una recuperación casi total en términos intelectual, afectivo, moral y fisiológico (Vasco, 1948, 124-126). Esta experiencia en las escuelas especiales en Antioquia, que como señala Vasco, le permitió aplicar la medicina experimental a partir de la implementación y desarrollo de saberes científicos de “educación de anormales” y de prevención de enfermedades mentales desde el estudio detallado del niño y su contexto familiar, social y educativo, representó un nuevo campo dentro de la medicina experimental y la comprensión y explicación de las enfermedades mentales de la infancia, centrándose en las funciones del sistema nervioso central y el aparato endocrino. Este es un trabajo meramente experimental y empírico, del que no se puede comprobar su verdadera eficacia más allá de lo señalado por el médico.

Es de anotar que, es a partir del uso y aplicación de la terapéutica de choque y tratamientos médico-psicopedagógicas y sus posibles resultados, que se realizaba una evaluación enfocada en la “capacidad productiva” que podían alcanzar los niños y niñas sujetos a estas intervenciones basados en las ideas angloamericanas en donde “el superdotado sería capaz de producir para él y su familia, para ahorrar ampliamente y para ejercer cierta influencia sobre sus conciudadanos; el tipo normal produciría para él y para su familia y podría hacer economías para el porvenir; el lerdo y fronterizo podría sostener una familia no muy numerosa; el estúpido alcanzaría a ganar su propio sostenimiento; el imbécil podría producir sólo media ración y el idiota sería carga social” (Vasco, 1944, 360).

Consideraciones finales

A partir del modelo de la COI se creó el Instituto Médico-pedagógico en Antioquia, consolidándose como un proyecto que buscó la gestión de la infancia considerada mentalmente anormal. La medicalización de este tipo de niños y niñas estuvo atravesada por el interés del gobierno y la medicina hegemónica, que buscaban la preparación de la futura mano de obra de la nación y la figura de la mujer “ideal” como madre y esposa, entendiendo la infancia como la semilla del futuro y la base del progreso y la civilización. En estas instituciones se utilizaron terapias experimentales de choque (intravenosas y eléctricas) como parte del trabajo desarrollado por la psiquiatría experimental de corte biologicista, para tratar las enfermedades mentales.

Bibliografía

- Gaceta Departamental de Antioquia*. n° 6.271 de 2 de julio de 1947.
- Gutiérrez, E. (1946). *Informe correspondiente a la Escuela Especial Baldomero Sanín Cano*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Gutiérrez, E. (1947). *Escuela especial Sanín Cano*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Gutiérrez, J. (2016). *Locura y sociedad. Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana, 1870-1968*. Medellín: Fondo Editorial institución Universitaria de Envigado.
- Hernández, M. (1943). *Escuelas especiales*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Jaramillo, L. G. & Botero, G. (1946). *Niños de educación difícil*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Jaramillo, R. (1943). *Memoria de Educación. Al Sr. Gobernador del Departamento con motivo de la reunión de la H. Asamblea en sus sesiones ordinarias de 1943*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Knobel, M. (1965). El psicólogo en un servicio de psiquiatría infantil. *Revista de Psicología*, 2, 37-43.
- Loaisa, R. (1939). *Informe al Señor gobernador, doctor Emilio Montoya Gaviria*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Martínez, L. (1942). *Informe. Con motivo de la reunión de la H. Asamblea en sus sesiones ordinarias de 1942, y anexos*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Medina, E. (1938). *Informe médico*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Restrepo M., & Restrepo C. (1952). *Protección del menor y estudio de las instituciones dedicadas a este objeto en la ciudad de Medellín*. Medellín: Imprenta municipal.
- Rodríguez, F. (1937). *Informe de la secretaría de educación pública al gobernador de Antioquia*. Medellín: Imprenta Oficial.

- Rodríguez, F. (1937). *Informe de la Secretaría de Educación Pública al gobernador de Antioquia*. Medellín: imprenta Departamental.
- Vallejo, J. (1936). *Decreto n° 33 de 4 de febrero de 1936*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Vallejo, J. (1938). *La Educación en Antioquia*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Varela J., & Álvarez F. (1991). *Arqueología de la Escuela*. Madrid: Las ediciones de la piqueta.
- Vasco, E. (1941). *Escuela Especial Uribe Uribe*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Vasco, E. (1944). *Escuelas Especiales (Uribe Uribe y Tomás Cadavid Restrepo)*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Vasco, E. (1948). *Temas de higiene mental, educación y eugenesia*. Medellín: Bedout.
- Vetö, S. (2017). Higiene mental y psicoanálisis en la clínica de conducta, Santiago de Chile, 1936-1938. ASCLEPIO. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 69(2), 2-17.
- Yarza, A. (2005). Travesías: apuntes para una epistemología y una pedagogía de la educación especial en Colombia. *Revista de Pedagogía*. 26(76), 281-305.
- Yarza, A. (2010). Del destierro, el encierro y el aislamiento a la educación y la pedagogía de anormales en Bogotá y Antioquia. Principios del siglo XIX a mediados del siglo X. *Educación y Pedagogía*, 22(57), 111-129.
- Yarza, A. (2011). *Preparación de maestros, reformas, pedagogía y educación de anormales en Colombia: 1870-1940*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Yepes, J. (1945). *De las labores médico-pedagógicas realizadas durante el año de 1944 en las escuelas especiales "Rafael Uribe y "Tomás Cadavid Restrepo"*. Medellín: Imprenta Departamental.

Um olhar sistémico sobre os comportamentos autolesivos na série “Ginny and Georgia”

Francisca Bastos Maia, Maria do Rosário Monteiro, Inês Cardoso

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

E-mail: franciscabbmaia@gmail.com; mrosario.bmonteiro@gmail.com; u21080@chporto.min-saude.pt

Resumo

“Ginny and Georgia” aborda a relação entre uma adolescente de 15 anos e a sua mãe, Georgia, que foi mãe na adolescência e que teve de trabalhar em diferentes cidades para sobreviver como mãe solteira. Ginny recorre a comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS), na forma de queimaduras, como mecanismo de *coping* para lidar com as emoções negativas. Estes CALNS, por vezes, coincidem com a revelação de segredos do passado da mãe. Efetivamente, um sistema familiar disfuncional, com níveis de conflito elevados, níveis de coesão e flexibilidade baixos e com dificuldades ao nível da comunicação entre os elementos da família, evidencia uma forte associação com os CALNS. Tendo em conta que o adolescente estabelece relações de interdependência com os elementos familiares, a intervenção sistémica/familiar faz todo o sentido no contexto dos CALNS. Assim, com este trabalho, pretende-se apresentar um olhar sistémico sobre os CALNS abordados na série “Ginny and Georgia”.

Palavras-chave: CALNS, Terapia Familiar, séries

Abstract

“Ginny and Georgia” addresses the relationship between a 15-year-old teenager and her mother, Georgia, who became a mother during her own adolescence and had to work in different cities to survive as a single mother. Ginny resorts to non-suicidal self-injurious behaviors (NSSIBs), in the form of burns, as a coping mechanism to deal with negative emotions. These NSSIBs sometimes coincide with revelations of the mother’s past secrets. Indeed, a dysfunctional family system, characterized by high levels of conflict, low levels of cohesion and flexibility, and difficulties in communication among family members, shows a strong association with NSSIBs. Considering that the teenager establishes interdependent relationships with family members, systemic/family intervention makes perfect sense in the context of NSSIBs. Thus, with this work, the aim is to present a systemic perspective on NSSIBs addressed in the series “Ginny and Georgia.”

Keywords: NSSIBs, Family Therapy, series

A série “Ginny and Georgia” aborda a relação entre uma adolescente de 15 anos e a sua mãe, Georgia, que foi mãe na adolescência e que teve de trabalhar em diferentes cidades para sobreviver como mãe solteira. Georgia leva os seus filhos, Ginny e Austin, para uma nova cidade com o objetivo de começar do zero, depois de uma vida pautada por vários esquemas para subir na vida. Neste contexto, Ginny tem de enfrentar os desafios da adolescência enquanto lida com o passado turbulento da mãe.

Os comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) definem-se como comportamentos com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente inicia um comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (Gouveia-Pereira, 2021). Estes comportamentos podem ser cortes, queimaduras, abrasões, equimoses, etc.

Assim, com este trabalho, pretende-se apresentar um olhar sistémico sobre os CALNS abordados na série “Ginny and Georgia”.

De facto, os comportamentos autolesivos apresentam uma prevalência significativa, variando entre 7 e 40% de prevalência acumulada em amostras comunitárias e entre 30 e 84% em amostras clínicas, sendo mais frequentes em raparigas (Gouveia-Pereira, 2021) (Sampaio & Guerreiro, 2014).

Os comportamentos autolesivos apresentam uma gravidade distinta. A gravidade refere-se ao grau de lesão causado no tecido corporal e, embora a definição dos níveis de gravidade não seja consensual, pesquisas recentes realizadas com adolescentes portugueses categorizaram estes comportamentos em três dimensões (Gouveia-Pereira, 2021):

- i. **Gravidade moderada** (por ex.: morder, puxar o cabelo, coçar-se até fazer ferida);
- ii. **Gravidade elevada** (por ex.: cortes, queimaduras, ingestão de substâncias perigosas com intenção autolesiva);
- iii. **Terceira dimensão** – o consumo de substâncias (por ex.: consumo de álcool e drogas com intenção autolesiva).

Neste contexto, os comportamentos autolesivos na série “Ginny and Georgia” podem ser classificados como sendo de gravidade elevada, uma vez que se tratam de queimaduras autoinfligidas.

De facto, os comportamentos autolesivos correspondem sempre a um profundo sofrimento psicológico no adolescente, sendo o corpo o palco da expressão desse sofrimento. Deste modo, estes comportamentos nunca devem ser desvalorizados e devem ser perspectivados como sinal de uma adolescência com profundas dificuldades e, frequentemente, com psicopatologia, em que as tarefas essenciais da adolescência não estão a ser cumpridas (Gouveia-Pereira, 2021). As tarefas essenciais da adolescência são a mudança no relacionamento com os pais, a alteração da relação com o grupo de pares e a definição do amor e da sexualidade. Com os progenitores, esta etapa da vida caracteriza-se pela tentativa de construção de autonomia em relação à família e a construção de um *self* integrado que leve à identidade que marca o final da adolescência (Sampaio & Guerreiro, 2014). Nesta série, assistimos às dificuldades de Georgia a lidar com esta construção da autonomia por parte de Ginny e vemos Ginny a enfrentar obstáculos na consolidação de um *self* integrado, uma vez que, devido aos vários segredos do passado da mãe, é-lhe difícil criar uma narrativa autobiográfica coerente.

Efetivamente, na adolescência, são frequentes um menor controlo emocional e comportamental e a necessidade de testar limites, de experimentar novas sensações e de viver o mais intensamente possível. Todos estes aspetos refletem uma maior vulnerabilidade para a adoção de comportamentos de risco, entre os quais os comportamentos autolesivos. Os CALNS são sempre uma manifestação de uma adolescência patológica, que se encontra associada à falta de esperança, à incapacidade em lidar com as emoções e frustrações e à ausência de sentimentos de pertença e de bem-estar psicológico (Gouveia-Pereira, 2021).

Adicionalmente, é importante conhecer as funções dos comportamentos autolesivos, uma vez que são também fatores importantes para a compreensão da etiologia deste fenómeno, assim como para a sua classificação, prevenção e tratamento. Sabe-se que estes comportamentos têm subjacentes diversas funções psicológicas, que podem ocorrer simultaneamente e que podem ser agrupadas em duas grandes dimensões:

- i. **Dimensão interpessoal**, que inclui nove funções, tais como a integração no grupo de pares, a tentativa de comunicação de que algo não está bem, a demonstração de autonomia;
- ii. **Dimensão intrapessoal**, que inclui seis funções, tais como mecanismo de fuga (fugir dos problemas), autopunição (porque se sentem culpados/culpabilizados) e regulação do afeto.

A função “regulação do afeto” constitui uma estratégia disfuncional e desadaptativa de lidar com experiências emocionais intensas e negativas, como ansiedade, frustração, raiva, etc., em que a realização destes comportamentos culmina no alívio ou no término de uma excitação extrema e intolerável como resposta a acontecimentos stressantes (Gouveia-Pereira, 2021). Efetivamente, o modelo de regulação emocional conceptualiza os comportamentos autolesivos como uma forma de expressão e de externalização de emoções intensas e avassaladoras, assim como uma forma de apreensão do controlo das suas emoções (Jorge, Queirós, & Saraiva, 2015).

No caso da série sobre a qual nos debruçamos, os CALNS servem fundamentalmente esta função da regulação do afeto e, possivelmente também como mecanismo de fuga. De facto, na série “Ginny and Georgia”, Ginny recorre a CALNS, na forma de queimaduras, como mecanismo de *coping* desadaptativo para lidar com as emoções negativas.

Por outro lado, importa também destacar que as narrativas dos adolescentes após a realização dos comportamentos autolesivos demonstram uma grande diversidade de emoções, nomeadamente raiva, culpa, desespero, insegurança, solidão, ansiedade, entre outros. Os adolescentes parecem não apresentar dificuldades em identificar as emoções que estão associadas a estes comportamentos, no entanto, apresentam dificuldades na elaboração e mentalização dessas emoções, assim como na sua expressão de forma adaptativa (Gouveia-Pereira, 2021). Coloca-se a hipótese de que a capacidade de o indivíduo regular as suas emoções é uma consequência das suas experiências de vinculação com os pais ou outros cuidadores, considerando-se que, provavelmente, os adolescentes com estes comportamentos desenvolveram vinculações inseguras. Provavelmente, Ginny desenvolveu uma vinculação insegura com a sua mãe, uma vez que a instabilidade que vivenciou ao longo da sua infância não permitiu que considerasse a mãe como uma base segura para poder explorar o mundo.

Efetivamente, parte destas narrativas remetem para diversas temáticas interpessoais, destacando-se as relações familiares, tais como: conflitos/discussões entre os pais e com os pais; violência psicológica e física; divórcios conflituosos; perda de um familiar significativo; abandono; perceção de falta de apoio e compreensão e sentimento de falta de reconhecimento e de valor (Gouveia-Pereira, 2021).

Na série, as queimaduras autoinfligidas por Ginny são o seu método para lidar com os conflitos que possui com a mãe, em resultado da educação caótica de Georgia. Para além disso, estes CALNS, por vezes, coincidem com a revelação de segredos do passado da mãe.

De facto, a adolescência faz emergir mudanças importantes, não só a nível individual, mas também na dinâmica e estrutura familiar. A adolescência é uma fase da vida complexa do desenvolvimento humano, em que acontecem diversas transformações individuais e relacionais, que alteram inevitavelmente o funcionamento individual e familiar. Desta forma, não é surpreendente que os comportamentos autolesivos se iniciem nesta etapa da vida e sejam considerados como um meio para os adolescentes metacomunicarem as dificuldades relacionais na família (Gouveia-Pereira, 2021). Por outro lado, o modelo ambiental foca-se na interação entre o adolescente e o ambiente, atribuindo aos fatores externos um papel relevante no aparecimento e manutenção dos comportamentos autolesivos. Outros autores consideram que os CALNS desempenham um papel de sinalização social, sendo utilizados como meio de comunicação quando outras estratégias de comunicação falham (Jorge, Queirós, & Saraiva, 2015).

Na verdade, a literatura mostra que há vários fatores familiares que têm sido associados aos comportamentos autolesivos, nomeadamente a ausência de coesão familiar; a insatisfação com as relações familiares; os conflitos intrafamiliares; a ausência de apoio emocional; a rejeição parental ou a superproteção (Gouveia-Pereira, 2021). Desta forma, um sistema familiar disfuncional, com níveis de conflito elevados, níveis de coesão e flexibilidade baixos e com dificuldades ao nível da comunicação entre os elementos da família, evidencia uma forte associação com os comportamentos autolesivos. Neste contexto, um mau funcionamento familiar é considerado um fator determinante na emergência e manutenção dos comportamentos autolesivos (Gouveia-Pereira, 2021). De facto, a superproteção da mãe e a falta de limites impostos por Georgia contribuem para que Ginny enverede pelo caminho dos comportamentos autolesivos. À semelhança de Ginny, é frequente os adolescentes com comportamentos autolesivos pertençam a famílias em que os pais têm dificuldade na definição de limites, em exercer a autoridade e em manter uma liderança democrática (Sampaio & Guerreiro, 2014).

Nas famílias com adolescentes com tentativas de suicídio, o adolescente é muitas vezes o lugar de projeção parental excessiva. A relação entre pais e adolescente não está imbuída pela empatia compreensiva, mas, pelo contrário, pela identificação projetiva, o que explica em parte as falhas precoces no processo de separação-individualização (Marcelli & Braconnier, 2005). Efetivamente, na relação de Georgia com Ginny, é muitas vezes evidente como a mãe vive a adolescência que não teve possibilidade de vivenciar na primeira pessoa através de Ginny, tendo em conta que Georgia foi mãe na adolescência.

Adicionalmente, a barreira entre as gerações é muitas vezes confusa nestas famílias (Marcelli & Braconnier, 2005). De facto, na relação entre Ginny e Georgia não parece haver a hierarquia familiar desejável, sendo que Georgia parece querer assumir o papel de melhor amiga de Ginny e não de mãe, contribuindo para que esta relação entre mãe e filha pareça mais horizontalizada do que o habitual.

Investigações com jovens portugueses permitiram definir os comportamentos autolesivos dos adolescentes como relacionados com um triplo fracasso nas vertentes individual, familiar e social e resultantes de uma tentativa desesperada de alterar uma situação insustentável. No plano individual, o adolescente com CAL tem baixa autoestima, sofre com frequência de depressão e/ou ansiedade, organizando-se à volta de um perfil que podemos definir como inseguro, triste e pouco sociável. As famílias são, na maioria das vezes, disfuncionais, com conflitos frequentes e redes de sociabilidade pobres (Sampaio & Guerreiro, 2014). Relativamente ao perfil de Ginny, de facto, esta é uma adolescente com baixa autoestima e insegura. A sua família habitualmente apresenta uma rede de sociabilidade pobre, devido às constantes mudanças de cidade.

No contexto do modelo de “vulnerabilidade-stress”, importa referir que experiências traumáticas na infância foram associadas a autolesão na adolescência. Destas têm sido considerados relevantes problemas psicológicos parentais, separação dos pais, afastamento precoce prolongado de um dos pais, experiências infantis de negligência emocional, psicológica ou de abuso físico, especialmente do tipo sexual (Sampaio & Guerreiro, 2014). No caso de Ginny, a separação dos pais e o afastamento precoce prolongado do pai podem ser ambos fatores que contribuíram para que esta recorresse a comportamentos autolesivos na adolescência. Associadamente, a mãe parece apresentar traços disfuncionais de personalidade que tiveram certamente influência na emergência e manutenção destes comportamentos por parte de Ginny.

Nos adolescentes com tentativas de suicídio também foram encontrados com mais frequência eventos como uma mudança de casa, a partida de um familiar, o falecimento de uma pessoa chegada, mudanças de escola, rotura sentimental ou com o grupo de pares, modificações da vida familiar (desemprego, reforma, doença de um dos pais) (Marcelli & Braconnier, 2005). Ora, no que concerne estes eventos, a verdade é que Ginny mudou diversas vezes de escola e de casa, devido às constantes mudanças de cidade com o intuito de Georgia continuar a encetar esquemas para ascender de nível socioeconómico.

Todos os estudos relatam uma percentagem elevada de famílias dissociadas e separadas na população de adolescentes com tentativas de suicídio (25% a 50% contra 8 a 10% no resto da população de adolescentes). Também se pode observar uma ausência frequente do pai ou da figura de autoridade paternal (Marcelli & Braconnier, 2005). No caso de Ginny, o seu pai esteve ausente da sua vida durante muito tempo e a figura de autoridade paternal foi variando com frequência devido aos vários relacionamentos de Georgia.

Apesar do aumento dos comportamentos autolesivos entre os adolescentes, menos de um em cada cinco pais tem conhecimento relativamente ao histórico de comportamentos autodestrutivos realizados pelos seus filhos. Frequentemente, os pais apenas tomam conhecimento dos CAL quando os filhos cometem comportamentos autolesivos graves (ex.: cortes profundos ou mesmo tentativas de suicídio), tendo esta constatação impacto em toda a família, fazendo emergir sentimentos de culpa difíceis de lidar. Contudo, este conhecimento por parte dos pais é crucial para estes se consciencializarem acerca dos problemas emocionais e comportamentais dos seus filhos, uma vez que é, com frequência, neste momento que pedem ajuda a profissionais de saúde (Gouveia-Pereira, 2021). Numa investigação realizada na população geral em Lisboa, verificou-se que só uma minoria dos adolescentes com CAL se submeteu a apresentação hospitalar ou aos cuidados de qualquer profissional de saúde, permanecendo na sua maioria como um “comportamento oculto” (Sampaio & Guerreiro, 2014).

De facto, nesta série, os pais não têm conhecimento dos CALNS de Ginny, acabando estes por ser revelados por Ginny ao pai, na sequência de um ataque de pânico. Neste contexto, o pai sugere que a Ginny inicie acompanhamento com uma psicóloga. É com esta psicóloga que Ginny aborda os seus problemas e como os comportamentos de Georgia culminam nos seus CALNS. Este acompanhamento psicoterapêutico é fundamental para que Ginny comece a recorrer a estratégias mais adaptativas para lidar com as suas emoções negativas.

Tendo em conta que o adolescente estabelece relações de interdependência com os elementos familiares, faz sentido que a intervenção psicoterapêutica dos adolescentes com CAL seja enquadrada no contexto familiar. Efetivamente, para a compreensão e avaliação dos CALNS, não é suficiente a análise das características e das mudanças ocorridas apenas no adolescente, sendo também essencial compreender e avaliar as suas interações e dinâmicas familiares (Gouveia-Pereira, 2021). Na série, Ginny submete-se a uma psicoterapia individual, no entanto, Georgia acaba por participar numa das sessões, realçando a importância da presença da família no acompanhamento psicoterapêutico dos jovens com CALNS.

Em suma, a série “Ginny and Georgia” aborda os comportamentos autolesivos na adolescência, assim como outros problemas de saúde mental, contribuindo para promover o debate sobre a importância da intervenção psicológica no adolecer patológico. O facto de a série mostrar Ginny em acompanhamento psicoterapêutico é importante para enfatizar a ideia de que procurar ajuda não é indicativo de fraqueza nem deve ser motivo de vergonha.

Apesar de não ter sido a abordagem escolhida na série, a terapia familiar poderia revelar-se muito pertinente neste caso, uma vez que os CALNS nesta série surgem muitas vezes na sequência de conflitos com a mãe. Efetivamente, apesar da intervenção meramente individual poder provocar algumas mudanças positivas, os aspetos familiares não se desenvolvem nem se transformam tanto neste contexto, na medida em que não se consideram as interações entre todos nem os recursos do sistema familiar.

Bibliografia

- Gouveia-Pereira, M. (2021). Comportamentos Suicidários e Autolesivos na Adolescência: Investigação e Intervenção. Em M. Gouveia-Pereira, & M. P. Miranda, *Manual de Terapia Familiar* (pp. 177-189). Lisboa: PACTOR.
- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, pp. 207-219.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). As tentativas de suicídio. Em D. Marcelli, & A. Braconnier, *Adolescência e psicopatologia* (pp. 293-330). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. F. (2014). Comportamentos Autolesivos na Adolescência. Em P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 383-392). Lisboa: Lidel.

As mortes de Jaime: um delírio cinematográfico

Francisco Cunha¹, Nuno Castro¹, Sandra Borges¹

Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

E-mail: franciscocunhapsiquiatria@gmail.com

Resumo

Jaime Fernandes nasceu na aldeia beirã de Barco em 1900. Junto ao Zêzere, cresceu, trabalhou, casou e adoeceu. O diagnóstico de esquizofrenia paranoide afastou-o da família e da serra, remetendo-o a um internamento de 31 anos no Hospital Miguel Bombarda, onde viria a falecer. Nos últimos anos de vida, descobriu a poesia e a pintura. A partir da sua perspectiva alucinada e genial, retratou os seus mundos, o da serra, onde “deixou as arcas”, e o do hospício, onde “oito vezes morreu”. Anos após a sua morte, o cineasta António Reis decidiu fazer um filme sobre o artista e, ao fazê-lo, revolucionou o cinema português. O filme entra e sai das obras de Jaime, reconstruindo a mente do artista como desintegração da distinção entre o real e o imaginado. O normal e o anormal não têm lugar. O delírio de Jaime torna-se o delírio do espetador, torna-se cinema.

Palavras-chave: Jaime Fernandes, António Reis, esquizofrenia, arte, cinema

Abstract

Jaime Fernandes was born in the village of Barco in 1900. Next to the Zêzere river, he grew up, worked, got married and fell ill. The diagnosis of schizophrenia separated him from his family and the mountains, sending him to a 31-year stay at Miguel Bombarda Hospital in Lisbon, where he later died. In his latter years, Jaime discovered poetry and painting. From his hallucinated perspective, he portrayed his worlds, that of the mountains, where he “left the chests”, and that of the asylum, where “he died eight times”. After his death, filmmaker António Reis decided to make a film about the artist and, in doing so, revolutionized Portuguese cinema. The film weaves in and out of Jaime’s work, reconstructing the artist’s mind as disintegration of distinction between reality and imagination. Normal and abnormal have no place. Jaime’s delirium becomes the spectator’s delirium, becomes cinema.

Keywords: Jaime Fernandes, António Reis, schizophrenia, art, cinema

Introdução

No início dos anos 70, Margarida Cordeiro, médica psiquiatra no Hospital Miguel Bombarda, encontrou num gabinete um quadro que captou a sua atenção. O autor era Jaime Fernandes, um antigo internando do hospital que aí falecera anos antes. A psiquiatra decidiu apresentar a obra do artista ao seu marido, o cineasta António Reis.

Reis, com o apoio de Margarida, decidiu realizar um filme intitulado “Jaime”, lançado em 1974, como exercício de memória e imaginação numa tentativa de reconstruir a psique do artista a partir da sua vida e obra. Há o confronto de esboços de memórias fragmentadas com desenhos dos fantasmas inomináveis do tempo e do medo. O filme revolucionou o cinema português.

“Ninguém. Só eu.”

“Ninguém. Só eu.”, escreveu Jaime. O filme de Reis abre com um retrato de Jaime tirado aquando da sua entrada para o hospital em 1938. À chegada, o médico de serviço apontou “alucinações, delírios, incoerência de pensamento, amnésia”, ao que acrescentou “foi sempre uma pessoa de bem...” (Fróis, 2022). A película constrói-se a partir da ausência, sobre a intangibilidade de uma figura. Diz Cordeiro: “A única coisa (pouco) que agarrei foi o que ele deixou pintado e escrito” (Moutinho;Lobo, 1997).

Jaime Fernandes nasceu em 1899 na freguesia de Barco, Covilhã. Junto ao rio Zêzere, entre as serras da Gardunha e da Estrela, cresceu, trabalhou o campo, casou com Evangelina Gil Delgado, foi pai de cinco filhos e adoeceu. Perto de cumprir 39 anos de idade, o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, sustentado por cartas de dois médicos da Covilhã, remeteu-o a um longo internamento de 31 anos no Manicómio Miguel Bombarda em Lisboa, a primeira instituição psiquiátrica portuguesa. Nos últimos anos da sua vida, descobriu a pintura e a poesia.

Ao retrato de Jaime segue-se aquilo que poderíamos considerar o seu contraplano, o ponto de vista de uma das celas individuais para o panótico do Miguel Bombarda. Segundo Reis, é “um realismo imediato e patético” (Moutinho;Lobo, 1997). O filme inscreve-se entre o real e o imaginado.

Ao som de Louis Armstrong, conhecemos o panótico do Bombarda e os homens que nele viviam. Aí ficavam os furiosos, perigosos, condenados, inimputáveis (Fróis, 2022). Jaime foi um desses homens. “Face à doença mental dita pesada”, Jaime acabou por tornar-se um paciente eterno como tantos outros e jamais à sua terra regressou. Já no final da sua vida, ocupou-se a desenhar os seus mundos: o do asilo e, principalmente, o do campo.

O filme voa entre o Bombarda e o Barco nessa tentativa de reconstruir o homem. Do panótico para as montanhas, da água da banheira do hospital para a água das margens do rio Zêzere. Não há uma narrativa linear, há essa correria desenfreada, a correria do pensamento de Jaime. Partimos para uma nova dimensão ao chegar ao Barco, sua terra natal, e ao fazê-lo expandimos a anterior, expandimos o nosso conhecimento do artista. E assim explode o mundo interior de Jaime, que é reconstruído como desintegração da distinção entre o real e o imaginado, entre o presente e o passado.

“Deixei lá as arcas”

Os desenhos começam então a viajar através de um filme que tão apaixonadamente os reconhece. A obra de Jaime revela-se como forma de escrita reduzida a memórias de uma vida passada no campo. Os seus traços estão impregnados do lugar onde nasceu. Jaime foi autêntico e concebeu uma técnica original, alheia a qualquer influência estética e artística.

As figuras desenhadas surgem como signos e não como imagens, situam-se na linha pictográfica e não na representativa, no plano da escrita e não no da pintura.

Jaime era iletrado, mas aprendeu a escrever e escreveu muito. Escrevia como falava, com sotaque beirão, com muitos zês a rematar as palavras. Conhecemos no filme Evangelina, a esposa, com quem trocou algumas cartas. Recorda com saudade o homem, dizendo: “Davam-me muita alegria, mas eu não entendia o que ele queria dizer, eram assim umas coisas sem senso nem termo” (Antunes, 1974). Dizia ele: “Não as haver (cá no Bombarda) como aquelas árvores grandes (lá no Barco)” – a saudade do Barco, do que deixou, do que perdeu. Saudade essa reforçada pela sua frase mais marcante: “Deixei lá as arcas”. Em entrevista com João César Monteiro, Reis reforça a importância da frase: as arcas são tudo o que o obrigaram a deixar para trás (Monteiro, 1974).

Reis entende o surrealismo como a dimensão do homem capaz de alterar o real, de lhe acrescentar o que está nas profundidades e nas alturas. Nesse sentido, há surrealismo nas obras de Jaime e há surrealismo nas sequências do filme. Diz o cineasta que “o conjunto da construção dos planos também é paredes de arca, arca cósmica, arca de sonho” (Monteiro, 1974).

“Oito vezes morreu Jaime já cá”

“Oito vezes morreu Jaime já cá”: numa legenda diz que morreu oito vezes no Hospital Miguel Bombarda, noutros escritos diz que foram cem as suas mortes. Pode-se analisar essas citações à luz do delírio ou do diagnóstico psiquiátrico, mas todos dizemos coisas similares vezes sem conta. Morre um pouco de nós todos os dias, mas Jaime sentiu que ali no Bombarda morreu muitas vezes. Fica a impressão de eternidade.

“Estrelas. Depois olhai as nuvens. Meteram 1000 homens dentro.”, escreveu Jaime. Mil era sensivelmente o número de homens internados no Bombarda à época. Jaime retrata os homens internados e os seus olhares assustados, o asilo, os horrores que lá se viviam. Na estilização operada por Jaime, também o real hospitalar é refletido na sua obra. Fica uma crítica à cultura asilar.

“Animais como retratos de príncipes”

Barahona Fernandes admite que a experiência da psiquiatria nos mostra que os doentes exprimem muitas vezes plasticamente os seus conflitos internos, “sob aspetos bizarros de um simbolismo desconcertante”. O caso particular da esquizofrenia, a forma mais grave da alienação do espírito, reúne em si todas as “insólitas desordens e fantasias sob a forma das quais o vulgo se representa a loucura” (Barahona Fernandes, 1944). Karl Jaspers fundamentou a arte esquizofrénica como expressão real da psique esquizofrénica, como representação do mundo do pensamento que se desenvolveu no paciente, o que apenas é possível na presença de um certo nível de capacidade técnica (Jaspers, 1963).

Numa das consultas médicas pede para mostrar os desenhos. O médico anota: “entretém-se a fazer desenhos” (Fróis, 2022). Nas palavras de Jaime, “há fotografias de nitidez, estas são obscuras, são feitas por mim conforme a minha vontade”. Foi desenvolvendo o seu próprio método e aprimorando a sua técnica.

Naquele tempo, a terapia ocupacional centrava-se nas “relações estabelecidas com o doente, as atividades eram pensadas como meios construtivos para satisfazer as frustrações emocionais dos indivíduos” (Fróis, 2022). As obras de Jaime eram resultado não de uma ação explícita e organizada de atelier de artes, mas sim de impulso próprio para criar, ato que era valorizado pelos terapeutas.

A totalidade da obra conhecida de Jaime é composta por desenhos não datados, fabricados com esferográficas coloridas sobre diversos tipos de papel. “Animais como retratos de príncipes. Olhos nas mesmas arcas.”: na sua obra expressionista, surgem e ressurgem animais imaginários e figuras antropomórfica em inúmeras variações, sempre desenhadas numa densa trama de linhas. Jaime desenhou os animais – pássaros, peixes, burros, cabras, outros não tão fáceis de identificar – que levou na sua memória do Barco para o Bombarda. Esses animais olhavam as mesmas arcas que Jaime olhava, olhavam tudo aquilo que lhe foi roubado.

Há um contraponto entre o animal e o humano. As partes animalistas são os arquétipos do campo, intemporais, e pode-se dizer que as figuras humanas, tão mais humanas quanto mais escultóricas, são os companheiros de hospital. Proporciona-se a atmosfera ideal para o desenrolar do filme, e o desvelar do homem, na interação mútua entre arte plástica e o real. “Vi uma cadela minha com lobos”: fica a fusão do homem com o animal, dos olhos assustadores e assustados, uma singularidade dos seus desenhos. São a memória de um mundo que fugiu e de um homem que delirou, que alucinou, que sofreu.

Na descrição transcrita por um enfermeiro do quadro intitulado “Cobrões, Cobrôas, Serpentes, Serpentões e Serpentôas”, Jaime descreve um dos seus desenhos, transmitindo uma ideia de perigosidade associada às figuras rastejantes que desenha (Fróis, 2022). É uma narração com sentido peculiar, típico de quem está internado há longo tempo em ambiente psiquiátrico. A cadência com que surgem transforma as palavras em seres indomáveis que atacam quem as pronuncia.

O artista tinha total noção do espaço a ocupar pelo desenho ou pintura. Há um *horror vacui*, um horror ao vazio frequente na chamada “arte bruta”, o nome dado à arte produzida por aqueles que padecem de doença mental grave (Fróis, 2022). Por vezes, parece que nada pode ficar em branco.

Jaime encontrava sempre uma solução plástica original e genial para resolver as limitações técnicas. Devido às pequenas dimensões do papel, muitas das figuras-homens têm os braços caídos ou levantados, enquanto as figuras-animais têm a cauda caída. Reis sugere uma possível ligação a uma estereotipia emocional e obsessiva e a arquétipos (Antunes, 1974).

“Morreréis como estes retratos”

Jaime Fernandes viria a morrer, mas os retratos, felizmente, ficaram. Vários eventos se proporcionaram para o conhecimento atual da sua obra plástica.

O primeiro passo foi dado quando, nos primórdios da década de 60, o médico Fernando Medina, a terapeuta ocupacional Etelvina Brito e a enfermeira Lurdes Franco conheceram Jaime. Ainda em vida, em 1963, foi organizada a 1.ª Exposição de Artes Plásticas Psicopatológicas, onde Jaime expôs treze dos seus desenhos (Fróis, 2022). Foi o primeiro momento verdadeiramente público de exposição da obra do artista, mas Jaime não procurava esse tipo de reconhecimento. Oferecia os desenhos a quem dele tratava, médicos e enfermeiros, como agradecimento, mas também a conterrâneos que o visitassem.

A segunda circunstância foi póstuma, a “ressuscitação” do seu trabalho através do filme “Jaime” de António Reis e de Margarida Cordeiro. A obra ousou destruir a fronteira entre a normalidade e a anormalidade e revolucionou o cinema português, immortalizando o artista no processo. “Não há doentes no filme”, diz o cineasta (Monteiro, 1974). O normal e o anormal não têm lugar, o imaginário está exatamente ao mesmo nível da realidade material. O olhar de Jaime surge como exemplar do olhar de um humano e não de um doente.

O cinema emerge como meio ideal para retratar o imaginário de Jaime ao entrar e sair sucessivamente dos seus desenhos. A mente de Jaime, construída como contaminação constante do real pelo imaginário, surge como ponto de partida perfeito para o tipo de trabalho fílmico que Reis e Cordeiro estavam interessados em desenvolver. Assim, o imaginário é equiparado à realidade material: “Não há desenhos de um lado e vida real do outro. Entra-se e sai-se livremente. Faz tudo parte de uma unidade que é o filme” (Monteiro, 1974).

Após a descoberta de mais obras, o seu trabalho acabou exposto em Lisboa na Fundação Calouste Gulbenkian em 1980. A exposição teve curadoria de António Reis e José Sommer Ribeiro. O catálogo incluía dois textos curtos, um deles do psiquiatra João dos Santos. No ano seguinte, a sua obra atravessou o Atlântico para ser exposta em São Paulo (Fróis, 2022). A obra de Jaime foi-se dispersando por várias coleções públicas e privadas e continua, ainda hoje, a ser exposta e reconhecida.

Considerações finais

O filme termina tal como começa, com uma fotografia de Jaime, desta feita no final da sua vida após 31 anos de asilo, o seu inferno. Falando da sua obra, Jaime terá dito a um amigo, “há de vir quem dê valor a isto”. E veio, felizmente. No filme de Reis e Cordeiro, o seu impulso criador é celebrado como assinatura de um homem que existiu e criou, um homem que desejou viver mesmo nos espaços em que a morte se parecia instalar. A memória de todos os que viveram algo similar é preservada.

Por último, podemos traçar um paralelismo entre o cinema e a mente humana, o cinema como encontro entre dois psiques, o de Jaime e o do espectador. O delírio de Jaime torna-se o do espectador, torna-se cinema.

Referências bibliográficas

- Antunes, A. (1974). “Jaime” ressuscita Jaime: No cinema uma obra notável. Na pintura um génio. *Jornal do Fundão*, 27/01/1974, 8.
- Barahona Fernandes, H. (1944). *No Signo de Hipócrates*. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola.
- Brito, M. E. (1964). A Terapêutica Ocupacional nos Hospitais Psiquiátricos. *Separata da Revista de Enfermagem*, 3, 2.
- Costa, J. M. (2022). *Jaime/1974*. Cinemateca Portuguesa.
- Fróis, J. P. (2022). *Jaime Fernandes: Fusões entre o humano e o animal*. Grafivedras.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. Manchester: Manchester University Press.
- Monteiro, J.C. (1974). ‘Jaime’ de António Reis: o inesperado no cinema português (entrevista de João César Monteiro a António Reis). *Cinéfilo*, 29, 23-32.
- Morais, R. (2022). Oito vezes Jaime nasceu já cá: Prosopéia e alteridade em Jaime de António Reis. *Revista 2i*, 4(6), 29-44.
- Moutinho, A. & Lobo, M. G. (1974). *António Reis e Margarida Cordeiro – A Poesia da Terra*. Faro: Cineclube de Faro.

Joker – será isto loucura?

Iara Santos, Bruna Melo

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões

E-mails: iaramdsantos9@gmail.com; brunamlgd@gmail.com

Resumo

Joker é uma das personagens mais icónicas do cinema, representado como vilão e símbolo da loucura. O mais recente filme Joker, de 2019, apresenta-nos Arthur Fleck, o homem por trás da pintura de palhaço, cuja infância foi marcada por abusos físicos, com grave traumatismo crânio-encefálico (TCE), e psicológicos. Em adulto, Arthur exibe uma mistura atípica de sintomas psicopatológicos, dificultando um potencial diagnóstico psiquiátrico. O riso incontrollável sugere um diagnóstico neurológico, uma Síndrome Pseudobulbar, secundária ao TCE. Ao longo do filme, assistimos a atos violentos e referências à doença mental. Não podemos negar que Joker, através da forma soberba com que Joaquin Phoenix lhe dá vida, tem a capacidade de nos prender ao ecrã. Contudo, também não podemos negar o papel que os media têm na perpetuação do estigma relativo à doença mental, e verificamos isso pela relação direta que o filme estabelece entre a doença mental e os comportamentos violentos.

Palavras-chave: Joker, cinema, psicopatologia, estigma

Abstract

Joker is one of the most iconic characters in cinema, represented as a villain and symbol of madness. The most recent film Joker, from 2019, introduces us to Arthur Fleck, the man behind the clown painting, whose childhood was marked by physical abuse, with severe traumatic brain injury (TBI), and psychological abuse. As an adult, Arthur displays an atypical mix of psychopathological symptoms, making a potential psychiatric diagnosis difficult. Uncontrollable laughter suggests a neurological diagnosis, Pseudobulbar Affect, secondary to TBI. Throughout the film, we see violent acts and references to mental illness. We cannot deny that Joker, through the superb way in which Joaquin Phoenix brings him to life, can keep us on the screen. However, we also cannot deny the role that the media has in perpetuating the stigma related to mental illness, and we can see this through the connection between mental illness and violent behaviour.

Keywords: Joker, cinema, psychopathology, stigma

Introdução

Em 1940 foi publicada a primeira banda desenhada do conhecido super-herói Batman. Sabemos que não existem boas histórias de super-heróis sem os supervilões, aquilo que não se imaginava era que, um deles, conhecido por Joker, viria a tornar-se no supervilão mais conhecido do mundo das artes, imagem do caos e símbolo da loucura. Mais de setenta anos volvidos da sua criação, o antagonista de Batman mereceu, finalmente, a sua aparição a solo no grande ecrã, pela criação do filme Joker, de Todd Phillips, lançado em 2019. Este filme, inteiramente dedicado ao vilão interpretado por Joaquin Phoenix, conta-nos uma nova e profunda versão da sua origem. Com este capítulo, pretende-se analisar, através da bibliografia referida e de reflexões pessoais, a personagem, o seu contexto social e eventual diagnóstico psiquiátrico, estando ciente que esta é um produto de uma obra de ficção e que, por isso, esta discussão tem efeitos puramente teóricos.

Resumo da obra

O filme desenrola-se em 1981 e começa por nos apresentar Arthur Fleck, um homem de meia-idade, solteiro, solitário, algo tímido. Vive com a sua mãe adotiva, Penny, em Gotham City, uma cidade pautada pelo crime, pelo desemprego e pela pobreza. Arthur trabalha como palhaço, prestando serviços de entretenimento para uma empresa. Ao longo do filme são sublinhadas as suas dificuldades em estabelecer relações interpessoais. Nos seus tempos livres, Arthur é cuidador da sua mãe, com quem assiste todas as noites, a um programa de comédia, imaginando-se no lugar do comediante, Murray Franklin, e ambicionando um dia chegar também aos grandes palcos, ser acarinhado e ter toda a atenção virada para si. Sendo este o seu grande sonho, Arthur, além do seu

trabalho como palhaço, vai praticando, inclusivamente frequentando um estabelecimento para esse efeito, stand up comedy. Ao longo do filme, assistimos a um romance de Arthur com a sua vizinha, relação essa que mais tarde percebemos ter sido imaginada. Com o decorrer do filme, salta-nos à vista o riso incontrolável de Arthur, assim como a sua tristeza e solidão. Percebemos que mantém, por via de apoios sociais, acompanhamento psiquiátrico e faz medicação nesse sentido. Segundo a mãe adotiva, Arthur era uma criança engraçada e gentil, não nos sendo relevados dados sobre a sua história familiar, além do facto de ter sido abandonado pelos pais biológicos. Com o decorrer do filme, é-nos contada a origem de Joker, como sendo um produto de vários eventos disruptivos que aconteceram desde fases muito precoces da sua vida. Assistimos a angustiantes abusos psicológicos no emprego e agressões físicas na via pública. Numa destas agressões físicas um colega de trabalho deu a Arthur uma arma para se poder defender. Não tardou até voltar a ser agredido, desta vez no metro, numa das viagens de regresso a casa e vestido de palhaço, Arthur é novamente atacado por três homens. Num momento de desespero Arthur mata-os, voltando para casa, numa aparente anestesia emocional. Múltiplas situações se vão sucedendo a partir daqui, nomeadamente o corte do apoio social para as consultas de psiquiatria e medicação, a descoberta de que tinha sido abandonado pelos seus pais biológicos e que a sua mãe adotiva, Penny, tinha problemas do foro psiquiátrico, permitindo que um homem abusivo com quem se relacionava na infância de Arthur, o agredisse violentamente, culminando num grave traumatismo crânio-encefálico. Paulatinamente, a espiral de violência começa a marcar o filme, inclusivamente com o assassinato da sua mãe, do seu ídolo, Murray Franklin, em direto na televisão e, como remate final, o filme sugere-nos que mata a sua psiquiatra, ao revelar rastros de sangue depois de uma consulta no hospital psiquiátrico, onde acaba internado depois de ser detido.

Análise da personagem

Analisando o contexto onde se inseria a personagem Arthur Fleck, podemos identificar múltiplos fatores de risco que podem tornar esta personagem mais vulnerável ao desenvolvimento de doença mental. Temos as situações sociais desfavoráveis, entre as quais uma cidade pautada pelo crime, pela pobreza e pelo desemprego. As competências sociais e emocionais deficitárias, evidenciadas pelo padrão de comunicação aberrante de Arthur. Identificamos facilmente os eventos adversos de vida a considerar no desenvolvimento de doença mental, como o facto de ter sido vítima de violência física e psicológica graves na infância, permitidas pela sua mãe adotiva, única figura cuidadora que tinha. Também se identificam fatores de risco orgânicos para desenvolvimento de doença mental, como o grave traumatismo que sofreu na infância. No filme não há referência aos pais biológicos, pelo que os fatores genéticos não são possíveis de apurar. Assim, em jeito de conclusão, podemos constatar que estes fatores podem ter tido repercussão na estruturação da personalidade e, em última análise, constituírem fatores precipitantes para a doença mental num indivíduo com um background vulnerável. Perante os fatores de risco enumerados e a mistura atípica de sintomas psicopatológicos, vários autores colocam a questão se haverá lugar a um diagnóstico médico, discutindo algumas hipóteses que enumerarei de seguida.

Síndrome Pseudobulbar

Uma das características que mais salta à vista nesta personagem, é o riso patológico. Enquadrando este sintoma num possível diagnóstico, temos a Síndrome Pseudobulbar, que condiciona episódios repentinos e incontroláveis de choro, riso ou ambos, incongruente com o humor ou com as circunstâncias. Trata-se de uma perturbação da regulação emocional, que acontece por uma lesão bilateral (ou, mais raramente, unilateral) da via corticobulbar, ou por lesões a nível do lobo frontal do cérebro. Estas lesões podem ocorrer de forma secundária a múltiplas etiologias, como os Acidentes Vasculares Cerebrais, a Doença de Alzheimer, a Esclerose Múltipla ou os Traumatismos Crânio-Encefálicos. Nesta personagem coloca-se como hipótese mais provável a condição ser secundária a um Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE), não só por poder culminar numa Síndrome Pseudobulbar, como justificar outros sintomas apresentados. Como referido anteriormente, temos dados acerca da personalidade prévia de Joker, o facto de ser engraçado e gentil, e sabe-se que os TCE podem explicar alterações da personalidade com a presença de comportamentos explosivos e agressivos (atribuídos à disfunção pré-frontal), desencadeados por estímulos mínimos. Contudo, geralmente os comportamentos explosivos e agressivos decorrentes do TCE são egodistónicos, não se verificando na personagem um sofrimento associado aos comportamentos violentos. Assim, podemos constatar que o TCE não poderá explicar todos os sintomas manifestados.

Perturbação de Personalidade Narcísica

Joker parece ter uma mistura complexa de vários traços de personalidade, nomeadamente narcisismo (anseia por atenção por qualquer meio) e traços antissociais (uma vez que não demonstra empatia pelas suas vítimas).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, na sua quinta edição, a Perturbação da Personalidade Narcísica diagnostica-se pela presença de um padrão generalizado de grandiosidade (na fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e ausência de empatia, que começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos. Para o seu diagnóstico é necessária a presença de cinco ou mais dos seguintes critérios: 1) Sentimento grandioso de autoimportância; 2) Preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, brilho, beleza ou amor ideal; 3) Crença de ser especial e único e só poder ser compreendido por outras pessoas (ou instituições) especiais ou de alto status, às quais se deve associar; 4) Exigência de admiração excessiva; 5) Sentimento de titularidade, ou seja, uma expectativa irracional de um tratamento especial favorável ou em conformidade com as suas expectativas; 6) Interpessoalmente explorador, ou seja, tira vantagem dos outros para fins próprios; 7) Ausência de empatia; 8) Frequentemente sente inveja dos outros ou acredita ser alvo de inveja e 9) Presença de comportamentos e atitudes arrogantes. Analisando os critérios, podemos assumir que Joker, além de cumprir o critério A, cumpre os critérios 1, 2, 4, 5 e 7, configurando assim num diagnóstico de Perturbação de Personalidade Narcísica.

Perturbação de Personalidade Antissocial

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, na sua quinta edição, a Perturbação da Personalidade Antissocial diagnostica-se pela presença do critério A, ou seja, um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas, que ocorre desde os 15 anos de idade, conforme indicado por três (ou mais) dos seguintes: 1) Fracasso em ajustar-se às normas sociais relativas a comportamentos legais, conforme indicado pela prática repetida de atos que são motivos para prisão; 2) Tendência à falsidade, fraude, mentiras repetidas, enganar os outros para obter benefícios próprios; 3) Impulsividade; 4) Irritabilidade e agressividade, com múltiplas agressões físicas; 5) Descuido pela segurança de si ou de outros; 6) Irresponsabilidade reiterada, com falhas em honrar obrigações financeiras e 7) Ausência de remorso, evidenciando indiferença em relação a danos provocados ao outro. Adicionalmente, para o diagnóstico, deverá cumprir também o critério B, ou seja, ter pelo menos dezoito anos, o critério C, isto é, perturbações da conduta antes dos quinze anos e o critério D, em que se tem de verificar que a ocorrência de comportamento antissocial não acontece exclusivamente no contexto de esquizofrenia ou perturbação bipolar. Na realidade, não temos dados acerca da conduta da personagem antes dos quinze anos, pelo que, mesmo tendo traços de personalidade antissocial, este diagnóstico não poderá ser feito.

Outros diagnósticos

Não vemos, durante o filme, alterações do pensamento, nomeadamente a presença de delírios que nos pudessem a levar a pensar num diagnóstico da linha da psicose. Apesar de percebermos que a sua relação romântica com a vizinha não foi real, talvez seja excessivo considerá-la fruto de um delírio, uma vez que não foi mencionada nas consultas com a sua psiquiatra, passando a ideia que será decorrente de um tipo de pensamento fantasioso, segundo os autores, fruto da sua imaginação consciente. Apesar de apresentar alguns traços depressivos, não é possível estabelecer um diagnóstico de uma perturbação depressiva ou uma perturbação da linha da bipolaridade.

Papel dos *media* e estigma

O filme estabelece relações explícitas entre a doença mental e os comportamentos violentos. O papel do doente psiquiátrico é diabolizado no filme e o remato final da possível morte da psiquiatra é, propositadamente ou não, provocador, passando eventualmente uma mensagem ao público de que os hospitais psiquiátricos são locais destinados a pessoas perigosas, impossíveis de tratar e como único propósito o isolamento destes doentes da sociedade. E que, mesmo assim, falham, como nos sugere o rasto de sangue no corredor do hospital no final do filme. Na realidade, segundo um estudo publicado em 2022 acerca do impacto do filme Joker no estigma da doença mental. O estudo foi dividido em dois ramos, sendo o primeiro ramo referente ao Estudo 1, em que os participantes que assistiram ao filme Joker demonstraram um aumento significativo no medo e sentimentos de evitamento relativamente a pessoas com doenças mentais. De igual forma, evidenciaram aumento do apoio relacionado a abordagens autoritárias

no tratamento destes doentes, enquanto os participantes que assistiram a um filme controlo, não demonstraram tais alterações. Ainda neste estudo e numa tentativa de atenuar os efeitos negativos de assistir ao filme protagonizado por Joaquin Phoenix, no segundo ramo, Estudo 2, os autores permitiram que os participantes assistissem a uma versão editada do filme, com declarações educativas, nomeadamente: “90-95% das pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia ou Perturbação Bipolar não cometem nenhum tipo de violência”, que foram exibidas imediatamente após o término do filme. Contudo, aquilo que se verificou foi que tais afirmações não tiveram efeitos na opinião dos participantes e que, também estes, exibiram um aumento comparável nos parâmetros do medo, evitamento e nas abordagens mais autoritárias dos doentes com perturbações mentais.

Considerações ou conclusões finais

Com este trabalho pretendeu-se fazer uma análise da personagem à luz da psicopatologia e de considerações pessoais, estando ciente de que a personagem é um produto de uma obra de ficção e que tanto a história pessoal e familiar, bem como os sintomas apresentados, fundamentais para uma adequada avaliação, são atípicos e pouco esclarecidos. Assim, esta discussão tem apenas interesse teórico no sentido de permitir a discussão de eventuais hipóteses diagnósticas e da forma como certas condições mentais são, não raras vezes, erradamente transmitidas ao grande público, trazendo muitas vezes consigo, um reforço do estigma associado à doença mental.

Referências bibliográficas

1. Ahmed, S., Venigalla, H., Mekala, H. M., Dar, S., Hassan, M., & Ayub, S. (2017). Traumatic Brain Injury and Neuropsychiatric Complications. *Indian journal of psychological medicine*, 39(2), 114-121. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.203129>
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM5).
3. Demas, A., & Tillot, D. (2020). Pathological laughing and psychotic disorder: the medical evaluation of the Joker. *Acta neurologica Belgica*, 120(6), 1379-1382. <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01332-3>
4. Phillips, T. (Director). (2019). Joker [Film]. Warner Bros.
5. Poulgrain, J. W., Bremner, N. M., Zimmerman, H., Jao, C. W., Winter, T., Riordan, B. C., Bizumic, B., Hunter, J., & Scarf, D. (2022). Why So Serious? An Attempt to Mitigate the Short-Term Harmful Effects of the Film Joker on Prejudice toward People with Mental Illness. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 12(10), 384. <https://doi.org/10.3390/bs12100384>
6. Skryabin, V. Y. (2021). Analysing Joker: an attempt to establish diagnosis for a film icon. *BJ Psych Bulletin*, 45(6), 329-332. doi:10.1192/bjb.2020.146

Uma paleta de horrores: a vida e obra de Zdzislaw Beksinski

João Barreira, Maria Luís Aires, Mário Marques dos Santos

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, Porto, Portugal

E-mail: 75362@chts.min-saude.pt; 75363@chts.min-saude.pt

Resumo

Zdzisław Beksinski foi um pintor nascido em 1929 em Sanok, na Polónia. Apesar de ter seguido Arquitetura acabou por dedicar a sua vida à pintura. As suas obras são pautadas por tons escuros e temas de melancolia, desespero e decadência. Num estilo surrealista, observam-se frequentemente figuras deformadas, faces distorcidas, desertos e outros cenários distópicos. O artista evitava interpretar as suas obras, referindo que seriam como fotografias de sonhos seus. Através de várias entrevistas ao pintor consegue-se apurar que o mesmo padecia de uma perturbação de ansiedade e, segundo algumas fontes, uma perturbação obsessivo-compulsiva, algo que terá fortemente influenciado a sua vida e a sua obra. Tal como nas suas pinturas, a vida de Beksinski também tomou um rumo mais negro, tendo acompanhado a morte da sua esposa por cancro, o suicídio do seu único filho e tendo culminado no seu próprio homicídio, em 2005.

Palavras-chave: Beksinski, pintura, surrealismo, ansiedade

Abstract

Zdzisław Beksinski was a polish painter born in 1929. Although he majored in Architecture, he ultimately dedicated his life to painting. His works are characterized by dark tones and themes of melancholy, despair, and decay. In a surrealist style, one often observes deformed figures, distorted faces, deserted places, and other dystopian scenarios. The artist avoided interpreting his works, stating that they were like photographs of his dreams. Through various interviews with the painter, it can be deduced that he suffered from an anxiety disorder and, according to some sources, obsessive-compulsive disorder, something that strongly influenced his life and work. Just as in his paintings, Beksinski's life also took a darker turn, as he experienced the death of his wife from cancer, the suicide of his only son, and his own homicide in 2005.

Keywords: Beksinski, painting, surrealism, anxiety

Introdução

Zdzisław Beksinski, pintor polaco nascido em 1929, deixou um legado enigmático no mundo da arte com as suas obras surrealistas. As suas pinturas, caracterizadas por tons escuros, frequentemente retratam temas distópicos, relacionados com morte e decadência. No âmago da sua arte está uma exploração profunda do medo da morte e do desconhecido, embora o próprio autor evitasse falar sobre o mesmo. As tragédias pessoais do pintor, desde o seu crescimento num contexto geopolítico conturbado até à perda da sua esposa e do seu filho, influenciaram intimamente o seu trabalho, refletindo a sua própria ansiedade e medo da morte. Através da sua arte, Beksinski confrontou questões existenciais sobre a vida e a inevitabilidade da morte, usando a tela como um meio de expressar o seu desassossego e inquietação. Este trabalho pretende explorar a vida de Beksinski e as suas expressões artísticas da tanatofobia que parece permear a sua obra.

A vida

Zdzisław Beksinski nasceu em Sanok, no sul da Polónia e experienciou, em idade jovem, a invasão da Alemanha Nazi e a subsequente invasão soviética, que persistiu durante várias décadas. No meio desta época conturbada, o artista estudou Arquitetura em Cracóvia, tendo terminado o curso em 1952. Casou em 1951, casamento do qual resultou o seu único filho, Tomasz. O seu filho acabou por também enveredar uma carreira artística, trabalhando como apresentador de rádio e jornalista. Quanto a Beksinski, posteriormente aos seus estudos trabalhou como supervisor em construção civil e como *designer* de autocarros, empregos que não terá gostado. Após terminar os seus estudos, e apesar de não ter formação artística formal, começou a dedicar-se à pintura, escultura e fotografia. Chegou inclusive a utilizar material dos locais de construção onde trabalhava nas suas esculturas. A sua persistente

dedicação ao lado artístico tomou conta da sua carreira. A sua primeira exibição a ter maior reconhecimento foi em 1964, na capital polaca. Os seguintes anos foram de grande produtividade artística, nomeadamente na pintura, abarcando o seu primeiro período, o *período fantástico*. A partir dos anos 80, Beksiński atingiu uma fama global, com obras a serem apresentadas nos Estados Unidos da América, Japão e outros países fora da Europa. A partir dos anos 90 dedicou-se a meios mais modernos, como a fotografia digital. A sua vida decorreu de forma tranquila até 1998, quando a sua esposa faleceu de doença neoplásica. Um ano depois, na Véspera de Natal, o filho de Beksiński suicida-se, com 41 anos de idade, tendo sido o pai a encontrar o corpo. Apesar disto, o artista continuou a trabalhar na sua obra até 2005, quando foi assassinado por um jovem a quem recusou emprestar dinheiro. Foi encontrado em casa com 17 lesões por arma branca. (Jacob, 2021).

A obra

Beksiński deixou-nos uma obra extensa e multifacetada. Apesar de se ter desdobrado em várias modalidades artísticas diferentes, cabe o papel principal à pintura. As suas pinturas apresentam-se num estilo Barroco ou Gótico, segundo o próprio, e eram geralmente feitas a óleo em telas que o próprio preparava. Ocasionalmente também usava acrílicos. Dentro do seu processo, o artista gostava de trabalhar ao som de música clássica, hábito que perdurou a sua vida inteira. A sua obra divide-se globalmente em dois períodos. O primeiro período foi tendencialmente mais expressionista, com cenários distópicos e surrealistas, apelidado de *período fantástico* pelo próprio. Foi neste período que elaborou as suas obras mais conhecidas, sempre permeadas de figuras cadavéricas e deformadas, desertos e decadência, num estilo muito detalhado. A maioria destas obras não apresentava título, deixando o mesmo e a sua interpretação ao público. O segundo período apresenta um estilo mais abstracto, com elementos de formalismo, surgindo depois dos anos 70. Por volta desta época, Beksiński começou a usar mais cruzeiros, influência da forte tradição religiosa polaca. Inclusive criou uma imagem de marca, a “cruz de Beksiński”, em forma de T, com a qual adornou várias obras. Sobre esta transição entre períodos artísticos o mesmo referiu “vou numa direção de uma maior simplificação do fundo e ao mesmo tempo uma deformação considerável das figuras, que serão pintadas sem a sua luz e sombra natural. O que pretendo é que seja óbvio, à primeira vista, que é uma pintura que eu fiz”. Curiosamente, alguns detalhes nas suas pinturas demonstram os seus conhecimentos em Arquitetura, adicionando à sua assinatura. Com o passar dos anos o artista foi experimentando várias modalidades artísticas diferentes, como a edição de fotos e a escrita de pequenas histórias. Estes textos acabavam por regressar a temas surrealistas e pós-apocalípticos. Após a sua morte foram inauguradas exposições permanentes da sua obra, nomeadamente em Sanok, a sua terra natal. (Jacob, 2021).

Análise da vida e obra

Através das suas obras e de algumas curiosidades que foi admitindo em entrevistas podemos elaborar certas interpretações sobre o pensamento de Beksiński, o seu comportamento, e a sua psique. Quanto à sua personalidade, Beksiński manteve sempre um perfil público muito discreto e reservado. Chegou a queimar muitas das suas obras em casa, afirmando que eram demasiado pessoais para ser apresentadas ao público.

Apesar dos cenários que apresentava na sua obra, era conhecido como uma pessoa alegre e com sentido de humor. Beksiński era também descrito como uma pessoa ansiosa, algo que o próprio admitia, evitando sair de casa e recusando ver exposições da sua própria arte. Terá inclusive recusado uma bolsa para estudar no museu de Guggenheim em New York.

O artista sempre evitou dar significado às suas obras, apesar dos temas sugeridos, afirmando que a interpretação cabia a quem as visse e recusando uma análise concreta da obra. Também afirmou não ter grandes influências na literatura, cinema ou obras de outros artistas, acabando por quase nunca visitar museus ou exposições.

Sobre a sua condição, Beksiński afirmou “a minha vida é dominada por uma diarreia neurótica, simplesmente. Daí a minha relutância em viajar, independentemente da viagem ser uma deportação para a Sibéria ou voltas ao mundo de iate (...) tudo o que me separa da base expõe-me a uma tensão nervosa específica e condicionada”. Por este motivo evitava viagens e mudanças na sua rotina (como visitas ou eventos inesperados). Por vezes ia elaborando sobre alguns medos que teria. Um dos medos que confessou seria de ter aracnídeos dentro da sua boca, medo este que aparece pontualmente desenhado nas suas obras.

Quando questionado sobre os objetivos da sua pintura, o artista referiu que pretendia pintar como se estivesse a fotografar sonhos, insinuando que o conteúdo dos seus sonhos se traduzia nas suas obras. (Jacob, 2021).

Alguns críticos associam o teor das suas pinturas, bem como algumas referências visuais à guerra, à juventude de Beksiński em plena segunda guerra mundial. Uma das referências é a conhecida pintura de uma figura sem face a envergar um capacete usado pelos nazis na guerra, pintado em azul da Prússia, a mesma cor que tingia as paredes das câmaras de gás dos campos de concentração nazi ao ser usado cianeto.

A persistência em temas relacionados com a morte, bem como o comportamento descrito do artista, levam-nos a pensar que o mesmo poderia ter uma perturbação de ansiedade ou uma perturbação do espectro obsessivo-compulsivo.

As perturbações de ansiedade incluem perturbações com características em comum como medo e ansiedade excessivos, e alterações comportamentais associadas. O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura, sendo que os dois se podem sobrepor. Muitas vezes, para reduzir o nível de medo ou ansiedade, surgem comportamentos de evitamento. As perturbações diferem do medo ou ansiedade normativos por serem excessivos ou persistirem além de 6 meses. As perturbações de ansiedade diferem umas das outras nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitamento e a cognição associada. Dentro das perturbações de ansiedade descritas na quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, o caso de Beksiński pode enquadrar-se numa Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade Social ou numa Agorafobia.

Na Perturbação de Ansiedade Generalizada existe uma ansiedade e preocupação excessivas e persistentes sobre uma variedade de eventos ou atividades. Esta preocupação é difícil de controlar pelo indivíduo e está normalmente associada a outros sintomas como inquietação, cansaço fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, alterações de sono e tensão muscular. Embora Beksiński nunca tenha verbalizado sintomas como os descritos, assumiu uma ansiedade em relação a vários temas, como mudanças na rotina, viagens ou eventos públicos.

Na Perturbação de Ansiedade Social existe fundamentalmente um medo ou ansiedade acentuados sobre uma ou mais situações sociais nos quais o indivíduo é exposto a um possível escrutínio de terceiros, de forma persistente. O indivíduo afetado teme agir de uma forma ou apresentar sintomas de ansiedade que serão avaliados de forma negativa, tendendo a evitar as situações sociais ou a suportá-las através de medo ou ansiedade intensos. Beksiński, apesar de nunca ter admitido diretamente que as interações sociais lhe causavam ansiedade, era bastante claro que as evitava. Recusava-se a comparecer em apresentações das suas obras ou outros eventos de cariz social. Comparecia em ocasionais entrevistas públicas, mas apresentava-se sempre reservado nas mesmas.

Na Agorafobia existe um medo ou ansiedade acentuados e persistentes em relação a algumas situações como estar fora de casa sozinho, estar em locais fechados ou espaços abertos, ficar no meio de multidões ou usar transportes públicos. O medo de que pode ser difícil escapar destas situações leva a que o indivíduo evite as mesmas. Beksiński admitiu explicitamente a sua ansiedade em viajar e sair de casa, como supracitado. A sua recusa em ir a exposições e museus também poderá estar associada a ansiedade em estar em locais fechados.

Certos aspectos da personalidade de Beksiński fazem-nos lembrar uma estrutura anancástica ou obsessivo-compulsiva da personalidade: sabe-se que o artista era muito metódico e muito atento a cada detalhe, transmitindo uma imagem global de um indivíduo perfeccionista. Beksiński assumia-se como uma pessoa inflexível e rígida, rejeitando qualquer alteração à sua rotina previamente estabelecida que, inevitavelmente, envolvia o seu trabalho. Apesar de se desdobrar em várias facetas artísticas, de um modo geral Beksiński sempre se dedicou ao seu trabalho e à sua obra. E em particular, a persistência em temas relacionados com a morte infere a presença de uma componente obsessiva, nomeadamente a presença de imagens recorrentes e persistentes com este conteúdo. Podemos interpretar a pintura destas imagens, que lhe surgiam também em sonhos, como uma tentativa de supressão e/ou neutralização das mesmas. (American Psychiatric Association, 2013).

Aliás, a perseverança no tema remete-nos para o conceito de tanatofobia, ou ansiedade de morte. A tanatofobia é o medo da morte ou da mortalidade. O termo vem de Tanatos, representação da morte na Grécia Antiga. Pode englobar pensamentos obsessivos sobre a morte ou medo de morrer, comportamentos de evitamento, sintomas depressivos, sintomas físicos, com ou sem impacto funcional.

Vemos na obra do artista uma representação frequente de cenários surrealistas e infernais, com figuras monstruosas e estruturas decadentes. Estas imagens podem ser interpretadas como reflexos do seu medo da morte e como símbolos da fragilidade e efemeridade da vida. Esta interpretação leva-nos a Gebattel, que afirmou que no caso dos doentes obsessivos, o passado é “incompleto, empurra e submerge o doente nos símbolos do impuro, do sujo ou dos mortos” (Gebattel, 1968). Nestes indivíduos, símbolos comuns de morte como cruzeiros, trajes de luto, caixões e cemitérios podem causar grande desconforto e a expectativa de um hipotético desastre. Nalguns casos, por trás de compulsões de lavagem está um medo da decadência, da doença e da morte, muitas vezes oculto. (Hoffmann & Hofmann, 2017). Relembramos o uso frequente de cruzeiros por parte do artista nas suas pinturas e a interpretação

do seu processo artístico como um “ritual de lavagem”: a sua obra pode ser vista como um processo de catarse – ao usar as suas pinturas para expressar os seus medos e pensamentos mais profundos aliviava a sua angústia.

Meyer descreveu esta condição como “neurose tanatofóbica”. Segundo Meyer, o medo de morrer e da morte é encontrado no medo do decomponível, da sujidade, bem como no medo da finitude da vida e do seu carácter irrepetível e imprevisível. Os sistemas de defesa, através de atos compulsivos como a cautela e vigilância extrema, bloqueiam uma experiência original e espontânea para assim bloquear os seus perigos e possibilidades. (Meyer, 1982).

Esta condição pode advir de experiências traumáticas passadas, que no caso do artista pode ser o contexto de conflitos bélicos e políticos constantes que testemunhou. Neste sentido podemos regressar ao conceito de ansiedade de morte predatória de Robert Langs – ansiedade esta que surge do medo primitivo de se ser atacado ou morto. Este tipo de ansiedade surge de situações perigosas que põem em causa a sobrevivência individual (Langs, 2004).

Do mesmo modo, estudos demonstraram a presença de experiências traumáticas e 30-82% dos indivíduos com diagnóstico de perturbação obsessivo-compulsiva (Dykshoorn, 2014). A psicopatologia da perturbação obsessivo-compulsiva e da perturbação de stress pós-traumático apresentam algumas semelhanças. Em ambos os grupos diagnósticos os pacientes sofrem de pensamentos intrusivos, impulsos ou imagem experienciadas de forma invasiva e negativa, muitas vezes associados a sentimentos de culpa ou nojo. Indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva e com perturbação de stress pós-traumático tendem a evitar ativamente ou a neutralizar estas intrusões ou situações que os possam espoletar. (Bürgy, 2019). Estes evitamentos foram admitidos pelo próprio Beksinski, embora não tenha feito alusão direta a traumas prévios.

Conclusão

Zdzisław Beksinski deixou uma marca indelével no mundo da arte, com um legado que vai para além das suas pinturas surrealistas. A sua vida repleta de tragédias pessoais e contacto com sofrimento e a morte, alimentou uma profunda reflexão sobre a mortalidade e o medo do desconhecido. Através das suas obras enigmáticas, Beksinski encontrou uma maneira de dar voz aos seus medos mais profundos, transformando a sua ansiedade e angústia em imagens perturbadoras e sombrias. O seu trabalho não só desafia os espectadores a confrontarem-se com as questões universais da vida e da morte, mas também serve como um testemunho da luta interior de um artista atormentado pelo medo de morrer. Em última análise, as pinturas de Beksinski são um convite para explorar os recessos mais sombrios da existência humana e os mistérios insondáveis que nos aguardam.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bürgy, M. (2019). Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Methodologically Structured Overview. *Psychopathology*, 52(3), 174-183. <https://doi.org/10.1159/000501165>
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health psychology and behavioral medicine*, 2(1), 517-528. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.905207>
- Gebsattel, V. E. (1968). Die anakastische Fehlhaltung. In H. Imago (Ed.), *Imago Hominis* (pp. 173-199). Müller.
- Hoffmann, N., & Hofmann, B. (2017). *Wenn Zwänge das Leben einengen* (15th ed.). Berlin, Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52850-1>
- Jacob, J. (2021, May 5). Zdzislaw Beksinski: The Dystopian Surrealist Painter You Should Know. *TheCollector*. <https://www.thecollector.com/zdzislaw-beksinski-the-dystopian-surrealist-painter-you-should-know/>
- Langs, R. (2004). Death Anxiety and the Emotion-Processing Mind. *Psychoanalytic Psychology*, 21(1), 31-53. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.1.31>
- Meyer, J. E. (1982). *Todesangst und das Todesbewusstsein der Gegenwart* (2nd ed.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-93205-2>

BoJack Horseman à luz da psicoterapia existencial de Irvin D. Yalom

Laura Silva Carvalho¹, João Oliva Alves¹, Fábio Monteiro²

¹ Unidade Local de Saúde de Santo António

² Hospital Magalhães Lemos, Unidade Local de Saúde de Santo António

E-mail: lauramcarvalho@gmail.com

Resumo

“*BoJack Horseman*” é uma série de animação para adultos, criada por Raphael Bob-Waksberg, que se destaca pela satirização de inúmeras problemáticas sociopolíticas contemporâneas e pelo retrato que faz de temas ligadas à saúde mental, nomeadamente depressão, abuso de substâncias e trauma.

BoJack, a personagem fictícia que dá nome à série, é uma antiga estrela televisiva que procura recuperar a relevância perdida. Apresenta traços narcísicos, angústia existencial marcada e perpetua mecanismos de defesa mal-adaptativos, com um forte locus de controlo externo.

Este trabalho propõe-se a fazer uma análise da personalidade e psicopatologia do protagonista, sob a lente do psiquiatra Irvin D. Yalom e dos quatro “*ultimate concerns*” descritos na sua obra “*Psicoterapia Existencial*”: morte, liberdade, isolamento e falta de sentido; com particular enfoque na liberdade e na implicação que esta tem na responsabilização do indivíduo, no compromisso com a mudança, na decisão e na ação.

Palavras-chave: BoJack Horseman, psicoterapia existencial, Irvin D. Yalom, liberdade, responsabilidade

Abstract

“*BoJack Horseman*” is an adult animated television series, created by Raphael Bob-Waksberg, which stands out for its satire of numerous contemporary socio-political issues and for its portrayal of mental health issues, namely depression, substance abuse and trauma.

BoJack, the fictional character after whom the series is named, is a former television star who is trying to regain his lost relevance. He displays narcissistic traits and marked existential angst, perpetuating maladaptive defense mechanisms and showing an external locus of control.

This paper proposes an analysis of the protagonist’s personality and psychopathology, through the lens of psychiatrist Irvin D. Yalom and the four “ultimate concerns” described in his work “*Existential Psychotherapy*”: death, freedom, isolation and meaninglessness; with a particular focus on freedom and its implications for the individual’s responsibility, commitment to change, decision and action.

Keywords: BoJack Horseman, existential psychotherapy, Irvin D. Yalom, freedom, responsibility

Introdução

“BoJack Horseman” é uma série de animação para adultos, criada por Raphael Bob-Waksberg. Apresenta-se como uma produção trágico-cômica, amplamente aclamada pela crítica, que pretende caricaturar a indústria do entretenimento e satirizar várias problemáticas sociopolíticas contemporâneas. Aborda ainda diversos temas ligados à saúde mental, nomeadamente depressão, abuso de substâncias e trauma. Este trabalho propõe-se a fazer uma reflexão crítica sobre a personalidade e a psicopatologia do protagonista à luz da “*Psicoterapia Existencial*” do psiquiatra Irvin D. Yalom e das quatro “preocupações fundamentais” (*ultimate concerns*) descritas na sua obra: a morte, a liberdade, o isolamento e a falta de significado.

BoJack Horseman

A série televisiva “*BoJack Horseman*” acompanha as vivências do protagonista, personagem fictícia que dá nome à série, e proporciona um terreno fértil para examinar questões existenciais no contexto do crescimento pessoal, das dinâmicas relacionais e da procura de significado num mundo complexo e, muitas vezes, absurdo, alinhando-se com os conceitos da terapia existencial de Irvin D. Yalom.

BoJack apresenta-se como uma ex-estrela de televisão que vive dos seus ganhos financeiros passados e das suas memórias do auge da carreira. Tem uma apresentação desinvestida que reflete a falta de ambição e de orientação

pessoal e profissional que o afetou nos últimos anos. No início da série, procura desesperadamente recuperar a relevância perdida através da escrita das suas memórias. No entanto, atrás da fachada de glamour e fama, reside uma profunda angústia existencial. BoJack é atormentado por uma sensação de vazio e desconexão, alimentada por traços narcísicos e mecanismos de defesa mal-adaptativos, que o mantêm preso num ciclo de autodestruição, associado a um forte locus de controlo externo.

A Psicoterapia Existencial de Yalom

Irvin D. Yalom é um psiquiatra e psicoterapeuta de renome, amplamente conhecido pelas suas contribuições para a Psicoterapia Existencial. Nascido em 1931, em Washington D.C, filho de imigrantes russos, é hoje Professor emérito de Psiquiatria na Universidade de Stanford e autor de vários livros influentes na área da psicoterapia.

Na sua obra, integra conceitos existenciais, filosóficos e psicológicos e levanta quatro aspetos teóricos (“preocupações fundamentais”): Morte, Liberdade, Isolamento e Falta de Significado. Toda a obra de Yalom, seja ela literária ou teórica, está fundamentada na no entendimento de que todos os seres humanos enfrentam esses quatro grandes dilemas da existência humana, e que o confronto com os mesmos, aliado a uma aliança terapêutica segura e empática, é a única forma de superação. Para o autor, a psicopatologia pode ser definida como um modo ineficiente de lidar com a ansiedade que emana da confrontação do indivíduo com estes mesmos dilemas, interligados entre si.

Morte

Irvin D. Yalom aponta a morte como uma ameaça constante, inevitável e universal, que influencia a nossa experiência e comportamento. Sendo uma fonte primordial de ansiedade, torna-se, simultaneamente, uma fonte primordial de psicopatologia.

A morte e a finitude desempenham um papel significativo no desenvolvimento da personagem e na narrativa da série, sendo que a angústia existencial surge em BoJack como uma resposta natural à consciência desta finitude e incerteza. O protagonista vive frequentemente essa ansiedade ao longo da série, muitas vezes mascarando-a com comportamentos autodestrutivos, como o abuso de substâncias.

Para Yalom, a negação da morte é um fenómeno comum e profundamente enraizado na psique humana. O autor identifica dois mecanismos principais através dos quais as pessoas lidam com a ansiedade associada à finitude da vida: a crença num “salvador final” e a crença na “singularidade pessoal”. A crença num “salvador final” refere-se à ideia de que existe algo ou alguém que proporcionará uma redenção ou uma forma de imortalidade após a morte. Por outro lado, a crença na “singularidade pessoal” envolve uma noção de que o indivíduo é especial, único ou excecional em algum nível, e que isso garante uma imunidade ou uma diferenciação em relação à mortalidade comum.

No caso de BoJack Horseman, a predominância da crença na sua própria “singularidade pessoal”, como forma de negar a realidade da morte, manifesta-se nas suas características narcísicas, como a arrogância, a sensação de grandiosidade e a necessidade de adulação. Estes traços podem ser vistos como mecanismos de defesa contra a ansiedade existencial subjacente, numa tentativa de manter uma fachada de invulnerabilidade diante da inevitabilidade da mortalidade.

Ao longo da série, BoJack é confrontado com a morte de várias personagens. Ao deparar-se com a realidade da mortalidade, é forçado a enfrentar questões existenciais profundas sobre a sua própria identidade. BoJack lida com as suas perdas experienciando uma vasta gama de emoções, incluindo tristeza, raiva, culpa e arrependimento, o que reflete a complexidade do processo de luto, conforme discutido por Yalom.

A psicoterapia existencial enfatiza a importância de expressar livremente essas emoções e vivenciar o luto de maneira autêntica e sincera, pois só através desse processo de enfrentamento é que podemos integrar a experiência de luto na nossa narrativa de vida. À medida que a série avança, acompanhamos a passagem de BoJack por um processo gradual de aceitação das perdas que sofreu. Embora o luto nunca desapareça completamente, ele aprende a integrar essas experiências na sua identidade e a encontrar um sentimento de paz e reconciliação. É ainda ilustrado o potencial para crescimento pessoal e transformação que pode surgir desse processo.

Liberdade

Com base em Sartre, Yalom afirma que “o ser humano não apenas é livre, mas está condenado à liberdade”. Sendo o homem totalmente livre é, consequentemente, responsável por tudo o que escolhe e faz. Assim, a liberdade está intrinsecamente ligada à responsabilidade pessoal, isto é, se o indivíduo falhar nos seus objetivos individuais ou

coletivos, não pode justificar-se recorrendo à vontade divina ou a qualquer outro determinismo. A terapia existencial encoraja a consciência e a aceitação dessa responsabilidade, em oposição à agonia de tomada de decisão e à angústia das suas consequências.

Existem vários mecanismos que protegem o indivíduo da consciência desta responsabilidade. Em primeiro lugar, pode surgir um “deslocamento de responsabilidade” para outra pessoa. Em segundo lugar, pode existir uma “negação da responsabilidade”, em que o indivíduo se sente vítima inocente das circunstâncias. Algumas pessoas podem entrar num estado irracional temporário em que agem de forma descontrolada, porque não se consideram responsáveis, nem mesmo perante si próprios, pelo seu comportamento. O terceiro mecanismo prende-se com a “compulsividade”, que se apresenta como a criação de um mundo psíquico no qual não existe liberdade, estando o indivíduo sob domínio de uma força de ego alien (não-eu), irrefutável.

Esta questão remete-nos para o conceito de *locus de controlo*. O desenvolvimento da personagem de BoJack é complexo e evolui ao longo das temporadas. Inicialmente, nega frequentemente a responsabilidade nas suas escolhas de vida, escondendo-se atrás das suas racionalizações e argumentando que o destino é um produto do seu ambiente e de fatores externos, como a indústria do entretenimento ou vivências traumáticas da infância. Recorre também ao “deslocamento de responsabilidade” como um mecanismo de defesa para evitar a confrontação com as consequências de suas ações e escolhas. Estes mecanismos constituem uma parte significativa de sua complexa personalidade e impedem-no, muitas vezes, de enfrentar as consequências de suas ações, contribuindo para o seu ciclo de autodestruição e relacionamentos problemáticos. É ilustrada a tendência de BoJack para racionalizar todos os comportamentos ou atitudes desadequadas, justificando as suas ações, que atribuiu ao seu “eu narcisista”, em oposição ao seu “eu bom”. Ao culpar uma faceta inerentemente má de si mesmo, BoJack procura absolver a sua personalidade como um todo.

No decorrer da série, o protagonista começa a entender melhor o papel que desempenha na sua própria vida e o impacto que tem nas vidas dos outros. Vai assumindo mais responsabilidade pelas suas escolhas, ocorrendo uma mudança em direção a um *locus de controlo* progressivamente mais interno.

A existência humana não tem traços psicológicos específicos que definam de forma conclusiva a natureza individualista, ou seja, que a única característica definidora de um indivíduo é a maneira como ele escolhe viver a sua vida livremente. Isto leva-nos a argumentar que os indivíduos podem escolher pensar na sua liberdade de uma forma que não seja onerosa, mas libertadora para a sua existência, em vez de se fixarem na sua angústia e sofrimento existenciais e recusar-se a aceitar a responsabilidade pela sua ação ou felicidade. A este respeito, a série televisiva apresentada tenta reiterar a ideia de que qualquer sofrimento ou trauma não é a identidade de ninguém.

Isolamento

O isolamento em BoJack Horseman, à luz das ideias de Yalom, é multifacetado e reflete várias formas de solidão e desconexão: interpessoal, intrapessoal e existencial. É uma experiência familiar para o protagonista, o que reflete a natureza inerentemente solitária da condição humana. BoJack, juntamente com outras personagens, luta para encontrar ligações genuínas num mundo caracterizado pela alienação e pelo vazio emocional. O desejo desesperado por intimidade, proteção e sentimento de pertença permeia a série, salientando a necessidade fundamental de conexão humana para o bem-estar emocional e psicológico.

O isolamento interpessoal, geralmente vivido como “solidão”, refere-se ao isolamento de outros indivíduos e é função de vários fatores – isolamento geográfico, falta de competências sociais adequadas, sentimentos sobre intimidade muito conflituosos ou tipo de personalidade (esquizoide, narcisística, exploradora ou crítica) – que impedem uma interação social gratificante e que podem ser encontrados no protagonista.

O isolamento existencial, por sua vez, persiste apesar da interação prazerosa com outros indivíduos, e é descrito pelo autor como uma “separação do mundo”, um “abismo intransponível entre o próprio e qualquer outro ser”. Num nível fundamental, a morte é a experiência humana mais solitária. Assim, e segundo o autor, o isolamento está intimamente conectado à ideia de morte.

Por fim, Yalom descreve ainda o isolamento intrapessoal, que se refere a qualquer forma de fragmentação do “self”. Surge sempre que o indivíduo reprime os seus próprios desejos e emoções, aceitando como suas as crenças de outro e desconfiando do seu julgamento pessoal. O isolamento intrapessoal é uma parte significativa da experiência de BoJack, que apresenta elevados níveis de autocritica, aceitando as crenças negativas sobre si mesmo que foram internalizadas ao longo dos anos. Isto leva-o a sentir-se desconectado de sua própria identidade, com pensamentos de menos-valia.

Surge uma busca de conforto nas relações interpessoais para lidar com a angústia associada ao sentimento de isolamento. BoJack procura múltiplas vezes aliviar o seu sentimento de impotência solitária através do estabelecimento de relações de superioridade com os outros e procurando relações físicas desprovidas de ligação emocional, numa caricatura da busca pela proximidade.

Ausência de sentido

Um tema central explorado em “*BoJack Horseman*” é a busca implacável por sentido num mundo de fama, relacionamentos superficiais e conflitos pessoais, que muitas vezes parece desprovido de sentido e é fonte de angústia e conflito. Esta procura por um propósito reflete a luta humana mais ampla para encontrar sentido num mundo muitas vezes caótico e absurdo. BoJack é atormentado por um profundo vazio existencial, apesar de seu sucesso material e fama superficial, lutando por projetos que preencham o seu desejo de sentido e o conduzam a um legado significativo. BoJack frequentemente utiliza mecanismos de coping disfuncionais para escapar de forma temporária à sua angústia existencial, seja através do uso de substâncias, comportamentos autodestrutivos ou relacionamentos tumultuosos. No entanto, nenhum destes modos de resolução se baseia na introspeção e na empatia. Os seus mecanismos de sobrevivência são inteiramente centrados na emoção e mal-adaptativos no que respeita à resolução de uma situação do mundo real. Em vez disso, a prioridade é colocada no alívio da sua angústia pessoal.

Contudo, raramente encontra uma verdadeira satisfação ou realização nesses esforços, enfrentando uma série de desafios emocionais e psicológicos decorrentes da sua busca incessante. A dissonância e o stress criados em consequência das suas ações são frequentemente tratados através de ações mais impulsivas. Por exemplo, procura aliviar imediatamente a angústia pedindo desculpa, envergonhando-se a si próprio ou pedindo aos outros que o expulsem e exponham a sua verdadeira natureza.

A personagem de BoJack exemplifica muitos dos conceitos discutidos por Yalom, incluindo a ideia de que o sentido na vida não é algo que pode ser “encontrado”, mas sim algo que precisa de ser construído e cultivado ao longo do tempo. Assim, tal como Yalom sugere que cada indivíduo é responsável por criar o seu próprio significado na vida, BoJack eventualmente vê-se confrontado com a necessidade de assumir essa responsabilidade por si mesmo. Ao longo da série, ele é desafiado a confrontar as suas próprias falhas e enfrentar as consequências de suas ações, eventualmente começando a reconhecer a importância de encontrar significado e propósito dentro de si mesmo, em vez de buscar externamente.

Considerações finais

A série televisiva “*BoJack Horseman*” mergulha profundamente nas preocupações fundamentais da existência humana, conforme delineadas por Irvin D. Yalom. Acompanhamos o percurso do protagonista enquanto enfrenta a morte, ao ser confrontado com a perda e com a sua própria finitude. O isolamento é também um tema recorrente, assim como a liberdade e a sua relação com a responsabilidade pessoal. A procura de significado é um fio condutor de toda a narrativa, refletindo a busca incessante de BoJack para preencher um vazio existencial.

Existe, assim, uma profunda conexão entre os temas e dilemas existenciais explorados na série e os princípios fundamentais da “*Psicoterapia Existencial*” de Yalom.

Fontes bibliográficas

Principais

Bob-Waksberg, R., Bright, N., Cohen, S.A., Fetter, B., Wiseman, J., Arnett, W., Paul, A., & Weil, A. [Executive Producers]. (2014-2020). *Bojack horseman* [TV series]. Tornante Company; ShadowMachine; Netflix.

Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.

Outras fontes

Jacinto, F. N. (2019). Irvin d. Yalom psicoterapeuta – aspectos teórico-práticos de sua abordagem existencial/humanista. *Faculdade Sant’Ana Em Revista*, 3(1), 4-20.

Laranjo, D. B. (2022). *Towards a Definition of Absurdist Humor: The Example of BoJack Horseman* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa).

Parashar, P. (2020). *Bojack Horseman and Mental Health: An Academic Exploration of Existentialist Themes*. Unpublished. Disponível em <https://doi.org/10.13140/RG.2.22763.16162> à data da elaboração do artigo

Além das sombras: explorando a melancolia na gravura de Durer

Daniel Areias, Sara Martins Sousa, Eduardo Gomes Pereira

Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.

E-mail: daniels.areias@gmail.com

Resumo

No ano de 1471, em Nuremberga, Alemanha, nasceu o renomado artista do Renascimento, Albrecht Dürer. A sua obra emblemática, “*Melencolia I*”, revela uma figura alada melancólica, cercada por símbolos complexos. Dürer, influenciado pela filosofia renascentista e “*De Occulta Philosophia*” de Agrippa, associa a melancolia ao génio artístico. A obra sugere a busca incessante pela beleza absoluta, refletindo a luta pessoal de Dürer na aprimoração estética. Os símbolos, possivelmente inspirados em “*Hippias Major*” de Platão, exploram a essência da beleza. “*Melencolia I*” transcende a representação artística, tornando-se uma narrativa universal da busca humana pela perfeição e uma inspiração atemporal.

Palavras-chave: Albrecht Dürer, Melencolia I, melancolia artística, beleza absoluta

Abstract

In the year 1471, in Nuremberg, Germany, the renowned Renaissance artist Albrecht Dürer was born. His emblematic work, “*Melencolia I*,” reveals a melancholic winged figure surrounded by complex symbols. Influenced by Renaissance philosophy and Agrippa’s “*De Occulta Philosophia*”, Dürer associates melancholy with artistic genius. The artwork suggests the relentless pursuit of absolute beauty, reflecting Dürer’s personal struggle for aesthetic refinement. The symbols, possibly inspired by Plato’s “*Hippias Major*”, explore the essence of beauty. “*Melencolia I*” transcends artistic representation, becoming a universal narrative of the human quest for perfection and a timeless inspiration.

Keywords: Albrecht Dürer, Melencolia I, artistic melancholy, absolute beauty

Introdução

No ano de 1471, em Nuremberga, Alemanha, nasceu um dos mais renomados artistas do Renascimento, Albrecht Dürer. Nuremberga, centro artístico e comercial vibrante nos séculos XV e XVI, moldou os primeiros anos de Dürer, que começou a sua jornada artística como aprendiz do seu pai ourives. Fascinado pelo Renascimento italiano, Dürer tornou-se um impulsionador do mesmo no norte da Europa (Belkin, 2016). Através da sua obra emblemática, “*Melencolia I*”, Dürer fez da gravura um eloquente livro, narrando da forma mais sublime as inquietações mentais e reflexões filosóficas do génio artista. Este artigo procura desvendar essas várias mensagens subtil e belamente encriptadas.

A Gravura

Assim que contemplamos “*Melencolia I*”, somos imediatamente cativados pela imponente figura feminina alada, sentada desanimadamente com a cabeça apoiada numa das mãos, segurando um compasso na outra, enquanto o seu olhar se perde perplexo no horizonte. Encontra-se rodeada por diversas ferramentas e objetos relacionados à geometria, uma das sete artes liberais fundamentais para a criação artística, a composição revela uma riqueza simbólica. Ao seu lado, um putto escreve em uma tabuleta enquanto repousa sobre uma mó, e um cometa perfura o céu ao fundo. A presença de um cão faminto adormecido a seus pés, junto a uma esfera e um intrigante poliedro, adiciona camadas de complexidade visual. A metade direita da obra é dominada por uma estrutura semelhante a uma casa, estendendo-se para fora da moldura, próxima a uma escada. Um quadrado mágico, cujos dígitos somam 34 em cada linha, coluna e diagonal, revela a data da criação da gravura: 1514. Ao fundo, uma estrela ou cometa em chamas ilumina uma paisagem marítima, enquanto um arco-íris adorna o topo. O título, “*Melencolia I*”, é visível, segurado pelas asas estendidas de uma criatura assemelhada a um morcego (Mathena, 2016).

A Influência Filosófica

Na filosofia medieval, cada indivíduo era concebido como influenciado por um dos quatro humores; a melancolia, associada à bile negra e ao deus Saturno, era considerada a menos desejável entre os quatro, e aqueles propensos à melancolia eram vistos como os mais suscetíveis à insanidade. Saturno, por sua vez, era relacionado ao trabalho em pedra ou madeira, à agricultura e à geometria. Contudo, no pensamento renascentista, houve uma revitalização do status desse temido humor, associando-o não apenas ao gênio criativo, mas também à loucura. Na obra “Melencolia I”, encontramos diversas alusões ao humor melancólico. Tanto o morcego quanto o cão eram frequentemente considerados animais naturalmente saturninos; o morcego devido à sua cegueira e comportamento noturno, e o cão pela sua propensão ao tédio e à depressão. Da mesma forma, a coroa que circunda a cabeça da figura alada parece ser composta de ranúnculos-d’água e agrião-d’água, duas plantas reputadas pela sua capacidade de afastar a melancolia (Panofsky, 1955).

A perspectiva de Dürer acerca da melancolia dos artistas possivelmente foi influenciada por “De Occulta Philosophia”, de Heinrich Cornelius Agrippa. Este tratado abrange um vasto repertório mágico, reunindo extratos sobre a magia de trabalhos obscuros de figuras notáveis como Pitágoras, Platão e Aristóteles, entre outros. Reconhecido como uma contribuição marcante para as discussões filosóficas renascentistas sobre os poderes da magia e sua relação com a religião, Agrippa categorizou a inspiração melancólica em três níveis ascendentes: imaginação, razão e intelecto (Bałus, 1994). As seções de “De Occulta Philosophia” exploram três tipos de gênios estimulados pelo planeta Saturno, também considerado o deus da terra, originando o termo “saturnino” como sinônimo de melancolia. Agrippa conectou a imaginação, o primeiro e mais baixo nível, ao gênio artístico. O “I” no título de Dürer, portanto, indica o tipo específico de melancolia, representando o gênio da imaginação que governa o mundo físico das habilidades artísticas e criativas, especialmente aquelas relacionadas à manipulação de madeira e pedra. Esse gênio é reconhecido como a “Melancolia do Artista”. Dürer, sendo considerado tanto melancólico quanto visionário artístico, encontra uma ressonância significativa com esse tipo de gênio (Panofsky, 1955).

Nesse novo contexto, a compreensão dos ícones enigmáticos em “Melencolia I” torna-se mais acessível. A grade na parede acima da cabeça da figura alada é prontamente identificada como o quadrado mágico do “Occulta”, acreditado na época por neutralizar os efeitos adversos da melancolia. O corpo astral ao fundo pode representar Saturno, emanando a sua inspiração sobre o pensador, ou simbolizar o reino celestial inacessível ao protagonista. Apesar das asas, a presença de uma escada sugere que a figura alada não pode voar; por mais que lute intelectualmente, é impotente para transcender o reino terrestre da imaginação em direção aos estágios mais elevados do pensamento abstrato. Diante dos limites do conhecimento humano, ela vê-se paralisada, incapaz de criar, como indicam as ferramentas descartadas e não utilizadas (Bałus, 1994). Embora a conexão entre a geometria, Saturno e a melancolia artística seja evidente nas formas e ferramentas, esta explicação aparenta ser demasiadamente simplista para abordar a complexidade subjacente.

A Conexão com Platão

Uma outra perspectiva sugere que os símbolos presentes na obra – variadas ferramentas, a bolsa, a chave, a mó, a balança, entre outros – evocam de maneira curiosa certos elementos do “Hippias Major” de Platão, familiarizados por Dürer (Doorly, 2004). Nesse célebre diálogo, Platão envolve Sócrates e Hippias numa discussão sobre a essência da beleza. Sócrates, com humildade, solicita que Hippias o instrua sobre o conceito de beleza absoluta. Hippias, envolto no seu intelecto, concorda em elucidar Sócrates, iniciando com diversas respostas, todas refutadas pela lógica de Sócrates. Na primeira tentativa, Hippias propõe que é pela justiça que os justos são justos, pela sabedoria são sábios e pela beleza as coisas belas são belas. Esses temas iniciais ecoam os três tipos de gênio: a justiça como virtude da razão, a sabedoria como virtude da mente e a beleza como virtude da imaginação. Os três elementos são também simbolizados, seguindo a ordem mencionada, pelos três dispositivos que decoram a parede no edifício. A balança representa a justiça, a ampulheta, um símbolo clássico do tempo, representa a duração da vida humana e a experiência ou sabedoria acumulada ao longo desse período. O sino figura como um dos muitos símbolos da beleza. De seguida, Hippias sugere que a resposta pode residir na beleza de uma mulher ou talvez no ouro, que amplifica a beleza quando introduzido. Assim, Dürer incorpora tanto uma mulher quanto um crisol de ourives acompanhado de tenazes. No entanto, a riqueza, indicada por Dürer através da bolsa aos pés da mulher alada e das chaves em sua cintura, é descartada como solução, seguida pela utilidade. Sócrates argumenta que qualquer coisa útil e funcionalmente excelente também é bela, citando “todos os utensílios” como exemplo. Isso justifica a presença dos variados utensílios espalhados, como se tivessem sido rejeitados pelo usuário. Por fim, tanto Sócrates quanto

Hippias concordam que a resposta é inatingível. O diálogo culmina com o lamento do filósofo: “Mas eu, aparentemente, estou sujeito a alguma sorte maldita, de modo que estou sempre vagando e perplexo.” (Plato, 1996).

A Luta Pessoal de Dürer

É nessa perplexidade que Dürer encontra uma empatia profunda, pois dedicou toda a sua vida à busca incessante pela beleza perfeita. Surge, assim, a percepção de que a obra transcende a sua natureza inicial de mera representação do génio imaginativo e melancolia. Sob essa nova perspectiva, ela se revela como um espelho da luta pessoal de Dürer com a estética. “Melencolia I” oferece aos seus espectadores um vislumbre íntimo da mente do artista genial, imerso na sua jornada de aprimorar a compreensão da beleza. As ferramentas e as tentativas de Dürer em busca da perfeição geométrica se dispersam pela cena, enquanto a expressão da mulher alada evoca alguém completamente imerso em pensamentos profundos. No entanto, semelhante a Platão, Dürer encontra frustração nos seus esforços, incapaz de atingir uma conclusão satisfatória. Contudo, a sua inextinguível curiosidade persiste. Diante da perplexidade, os seus comportamentos melancólicos e suas indagações alimentam-se mutuamente. Nas palavras de Dürer, “Mas o que é a beleza absoluta, eu não sei. Ninguém sabe, exceto Deus... A mentira está na nossa compreensão, e a escuridão está tão firmemente enraizada na nossa mente que até mesmo o nosso tatear falhará.” (Panofsky, 1955).

Relevância Contemporânea:

A obra de Dürer parece ecoar a realidade contemporânea, em que num mundo repleto de elevados padrões de excelência, a busca incessante pela perfeição impulsiona um estado melancólico e de perplexidade. No entanto, é esse mesmo insaciável desejo pela beleza absoluta que perpetua a perseverança e a criação de obras imperfeitamente geniais.

Conclusão

“Melencolia I” não é apenas uma obra-prima visual, mas uma exploração profunda da psique artística de Albrecht Dürer. A simbologia intrincada e as influências filosóficas elevam a obra a uma experiência intemporal. A luta pessoal de Dürer com a estética, representada pela mulher alada e as suas ferramentas dispersas, ressoa como uma narrativa universal da busca humana pela perfeição. A perplexidade diante do inalcançável reflete a humildade necessária diante da complexidade da beleza. Assim, “Melencolia I” serve como uma inspiração atemporal para todos os que buscam a perfeição nas suas próprias obras.

Bibliografia

- Belkin, K. (2016). “Dürer, Albrecht”. The Oxford Companion to Western Art. Oxford Art Online. Oxford University Press. Acedido a 25 de Maio de 2023, em <http://www.oxfordartonline.com/subscriber/article/opr/t118/e790>.
- Mathena, C. (2016). *Melencolia I: Dürer's Mind and Mission*. Academia.edu. Acedido a 25 de Maio de 2023, em https://www.academia.edu/30314516/Melencolia_I_D%C3%BCrers_Mind_and_Mission.
- Panofsky, E. (1955). *The Life and Art of Albrecht Durer*. 4th ed. Princeton, NJ: Princeton University Press, 169-171.
- Baűus, W. (1994). “Dürer's “Melencolia I”: Melancholy and the Undecidable”. *Artibus Et Historiae* 15, no. 30: 9-21.
- Doorly, P. (2004). “Dürer's “Melencolia I”: Plato's Abandoned Search for the Beautiful”. *The Art Bulletin* 86, no. 2: 255-76.
- Plato. Translated by R. G. Bury (1926). *Laws*, Volume I: Books 1-6. Loeb Classical Library 187. Cambridge, MA: Harvard University Press.

“Melhor é impossível” (1997): uma jornada improvável pela perturbação obsessivo-compulsiva

Márcia Fonseca, Andreia Filipe

Unidade de Saúde Familiar de Santa Maria – Tomar

E-mail: mfonseca.usfsm@gmail.com; amfilipe.usfsm@gmail.com

Resumo

A perturbação obsessiva-compulsiva (POC) é uma patologia psiquiátrica constituída, fundamentalmente, pela intrusão de forma incoercível e repetitiva de pensamentos indesejados (obsessões), e de comportamentos que se impõem à vontade do sujeito (compulsões). Em regra, as pessoas reconhecem o absurdo das obsessões e das compulsões, mas a ansiedade que provocam impossibilita ou dificulta a resistência. Pensa-se que fatores ligados a um estilo parental mais rígido e a existência de eventos traumáticos na infância possam estar associados a um aumento do risco de desenvolver esta patologia. “Melhor é Impossível” é um filme que reúne Melvin, escritor que sofre de POC, Carol, uma empregada de mesa disposta a aturar o sarcasmo de Melvin e Simon, um vizinho homossexual que tem o azar de viver no apartamento em frente ao do escritor. Estes três nova-iorquinos irão passar por uma jornada improvável de autoconhecimento e amizade, onde se abordam sentimentos, valores pessoais e experiências passadas.

Palavras-chave: perturbação obsessivo-compulsiva, obsessões, compulsões, jornada improvável

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a psychiatric disorder constituted, fundamentally, by the intrusive and repetitive intrusion of unwanted thoughts (obsessions), and behaviors that impose themselves on the subject's will (compulsions). As a rule, people recognize the absurdity of obsessions and compulsions, but the anxiety caused by them makes resistance impossible or difficult. It is thought that factors linked to a more rigid parenting style and the existence of traumatic events in childhood may be associated with an increased risk of developing this pathology. “As Good as It Gets” is a film that brings together Melvin, a writer who suffers from OCD, Carol, a waitress willing to put up with Melvin's sarcasm, and Simon, a homosexual neighbor who has the misfortune of living in the apartment opposite to the writer's. These three New Yorkers will go through an unlikely journey of self-knowledge and friendship, where feelings, personal values and past experiences are addressed.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, obsessions, compulsions, unlikely journey

Introdução

A perturbação obsessiva-compulsiva (POC) é uma patologia psiquiátrica constituída, fundamentalmente, pela intrusão de forma incoercível e repetitiva de pensamentos indesejados (obsessões), e de comportamentos que se impõem à vontade do sujeito (compulsões), causando disrupção significativa na vida do indivíduo (Firmino, Santiago, et al., 2018) (Figueira, Sampaio, et al., 2014). Apesar desses pensamentos serem perturbadores (egodistónicos), os doentes reconhecem-nos como irracionais, sendo produto da sua própria mente, e não impostos por uma “força” externa ⁽²⁾. Para os tentarem neutralizar, os utentes desenvolvem, em forma de resposta, comportamentos ritualísticos ou repetitivos, que têm como objetivo reduzir a ansiedade provocada pelas obsessões ou prevenir algum evento catastrófico (Firmino, Santiago, et al., 2018).

A POC não é uma patologia uniforme, mas antes heterogénea, quanto aos sintomas apresentados. Doentes com esta patologia sofrem, frequentemente, de outras perturbações psiquiátricas, principalmente perturbação depressiva *major* e fobia social (Figueira, Sampaio, et al., 2014).

A Loucura na História do Cinema

O filme

“MELHOR É IMPOSSÍVEL” é um filme norte americano de 1997, dirigido por *James L. Brooks* e produzido por *Laura Ziskin*. É um filme que reúne Melvin, escritor de romances de sucesso que sofre de perturbação obsessiva-compulsiva (POC), Carol, uma empregada de mesa disposta a aturar o sarcasmo de Melvin e Simon, um vizinho homossexual que tem o azar de viver no apartamento em frente ao do escritor.

Melvin Udall é um homem com preconceito em relação a homossexuais, negros e mulheres, não pensando duas vezes antes de ofender alguém. Ele é capaz de atirar um cão para o caixote do lixo. Resumindo, é o típico personagem fácil de se odiar, contudo com o decorrer da história, ele vai-se tornando mais afável. Udall escreve sobre o universo feminino, passando grande parte do seu dia em casa a trabalhar, saindo apenas para almoçar no mesmo restaurante todos os dias. Lá, ele é sempre atendido pela mesma funcionária, Carol, cujo filho de nove anos sofre de asma. Esta parece não se importar muito com as ofensas que Melvin dirige a todos (a não ser que envolva o seu filho), e até o defende para que o dono não o expulse dali. Ao longo do filme, este personagem tem de lidar também com o seu vizinho Simon, um pintor gay que possui um cão que vai contra os seus padrões de higiene. Um dia, o artista plástico homossexual é internado num hospital devido a um assalto na sua casa. Melvin é forçado a cuidar de Verdell, o cão de Simon. Apesar de odiar o animal, ele acaba por criar laços de amizade com o mesmo à medida que começa a ganhar mais atenção da funcionária do restaurante. As suas vidas começam a interligar-se cada vez mais aquando do retorno de Simon ao seu domicílio.

Ao longo desta história, o protagonista que padece de POC, nomeadamente o subtipo contaminação e limpeza, mas também ordem e simetria, vai sendo colocado à prova. Pensa-se que fatores ligados a um estilo parental mais rígido e à existência de eventos traumáticos na infância possam estar associados a um aumento do risco de desenvolver esta patologia ⁽¹⁾. Melvin, vítima de violência doméstica na infância, passa de uma pessoa anti-social, preconceituosa e pouco prestável a um homem capaz de criar laços e sentir emoções. Com a hospitalização do vizinho, a personagem vê-se obrigada a cuidar do seu cão, o qual odiava, acabando posteriormente por se afeiçoar a ele, o que de certa forma, contribuiu para a atenuação da sua sintomatologia (exposição como prevenção da resposta). Paralelamente, destaca-se um esforço da sua parte para estabelecer uma relação amorosa com Carol, a qual sempre o suportou apesar dos seus comentários inapropriados. Embora existissem diversas dificuldades na ligação entre o casal, eles acabaram por viver uma história de amor.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A perturbação obsessiva-compulsiva (POC) é uma patologia psiquiátrica constituída, fundamentalmente, pela intrusão de forma incoercível e repetitiva de pensamentos indesejados (obsessões), e de comportamentos que se impõem à vontade do sujeito (compulsões) (Figueira, Sampaio, et al., 2014).

Se é verdade que na maioria dos casos o doente mantém um adequado insight das suas vivências, existem situações mais graves em que este adere sem crítica às ideias obsessivas, situação em que a perturbação assume um carácter psicótico, o que ocorre em cerca de 4% dos doentes (Figueira, Sampaio, et al., 2014).

Uma obsessão é um pensamento ou imagem mental de natureza intrusiva, indesejada, perturbadora e/ou geradora de ansiedade – e, por isso, dita egodistónica – que invade de forma recorrente a consciência do indivíduo. Para aliviar a ansiedade e o desconforto provocados pelas obsessões, os indivíduos desenvolvem uma série de comportamentos e/ou atos mentais repetitivos ou rituais, também conhecidos como compulsões. Um exemplo de comportamento compulsivo pode ser verificar repetidamente as portas de casa para garantir que se encontram fechadas. Já um pensamento compulsivo pode consistir em repetir mentalmente uma palavra “mágica” para “neutralizar” um pensamento perturbador (Firmino, Santiago, et al., 2018).

A designação “obsessivo-compulsiva” surgiu por acaso. Sigmund Freud usava a denominação *zwangsvorstellung*, que significa literalmente “pensamentos irresistíveis”. Quando esta expressão foi traduzida para língua inglesa, no Reino Unido foi denominada como “perturbação obsessiva” e nos Estados Unidos como “perturbação compulsiva”. Para conciliar ambos os lados do Atlântico, passou a designar-se obsessivo-compulsiva (Firmino, Santiago et al., 2018).

A POC é caracterizada por pensamentos indesejados e inapropriados, bem como imagens mentais intrusivas e vividas que não constituem preocupações normais quotidianas. Apesar de esses pensamentos serem perturbadores e por vezes bizarros –, os doentes reconhecem-nos como irracionais, sendo produto da sua própria mente, e não impostos por uma “força” externa. Para os tentarem neutralizar, os doentes desenvolvem, em forma de resposta, comportamentos ritualísticos ou repetitivos, que têm como objetivo reduzir a ansiedade provocada pelas obsessões ou prevenir algum evento catastrófico. Tal como as obsessões, os comportamentos compulsivos são vistos como excessivos e irracionais. Pode haver uma conexão lógica entre as obsessões e as compulsões (e.g. uma pessoa com obsessões de contaminação desenvolver compulsões de lavagem), mas essa lógica não se encontra sempre presente (e.g. uma jovem a fazer contagens repetitivas para evitar que os pais morram). Por vezes, a noção de que as obsessões e/ou compulsões são excessivas e irracionais pode ser flutuante (crítica ou *insight*), variando em função do humor ou dos níveis de

ansiedade. Um fator importante na POC é o facto de quer as obsessões quer as compulsões consumirem mais do que uma hora por dia e causarem disrupção significativa na vida do indivíduo (Firmino, Santiago et al., 2018).

Nas suas formas mais graves, a POC pode ter um efeito devastador no funcionamento do doente, impedindo-o de levar uma vida normal. Por exemplo, alguém com obsessões de contaminação pode passar a maior parte do seu dia a lavar as mãos ou a tomar banho (Firmino, Santiago et al., 2018).

A POC não é uma patologia uniforme, mas antes heterogénea, quanto aos sintomas apresentados pelos doentes. Normalmente, identificam-se cinco subtipos (Firmino, Santiago et al., 2018):

- Ordem e simetria (o doente sente uma grande necessidade de simetria e de precisão, nomeadamente no que diz respeito à disposição dos objetos à sua volta ou mesmo na forma como executa determinadas ações. A consumação destes comportamentos pode conduzir à dúvida sobre se a ordem predeterminada foi de facto ou não cumprida, podendo fazer com que o doente demore literalmente horas a completar estas tarefas – (Figueira, Santiago et al., 2014));
- Dúvida e verificação (é a segunda apresentação mais comum, caracterizada por um padrão de dúvida obsessiva e de compulsão para a verificação/comprovação (Figueira, Santiago et al., 2014));
- Contaminação e limpeza (o padrão mais comum é um receio obsessivo de contaminação, com consequentes compulsões e rituais de limpeza ou de evitamento de objetos ou situações imaginadas como fonte de contaminação (Figueira, Santiago et al., 2014));
- Pensamentos tabu (sexuais, religiosos, agressividade) / Fobia de impulsão (o doente teme poder cometer uma ação que não deseja e que, tipicamente, é contrária aos seus valores morais e afetivos (Figueira, Santiago et al., 2014));
- Acumulação (*hoarding*).

Grosso modo, 2-3% das pessoas desenvolvem sintomas obsessivo-compulsivos durante a vida. As formas mais comuns da doença são os subtipos dúvida/verificação e contaminação/limpeza. Em média, as obsessões consomem cerca de 6 horas por dia e as compulsões quatro horas e meia. Ao contrário dos outros distúrbios de ansiedade, em que a prevalência é maior em mulheres, na POC a prevalência é equivalente em homens e mulheres. Esta patologia pode surgir em qualquer idade, mas surge mais frequentemente na adolescência (Firmino, Santiago et al., 2018).

Doentes com POC sofrem, frequentemente, de outras perturbações psiquiátricas, principalmente perturbação depressiva *major* (prevalência de 67%) e fobia social (prevalência de 25%). Outras perturbações comórbidas frequentes são: abuso de álcool, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação do comportamento alimentar e perturbação da personalidade (Figueira, Santiago et al., 2014).

Famíliares de doentes com POC apresentam um risco três a cinco vezes superior de ter a doença. Apesar de não ser ainda possível diferenciar completamente os fatores de influência ambiental dos fatores hereditários (Figueira, Santiago et al., 2014).

Até aos anos 70 do século XX, a POC era compreendida em função de conceitos psicanalíticos, em que as obsessões eram conceptualizadas como irrupções de impulsos sexuais e instintivos reprimidos no inconsciente, e as compulsões como tentativas de controlo desses impulsos. A POC era vista como uma forma “neurotizada” de psicose, sendo que as compulsões protegiam o indivíduo de uma “desintegração psicótica”. Posteriormente, ocorreu uma mudança de paradigma, com as correntes cognitivas e comportamentais a tornarem-se dominantes e a substituírem as correntes psicanalíticas (Firmino, Santiago et al., 2018).

Segundo o paradigma comportamentalista, as obsessões surgem em função de uma ansiedade condicionada. Esta forma de conceptualização da POC permitiu o desenvolvimento de uma técnica psicoterapêutica denominada exposição com prevenção da resposta. Esta técnica consiste, resumidamente, em não permitir que o doente ritualize, como forma de resposta às obsessões. Quando o indivíduo é impedido de ritualizar, a ansiedade, embora aumente transitoriamente, acabará por diminuir de forma natural. Progressivamente, as obsessões vão gerar cada vez menos ansiedade e o indivíduo sentirá cada vez menos necessidade de ritualizar. Com o tempo, o comportamento ritualizado acabará por se extinguir, ao mesmo tempo que as obsessões acabarão por desaparecer, uma vez que deixarão de produzir ansiedade. Quebra-se, assim, o círculo vicioso obsessivo-compulsivo (Firmino, Santiago et al., 2018).

As teorias cognitivas foram desenvolvidas em paralelo com as teorias comportamentais, dando origem à psicoterapia cognitivo-comportamental. O modelo cognitivo mais importante na POC foi desenvolvido por Paul Salkovskis, que argumenta que nesta patologia não é a natureza intrusiva e desagradável dos pensamentos que dá origem às obsessões, mas antes o significado que o indivíduo dá a esses pensamentos e a responsabilidade excessiva que sente pelos mesmos e pelas potenciais consequências (Firmino, Santiago et al., 2018).

As abordagens cognitivas à POC consistem em ensinar os doentes a mudar o significado que atribuem aos seus pensamentos intrusivos, olhando para eles como normais e inconsequentes. Importa que os doentes aprendam a

distinguir pensamentos da realidade e desconstruir a chamada “fusão pensamento-ação”, isto é, “pensar” não é a mesma coisa que “fazer” ou “acontecer” (Firmino, Santiago et al., 2018).

A partir dos anos 90 do século XX, surgem também, graças a estudos com animais e a técnicas de neuroimagem, modelos neurobiológicos da POC. A maioria dos estudos está de acordo com uma disfunção a nível do córtex orbitofrontal e cíngulo anterior, o que poderá estar por detrás dos pensamentos repetitivos e comportamentos ritualizados (Firmino, Santiago et al., 2018).

Até à década de 1960, a POC era considerada uma neurose crónica intratável, mas o tratamento atualmente disponível melhora substancialmente a qualidade de vida de muitos doentes (Saraiva, Cerejeira, 2014).

O tratamento desta doença consiste em terapia cognitivo-comportamental (TCC), associada a tratamento farmacológico com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) ou clomipramina. Ambas as estratégias terapêuticas são eficazes isoladamente, mas em associação apresentam uma eficácia superior. A técnica mais eficaz no tratamento, incluída no domínio da TCC, é a exposição com prevenção da resposta. Com esta técnica, o doente é repetidamente confrontado com a fonte das obsessões e aprende formas de parar a execução dos rituais, com o objetivo de extinguir os comportamentos condicionados (Firmino, Santiago et al., 2018).

A terapia de exposição com prevenção da resposta desenvolve-se habitualmente com os seguintes passos (Firmino, Santiago, et al., 2018):

- Explicação do procedimento e dos mecanismos envolvidos na redução da sintomatologia obsessivo-compulsiva.
- Identificação e listagem das várias obsessões, criando uma hierarquia dos vários desencadeadores e rituais.
- Exposição a estímulos desencadeadores de níveis de ansiedade progressivamente superiores, respeitando a hierarquia definida pelo doente.
- Prevenção da resposta (compulsão/ritual).

A TCC é eficaz na POC porque desafia crenças e modifica as expectativas que estão na base dos fenómenos obsessivo-compulsivos. Os efeitos terapêuticos da TCC têm sido associados a modificações permanentes nas sinapses serotoninérgicas e a alterações funcionais nas interações entre o córtex límbico e os gânglios basais (Firmino, Santiago et al., 2018).

As vantagens da TCC são a ausência de efeitos secundários, sustentabilidade dos resultados e é tão eficaz como a farmacoterapia. As desvantagens são a reduzida adesão, pela ansiedade inicial gerada, longa duração, custos elevados e disponibilidade em poucos centros (Firmino, Santiago et al., 2018).

A resistência ao tratamento pode ser definida como ausência de melhoria sintomática após tratamento adequado com TCC e com, pelo menos, dois ISRS ou clomipramina (em dosagens máximas). Quando o doente não responde a nenhuma destas estratégias terapêuticas, pode ser considerado refratário. Estes doentes poderão ser tratados com técnicas de neuromodulação, como estimulação magnética transcraniana repetitiva e estimulação cerebral profunda. A primeira é uma técnica não invasiva, enquanto a segunda é uma técnica invasiva e, por isso, executada por um neurocirurgião (Firmino, Santiago et al., 2018).

Considerações finais

Este filme retrata o sofrimento do que é viver com uma perturbação obsessivo-compulsiva, destacando o poder do amor, na forma de ultrapassar os obstáculos. Salienta também que mesmo pequenas ajudas, por vezes de pessoas inesperadas, podem ser suficientes para ajudar a melhorar a vida dos indivíduos e que ideias pré-concebidas nunca devem ser uma opção, devendo tratar o outro como gostaríamos que nos tratassem a nós.

Ao longo desta obra constata-se que estes três nova-iorquinos passam por uma jornada improvável de autoconhecimento e amizade, onde se abordam sentimentos, valores pessoais e experiências passadas. Quando encontra o amor, Melvin torna-se mais flexível, aceitando a sua doença e a ajuda de profissionais qualificados, objetivando-se uma evolução favorável.

Bibliografia

1. Firmino, H., Santiago, L., et al. (2018) *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar*. In: Edições Técnicas Lidel, 1ª edição. Lisboa; 178-183.
2. Figueira, M. L., Sampaio, D. et al. (2014) *Manual de Psiquiatria Clínica*. In: Edições Técnicas Lidel, 1ª edição. Lisboa; 79-102.
3. Saraiva, C. B., Cerejeira, J. (2014) *Psiquiatria Fundamental*. In: Edições Técnicas Lidel, 1ª edição. Lisboa; 183-204.

Mário Eloy: o homem em fuga

Mariana Lima Magalhães, Mariana Andrade, Gonçalo Soares

Hospital Júlio de Matos – Unidade Local de Saúde de São José

E-mails: mariana.lima6@hotmail.pt, marianaandrade@chpl.min-saude.pt, goncalosoares@chpl.min-saude.pt

Resumo

Mário Eloy, artista modernista português, nasceu em 1900, em Lisboa. A importância da sua obra no contexto do Modernismo é plena. Contudo, no final dos anos 40, esta sofre uma transformação, no contexto da instalação de uma doença neurodegenerativa – Doença de Huntington (DH) – que conduziria ao seu internamento na Casa da Saúde do Telhal, marcando a cessação da sua produção artística.

Esta patologia teve um impacto colossal na vida e obra de Eloy. Os seus autorretratos, tema fulcral da sua obra, expressam um sentimento de invasão por uma doença que não conhecia, que lhe restringia os movimentos e a possibilidade de relação com o exterior, levando a que este se encerrasse num mundo interiorizado de monstros e de perseguições do qual se tentava evadir – sentimento representado em “A Fuga”.

Destarte, pretendemos representar a importância da obra de Eloy no Modernismo, assim como o impacto da DH na mesma.

Palavras-chave: Mário Eloy, Modernismo Português, doença de Huntington

Abstract

Mário Eloy, a modern portuguese artist, was born in 1900 in Lisbon. His work is important in Modernism context. However, at the end of the 1940s, his work was shaped by the onset of a neurodegenerative disease – Huntington’s Disease (HD) – which led to his hospitalization in the Casa da Saúde do Telhal, marking the end of his artistic production.

This pathology had a colossal impact on Eloy’s life and work. His self-portraits, the central theme of his work, express a feeling of invasion by an illness that he didn’t know, which restricted his movements and the possibility of relating to the outside world, leading him to close himself in an atrocious internal world from which he continuously tried to escape – a feeling represented in “A Fuga”.

Thus, we intend to represent the importance of Eloy’s work in Modernism, as well as the impact of HD on it.

Keywords: Mário Eloy, Portuguese Modernism, Huntington’s disease

Introdução

O Modernismo Português (MP) foi um movimento que se desenvolveu durante o século XX e que se caracterizou pela ruptura das tradições/convenções estabelecidas na época – profundamente marcadas pela rigidez clássica e resistência à mudança (França, 1991).

Servindo-se da influência de correntes estéticas europeias, procurou renovar a cultura do país, refletindo o descontentamento com valores sociais e políticos vigentes na época (França, 1991).

Os modernistas abandonam então a rigidez clássica e entregam-se à vertigem das sensações da vida moderna, comprometendo-se com a nova realidade que interpretam de modo individual (França, 1991).

Mário Eloy, através de sua obra, refletiu não só apenas as influências europeias do movimento modernista, mas também a experiência pessoal do transportar de uma doença – Doença de Huntington (DH) – que influenciou irreversivelmente a sua obra (Lapa, 2009).

Neste artigo, pretendemos elaborar acerca da influência da obra de Mário Eloy no MP, assim como o papel da DH na mesma.

1. O Percorso Artístico de Eloy

1.1. Os Primeiros Anos

Mário Eloy de Jesus Pereira nasce em Algés, a 15 de Março de 1900 (França, 1991). Filho de um ourives e neto de actores, em 1913 deixa o liceu para ingressar na Escola de Belas-Artes de Lisboa que acaba por abandonar, dois

anos mais tarde, no contexto de um regime de ensino demasiado clássico e académico com os quais não se identificava (Matos, 2003).

Segundo Eloy:

“O povo não se pode pintar em maneiras de chá elegantes”; “Para pintar os artistas têm de sentir a terra”. (Matos, 2003)

Devido a pressões familiares, Eloy começa a trabalhar na Casa Bancária do Chiado – emprego arranjado pelo seu pai. Para fugir a este emprego, que em nada se encaixava em Eloy, nos anos seguintes, este viaja para Espanha, nomeadamente para Sevilha e Madrid, onde teve oportunidade de visitar o Museu do Prado, tendo tido contacto com uma panóplia de artistas, nomeadamente Velásquez, el Greco e Goya, que cimentaram a vocação que crescia dentro de si (Matos, 2003). Decidiu, então, ser pintor, não para seguir as técnicas e os conceitos académicos e clássicos que prevaleciam em Portugal, mas para procurar uma vida própria, uma carreira única e invulgar. Contudo, em 1919, regressa a Lisboa por insistência da sua família e começa a trabalhar num atelier, no Teatro Dona Maria II (Matos, 2003).

O regresso de Eloy associa-se a uma mudança de atitude. Este empenha-se decididamente numa carreira, “frequenta a elite dos espíritos sensíveis que se reuniam no Teatro D. Maria II, apaixona-se por artistas e pinta os seus retratos a óleo, apropriando a estética penumbriada de Columbano Bordalo Pinheiro, procurando empiricamente modernizá-la” (Matos, 2003). Eloy, realiza junto dos autorretratos dos actores, o seu autorretrato onde se nos apresenta de perfil, como se fosse ele também um actor, denotando-se a influencia de Columbano Bordalo Pinheiro, que se vê pela estética penumbriada usada no fundo (Matos, 2003). No entanto, “procura empiricamente modernizar esta influência através de cores mais vivas, apresentando-se como uma figura de palco, de perfil e muito maquilhada” (Matos, 2003). Aqui começou a sua primeira relação com a atriz Beatriz Costa, que viria a retomar anos mais tarde (Matos, 2003).

Em 1925, Eloy expõe o seu primeiro autorretrato na Grande Exposição dos Modernistas, no Salão do Outono (Matos, 2003). Nesta exposição expunham todas as figuras importantes da primeira geração modernista – onde se destaca Almada Negreiros. Os destacados da exposição, poderiam ver as suas obras expostas no Café Brasileira do Chiado, completamente remodelado, obtendo um certo conhecimento. Mário Eloy não estava presente devido a um desajuste geracional, pois era mais novo do que eles, mas foi reconhecido como uma figura a ter em conta (Matos, 2003).

1.2. A Descoberta e a Maturidade Artística – Paris e Berlim

Em 1925 decide partir para Paris. Nesta cidade, em plenos anos 20, Eloy, têm acesso a um meio socialmente elitista, tendo contacto com grandes galerias e museus onde interage com obras de artistas da Era Impressionista e Pós-Impressionista, assim como com a valorização das poéticas Expressionistas e Cubistas de Kokoschka e Picasso, respetivamente – que iriam influenciar irreversivelmente a sua obra futura. (Matos, 2003)

Segundo Eloy:

“Depois de um ano e tanto de estudo, é que eu percebi o que era a pintura. Estudei-os humildemente e depois comecei a pintar à minha maneira.”; “Eu pinto para a frente, tumultuosamente e universalmente. Procuro de uma maneira abstrata, o equilíbrio e a sobriedade”. (Matos, 2003)

No entanto, após algum tempo embebido pela sociedade da elite parisiense, Eloy começa a revelar um sentimento distónico perante a Paris que outrora o embebera de inspiração artística. (Matos, 2003)

Descreve nas cartas à sua mãe que:

“Tudo é igual. Estou envenenado de civilização. Não consigo ver o mar. Se poderes enviar um pouco de azul do nosso céu.” (Matos, 2003)

Deste modo, entre 1927 e 1929, parte para Berlim, sendo que será nesta capital onde Eloy irá descobrir e explorar o Expressionismo e, em especial, a obra de Carl Hofer e Kokoscha, cuja influência claramente se evidencia nas obras que realizou entre 1927-29 (Ávila, 1996); (Lapa, 2002).

Em 1929 acaba por casar com Theodora Severin com a qual tem um filho – Mário António. Nesse mesmo ano, expõe na Galeria de Berlim de Alfred Fleshteim juntamente com nomes da vanguarda europeia como Braque, Picasso, Matisse ou Giorgio de Chirico (Matos, 2003); (Paoli, 2001).

Entre os anos de 1927-1931, Eloy vê-se a transitar entre Berlim e Lisboa, realizando frequentes viagens à capital portuguesa, o que lhe proporcionou a oportunidade de rever “cenas tradicionais da cidade lisboeta à luz dos novos preceitos plásticos que informam o seu trabalho” (Ávila, 1996). Assim, o retrato, a paisagem urbana e os tipos populares que definem os arquétipos lisboetas são passados pelo prisma do Expressionismo – presentes nas obras “O Fadista” ou “A Varina” (Ávila, 1996).

Eloy começa a expor individualmente em Berlim na *Galerie A. E. Utsch* onde apresenta 30 obras com cenas de Lisboa, apreciadas pelo pintor Georges Dietrich, que o comparava a Picasso (Silva, 1996). Paralelamente, envia para Lisboa algumas das suas obras, tendo sido realizada uma exposição no I Salão dos Independentes (Silva, 1996). Aqui Eloy apresenta “um trabalho preparatório para um autorretrato, já com novas técnicas e traços próprios, onde o seu rosto, com uma conformação próxima da de uma máscara, com as suas formas distorcidas e disformes, sem relação de proporcionalidade interna são trabalhadas com uma pincelada larga e grosseira, por vezes espatulada e cromaticamente baseada na violenta desrealização de contrastes entre pretos, verdes de podridão e roxos de gangrena” (Ávila, 1996). Este trabalho não foi acolhido de forma positiva pela crítica em geral, que se demonstrou pouco compreensiva para estas obras quando expostas em Lisboa em 1928:

“Procura o pintor cores sombrias, especialmente as tonalidades verdes e exagera-o tanto que o corpo nú da sua mulher grávida é verde de podridão com manchas roxas de gangrena.”; “A maneira do pintor é tudo quanto há de mais primitivo e insciente.”; “A atitude do pintor leva-nos à convicção de que nunca viu um modelo nú”; “Os corpos que o Sr. Mário Eloy fantasia não são monstruosos nem horríveis, são grotescos – afrontam a espécie.”. (Matos, 2003)

Contudo, a obra de Eloy evoluiu no seguimento do resultado do cruzamento entre o expressionismo – pautado pelo uso de uma paleta escura de tonalidades esverdeadas – e a arte cezanina que dá origem à disciplina de Picasso – onde a vinculação e contenção emocional predominam, não se manifestando sentimentos e afetividade e onde se procura um sentimento consciente na emoção abstrata (Matos, 2003).

1.3. O Regresso a Lisboa

Eloy regressa definitivamente a Lisboa em 1933, sem a mulher e o filho – estes, em 1939, fugiram para a Checoslováquia e depois para a Holanda, após a invasão do território checo pelas tropas alemãs, nunca regressando a Portugal (Cardoso, 2010); (Matos, 2003).

Em Portugal, o artista instala-se na casa materna, recupera os hábitos boémios, as tertúlias, os encontros nos cafés e a sua relação amorosa com a atriz Beatriz Costa, a qual acaba por ser turbulenta e por ter um término – no documentário “Mário Eloy, um Pintor em Fuga” é relatado que Eloy elaborou um retrato de Beatriz acabando por, um dia, o destruir de forma furiosa e violenta (Matos, 2003).

Ao longo dos anos, ele pinta e desenha temas que estão relacionados com a cidade de Lisboa, expondo individualmente na Galeria UP – 1ª Galeria de Arte organizada em Lisboa – em 1934. Adicionalmente, em 1935 colabora na revista Sudoeste dirigida por Almada Negreiros e ganha o 1ª Prémio Amadeu de Sousa Cardoso na 1ª Exposição de arte moderna (Silva, 1996).

1.4. Início dos Sintomas e o Início da Influência da Doença na Obra de Eloy

Em 1936, existe um regresso a uma instabilidade compositiva e de desrealização das cores da sua obra (Silva, 1996).

As cores das suas obras inserem-se em violentos azuis ultramarinos e em verdes ácidos, cores que vão ao encontro de uma oscilação entre estados de melancolia, angústia e traços paranoides, que se começam a instalar em Eloy (Lapa, 2002); (Matos, 2003).

Estas alterações são facilmente observáveis em algumas obras de Eloy. Na obra “Bailarico no Bairro” (1936), podemos observar que o quadro se divide em dois, sendo que na primeira metade do quadro as personagens se encontram numa postura tensa e desconfiada, evidenciando traços paranoides inquietantes e depressivos ao olhar para um estado de vida de euforia que transparece nas personagens que dançam na segunda metade do quadro (Lapa, 2001). Associadamente, em “O Poeta e o Anjo” (1938), as figuras apresentam-se-nos como estátuas silenciosas

– forma como Eloy fala sobre a melancolia através das suas obras, servindo-se do silêncio e da inércia (Lapa, 2009); (Matos, 2003).

Eloy desenvolveu com maior intensidade, nos últimos desenhos da sua vida, as figuras que habitam o espaço sobrecodificado da tela representando um processo de desagregação do próprio, que a sua pintura projecta (Lapa, 2002). É através do MP que Eloy transparece nas suas obras um estado latente de indeterminação do Ser Humano e um sentimento de estranheza do próprio relativamente a si, pois Eloy encontra-se num novo mundo que se lhe afigura como novo, onde novos significados estão por descobrir, assim como o lugar que o artista ocupa nesta nova realidade, alterada pela sua doença que se começa a manifestar.

Desde os inícios da sua trajetória que Mário Eloy adoptou a auto-representação como via de exteriorização subjectiva do mundo e dele próprio, avançando progressivamente o seu olhar sobre si. No “Auto-retrato” (1936-1939) o tratamento cromático e o contraste entre o fundo verde e o carmim do rosto realçam a violência com que este se nos apresenta após ter sido libertado da camada que o revestia, a pele. As cores avermelhadas que nos relembram os tons da carne viva, que nos coagulam as retinas, assim como os contornos bruscos e oblíquos da forma da face, apresentam-se-nos como um grito, como uma tentativa de um remover de uma máscara, revelando o eu, a sua história e a crua forma do seu interior que desconcerta o observador. Através do olhar oblíquo que se esquia ao espectador, que afasta o artista do espectador, impossibilita o encontro entre ambos, manifestando a inquietação e o isolamento do artista perante um mundo que este via a desagregar-se aceleradamente, prenunciando a queda final (Ávila, 1994).

Por fim, na sua obra “A Fuga” (1938/1939) – que executou ao longo de cinco meses no ateliê do seu grande amigo Jorge Segurado – representa premonitoriamente o sofrimento dos tempos sombrios e dos horrores, seus e do mundo, que estavam para vir – resultantes da sua doença (Cardoso, 2010); (Matos, 2003). Suspenso no ar, sentimos a força que o oprime – na representação compacta do tronco, a cintura marcada no esforço do controlo de pernas e pés, que se dobram e cruzam algo desregradamente. Envolto numa nuvem azul que o arrebatava e aspira, Eloy funde a sua existência num nó cego com a “humanidade actual confusa, triste e emudecida” (Cardoso, 2010). Eloy tenta, através desta obra representar uma visão modernista da consciência da perda trágica de unidade, de totalidade que o Modernismo representa – que era também pessoal, em parte devido à devastadora DH que já o afligia e que lhe seria diagnosticada no ano seguinte (Cardoso, 2010).

1.5. Hospitalização e a Influência da Doença na Fase Final da Obra de Eloy

Em 1940, Mário Eloy foi diagnosticado com DH (Matos, 2003). Desde então, o trabalho que o pintor produzia era pouco e quando o fazia era para ganhar dinheiro. Encontrava-se a habitar em parte incerta – umas vezes em casa de amigos, outras vezes na de familiares e por vezes num quarto do Teatro Nacional (Cardoso, 2010).

Em 1945, é internado no Hospital do Telhal, em estado de doença avançada, onde residiu até à sua morte em 1951 (Matos, 2003).

O distanciamento do mundo causado pela sua doença, pela desrealização das cenas quotidianas, pela inquietação e pela tortura e angústia, pontuam a temática do conjunto de pinturas e desenhos da obra final de Eloy. Deste modo, na sua obra – cada vez mais escassa, pois no Hospital do Telhal não dispunha de material de pintura com facilidade – instala-se uma visão paulatinamente mais desconfiada e temerosa de um mundo que Eloy sente progressivamente mais agressivo, sendo cada vez mais patente nos seus desenhos finais, a violência e a ameaça que se acabam por concretizar em cenas desregradas e brutais. Podem, então, observar-se desenhos em papel com formas menos claras e mais simplificadas de personagem híbridas, mal definidas, que representam a morte, uma realidade disforme e difícil de perceber e compreender, personagens que gritam desespero e angústia, assim como figuras e cenas representativas da morte como fuga à realidade ameaçadora que se lhe apresentava (Cardoso, 2010); (Matos, 2003).

2. Doença de Huntington – Um Nota Teórica Sobre a Doença

A DH é uma doença neurodegenerativa, autossómica dominante, descrita pela primeira vez pelo Dr. Georg Huntington (Paoli, 2001); (Paulsen, 2001). Tem uma idade de início compreendida entre os 30 e os 50 anos de idade e é clinicamente caracterizada por um quadro de movimentos coreiformes, associados a alterações do comportamento e da cognição. Esta resulta de uma mutação genética que leva à repetição do trinucleotídeo CAG na sequência de DNA, cujo o número de repetições se correlaciona com o início da manifestação da doença e com a severidade dos sintomas (Paoli, 2001); (Paulsen, 2001).

Relativamente aos sintomas psiquiátricos, estes podem preceder os clássicos sintomas motores em cerca de 10 anos, apresentando impacto na qualidade de vida dos pacientes e contribuindo para o declínio das capacidades funcionais do indivíduo (Paoli, 2001); (Paulsen, 2001).

Tratam-se de sintomas que podem manifestar-se através da apatia, de sintomas depressivos – nomeadamente pensamentos de morte e ideação suicida – de irritabilidade e hetero/autoagressividade, de sintomas ansiosos, de sintomas do foro psicótico e maniforme, de disfunção executiva e desinibição comportamental, de sintomas obsessivos, de anosognosia, de alterações do padrão do sono, de sintomas do foro sexual e de défices visuais – nomeadamente visuoespaciais e cromáticos que influenciam a performance cognitiva e funcional do indivíduo. Ainda de salientar que, em fases iniciais da doença, pode haver alterações na capacidade imaginativa do indivíduo (Paoli, 2001); (Paulsen, 2001).

No caso do Eloy, vários destes sintomas neuropsiquiátricos moldaram a sua obra e a forma como esta influenciou o MP – já explicados anteriormente no subcapítulo “Início dos Sintomas e o Início da Influência da Doença na Obra e Eloy”.

Assim, será de extrema importância um olhar mais atento na direcção da presença de estes sintomas em pacientes com esta patologia, no sentido de garantir uma melhor gestão dos mesmos e diminuir o seu impacto na qualidade de vida destes pacientes.

Considerações Finais

Destarte, o legado artístico de Mário Eloy no MP é indiscutivelmente significativo. A sua obra inovadora e provocativa desafiou as normas clássicas e académicas na época estabelecidas, tendo influenciado não só os seus contemporâneos, mas também as gerações artísticas futuras.

Eloy expandiu os horizontes da expressão artística, influenciado pelos movimentos artísticos europeus – nomeadamente o Expressionismo e Cubismo – dos quais se serviu para o explorar o autorretrato – temática fulcral na sua obra – como forma de autoconhecimento e de evasão de uma realidade cuja visão era moldada por uma doença que não conhecia, que lhe restringia os movimentos e a possibilidade de relação com o exterior, levando-o a que se encerrasse num mundo interiorizado do qual se tentava evadir. Este Homem em Fuga contribuiu para a diversidade e vitalidade do movimento modernista em Portugal, tendo o seu impacto sido duradouro e transformador no cenário artístico modernista português.

Fontes e Bibliografia Final

1. Ávila, M. J. (1994). *Auto-retrato, 1936-1939, Mário Eloy*. Lisboa: Museu Nacional de Arte Contemporânea do Chiado. Disponível em: <<http://www.museuartecontemporanea.gov.pt/pt/pecas/ver/96>>
2. Ávila, M. J. (1996). *Menino e Varina, 1928, Mário Eloy*. Lisboa: Museu Nacional de Arte Contemporânea do Chiado. Disponível em: <<http://www.museuartecontemporanea.gov.pt/pt/pecas/ver/79>>
3. Cardoso, I. L. (2010). *A Fuga, 1938, Mario Eloy*. Lisboa: Centro de Arte Moderna Gulbenkian. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/cam/works_cam/a-fuga-138722/>
4. França, J.-A.. (1991). *A Arte em Portugal no Século XX: 1911-1961 [1974]*. (p. 283). Lisboa: Bertrand Editora.
5. Lapa, P. (2001). *Auto-retrato, 1930-1932, Mário Eloy*. Lisboa: Museu Nacional de Arte Contemporânea do Chiado. Disponível em: <<http://www.museuartecontemporanea.gov.pt/pt/pecas/ver/80>>
6. Lapa, P. (2002) *Bailarico no bairro, c.1936, Mário Eloy*. Lisboa: Museu Nacional de Arte Contemporânea do Chiado. Disponível em: <<http://www.museuartecontemporanea.gov.pt/pt/pecas/ver/82>>
7. Lapa, P. (2009). *O poeta e o anjo, c.1938, Mário Eloy*. Lisboa: Museu Nacional de Arte Contemporânea do Chiado. Disponível em: <<http://www.museuartecontemporanea.gov.pt/pt/pecas/ver/82>>
8. Matos, L. (2003). *Documentário – Mário Eloy, um Pintor em Fuga*. RTP 1
9. Paoli, R., Botturi, A., Ciammola, A., Silani, V., Prunas, C., Lucchiari, C., Zugno, E., & Caletti, E. (2001). Neuropsychiatric Burden in Huntington's Disease. *Brain Sciences*. 7(6), 67.
10. Paulsen, J., Ready, R., Hamilton, J., Mega, M., & Cumming, J. (2001). Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 71(3), 310-314.
11. Silva, Raquel Henriques. (1996). Mário Eloy: A transgressão Modernista. In: A.A.V.V. – *Mário Eloy: Exposição retrospectiva*. (p. 438). Lisboa: Museu do Chiado.

Dopesick – a série televisiva que retrata o lado negro dos opioides

Pedro Brito¹, Tânia Alves²

¹ Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Locomotiva, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

² Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

E-mails: pedro.qw@hotmail.com; tpvalves100@gmail.com

Resumo

A dependência de opioides é um importante problema de saúde pública. Comercializada inicialmente pela indústria e posteriormente retirada do mercado pela grave dependência física que provoca, a heroína foi responsável pela grande epidemia de consumo ilícito de opiáceos nas décadas de 1970-80 nos EUA, que rapidamente alastrou à Europa. Em 1996 a história estaria prestes a repetir-se, quando a Purdue Pharma lançou o medicamento OxyContin (oxicodona), conseguindo persuadir a FDA a aprovar o fármaco e tentando esconder o elevado potencial aditivo. Em 2019, a overdose de opioides era já uma importante causa de morte evitável nos EUA. Em 2021 estreou a série televisiva Dopesick, que retrata o ressurgimento da epidemia de opioides após o início da comercialização da oxicodona. Neste trabalho pretende-se abordar a dependência de opioides sob uma perspetiva histórica e psiquiátrica, recorrendo à sua representação na televisão, com especial enfoque na série Dopesick.

Palavras-chave: opioides, dor crónica, adição, psicofarmacologia

Abstract

Opioid dependence is a major public health problem. Initially sold by the industry and later withdrawn from the market due to the serious physical dependence it causes, heroin was responsible for the large epidemic of illicit opioid consumption in the 1970s and 80s in the USA, which quickly spread to Europe. In 1996, history was about to repeat itself, when Purdue Pharma launched the drug OxyContin (oxycodone), managing to persuade the FDA to approve the drug and trying to hide its high addictive potential. In 2019, opioid overdose was already a leading cause of preventable death in the USA. In 2021, the television series Dopesick premiered, which portrays the resurgence of the opioid epidemic after the start of oxycodone sales. This work aims to address opioid dependence from a historical and psychiatric perspective, using its representation in television, with a special focus on the Dopesick series.

Keywords: opioid, chronic pain, addition, psychopharmacology

Introdução

Os opioides são utilizados para o alívio da dor há milhares de anos em todo o mundo, tendo sido considerada a dependência de opioides como um grave problema de saúde pública (Medeiros 2005). Dada a conjuntura atual nos Estados Unidos da América (EUA), o abuso e dependência de opiáceos foram reconhecidos como uma epidemia, devido às graves consequências que provocam (Boysen, Patel & King, 2023). Neste trabalho pretende-se abordar a dependência de opioides sob uma perspetiva histórica e psiquiátrica, recorrendo à série televisiva Dopesick, que estreou em 2021 e que retrata o ressurgimento da epidemia de opioides após o início da comercialização da oxicodona.

Início dos Opioides

Os opioides começaram a ser utilizados há muitos anos (figura 1), não só para fins terapêuticos e medicinais como também recreativos. Os opioides naturais, como o ópio, foram inicialmente extraídos da papoula do ópio, uma planta cultivada no Médio Oriente e na Ásia.

De acordo com Boysen, Patel & King (2023) o século XIX foi historicamente importante: Friedrich Serturmer isolou a morfina do opio em 1803 e a codeína em 1832. A morfina tem sido utilizada para o tratamento da dor aguda e crónica de intensidade elevada. A codeína é utilizada para tratamento da dor leve a moderada, alívio da tosse e tratamento da diarreia. Em 1894 Charles Romley Alder Wright, um importante químico britânico, foi o

primeiro a sintetizar a heroína, que foi inicialmente comercializada como sendo um analgésico, tendo sido posteriormente retirada do mercado. No ano de 1916 foi introduzida no mercado a oxycodona, utilizada no tratamento da dor moderada a intensa. No século XX e com o desenrolar da Segunda Guerra Mundial que deu um impulso à expansão da terapia com opioides, começaram a surgir novos medicamentos para o tratamento da dor. Em 1932, surgiu a meperidina, utilizada no alívio da dor de intensidade média alta. Em 1937 surgiu a metadona, que de acordo com Silva (2022) em 1965 começou a ser usada para o tratamento substituição opiácea para a dependência da morfina e heroína, e desde os anos 90 do século passado, este opioide constituiu uma das opções analgésicas no tratamento da dor crónica.

Em 1960 surgiu o fentanil, usado como anestésico em conjunto com outros medicamentos e no alívio da dor, entrando no mercado americano em 1968. De acordo com o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), o fentanil é opioide mais envolvido em mortes por overdose. Mais de 150 pessoas morrem todos os dias devido a esta substância segundo Boysen, Patel & King (2023).

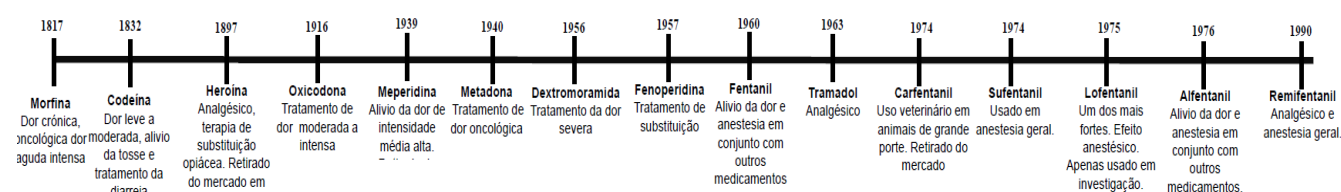


Figura 1. Cronograma – entrada dos opioides no mercado

A atual epidemia de opiáceos é uma das crises de saúde pública mais graves da história dos EUA. Responder a esta crise tem sido difícil devido à sua natureza de rápida mudança e à gravidade das consequências da mesma (Volkow & Blanco, 2021). Os efeitos são devastadores, resultando num número alarmante de overdoses fatais. De acordo com o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), mais de 500.000 pessoas morreram de overdose devido a substâncias psicoativas entre 1999 e 2019 nos EUA. Aproximadamente 70% dessas mortes envolviam opioides. Adicionalmente, esta crise tem sobrecarregado os sistemas de saúde e os serviços de urgência, gerando um encargo significativo para a sociedade como um todo. Diante desta crise, vários esforços têm sido feitos para abordar o problema de diferentes perspetivas, incluindo: a implementação de políticas de saúde pública para controlar a prescrição excessiva de opioides; aumentar o acesso a tratamentos para dependência química e overdose; promover a consciencialização sobre os riscos associados ao uso de opioides. Como forma de avaliar a dor os médicos podem recorrer à Escada Analgésica da Dor (APMGF, 2019) recomendada pela Organização Mundial de Saúde (Figura 2).



Figura 2. Escada Analgésica da Dor

Impacto dos opioides na saúde

Os opioides têm um impacto muito significativo não só na saúde física, mas também na saúde mental.

A International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th revision (ICD-11) classifica a dependência de opioides como uma perturbação da regulação do uso de opioides que surge do uso repetido ou contínuo de opioides. O elemento característico é um forte impulso interno para usar opioides, que é manifestado pela capacidade prejudicada de controlar o uso, aumento da prioridade dada ao uso em detrimento de outras atividades, e persistência do uso apesar de danos ou consequências negativas. Essas experiências são frequentemente acompanhadas de uma sensação subjetiva de craving para utilizar opioides. Características fisiológicas de dependência também podem estar presentes, incluindo tolerância aos efeitos dos opioides, sintomas de abstinência após cessação ou redução do uso de opioides, ou uso repetido de opioides ou substâncias farmacologicamente semelhantes para prevenir ou aliviar os sintomas de abstinência. A DSM-V refere que para além destes efeitos, a dependência de opioides traz graves consequências ao nível psicossocial, pois o uso recorrente de opioides resulta no fracasso em cumprir obrigações importantes quer sejam nas atividades sociais, profissionais ou recreacionais. Verifica-se, portanto, a necessidade do uso continuado de opioides, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo seu consumo.

A dependência gerada pelo consumo dos opioides leva a uma abstinência quando não se faz um uso continuado. A abstinência de opioides é um conjunto clinicamente significativo de sintomas, comportamentos e/ou características fisiológicas, que variam em grau de gravidade e duração, que ocorre aquando da cessação ou redução do uso de opioides em indivíduos que tenham desenvolvido dependência de opioides ou tenham usado opioides por um período prolongado ou em grandes quantidades. A abstinência de opioides também pode ocorrer quando opioides previamente prescritos foram reduzidos de forma abrupta. Os sintomas iniciais da abstinência de opioides podem incluir humor disfórico, ansiedade, náuseas ou vômitos, cólicas abdominais, dores musculares, bocejar, sudorese, ondas de calor e frio, lacrimejo, rinorreia, hipersónia (tipicamente na fase inicial) ou insónia, diarreia, piloereção e dilatação pupilar (ICD-11).

Na maioria dos indivíduos com dependência fisiológica de drogas de curta ação, tais como heroína, os sintomas de abstinência ocorrem no prazo de 6 a 12 horas após a última dose. Os sintomas podem levar de 2 a 4 dias para se manifestarem no caso de drogas de efeito mais prolongado, como a metadona. Os sintomas agudos de abstinência de um opioide de ação curta, como a heroína, em geral atingem um pico no prazo de 1 a 3 dias e cedem gradualmente ao longo de 5 a 7 dias. Sintomas menos agudos de abstinência podem durar semanas ou meses. O impacto do consumo de opioides revela também efeitos agudos e crónicos (Figura 3) no consumidor (DSM-V).

Efeitos Agudos	Efeitos Crónicos
– Euforia e sonolência; – Efeitos nos mastócios (rubor, prurido); – Efeitos Gastrointestinais (náuseas, vômitos, diminuição dos ruídos intestinais, obstipação intestinal.	– Diminuição da libido; – Problemas cardíacos; – Problemas hepáticos decorrentes de infeções como o HIV e Hepatite B ou C.

Figura 3. Efeitos agudos e crónicos do consumo de opioides

Dopesick, a série

A série televisiva Dopesick, lançada no ano 2021, retrata a história de como uma empresa contribuiu para a pior epidemia de utilização de substâncias psicoativas na história dos EUA, através da disseminação dos opioides recorrendo a estratégias agressivas de marketing. Estas estratégias incluíam a organização de seminários para promover o medicamento, o aliciamento de médicos com jantares, viagens, entre outras prendas, bem como a utilização de frase “menos de 1% das pessoas que tomam o fármaco ficam dependentes”. Também os próprios representantes eram aliciados com prémios consoante a dosagem e quantidade que vendiam do medicamento. Lançaram um vídeo de pessoas a publicitar o medicamento sem referir o seu nome: inicialmente o vídeo foi criado para fins de serviço público devido à dor, só posteriormente é que foram adicionadas em rodapé as informações do oxycontin. Outra das estratégias foi encontrar uma justificação médica que colmatasse a falha do medicamento nas pessoas em que o seu efeito não durasse as 12h como garantido, sendo assim os representantes sugeriam aos médicos que o paciente apresentava dor irruptiva e a forma de ajudar a aliviar este sintoma seria duplicar a dose do medicamento.

Demonstra o papel das empresas farmacêuticas na promoção e comercialização de opioides, assim como a resposta do governo e as consequências para as comunidades afetadas. A trama encontra-se dividida em 3 acontecimentos: a entrada do medicamento OxyContin (oxicodona) no mercado, as descobertas das autoridades não só das consequências da toma do medicamento, como também das ilegalidades e manipulação das normas por parte da Purdue Pharma na entrada do medicamento no mercado e o culminar de uma pandemia que começou a existir logo na fase inicial da comercialização.

Entrada do opióide no mercado

Entre 1996 e 1999 a farmacêutica Purdue Pharma, pertencente à família Sackler, uma das famílias mais benfeitoras dos EUA, criou um novo opióide (oxicodona), para tratar a dor moderada com uma utilização a longo prazo. Desde a entrada do medicamento no mercado até à sua distribuição, a estratégia da empresa baseou-se em contornar as regras, de forma a conseguir persuadir a Food and Drug Administration (FDA) a aprovar o fármaco e criar as condições específicas para facilitar a prescrição do mesmo através de afirmações que não haviam sido comprovadas, em conjunto com estratégias de marketing persuasivas, incluindo a promoção de estudos científicos questionáveis. No primeiro ano, cerca um milhão de comprimidos foram vendidos. O lançamento inicial foi centrado no sudoeste da Virgínia, no leste do Kentucky e na zona rural do Maine. Uma vez que grande parte dos habitantes desta região trabalham como mineiros, madeireiros e em trabalhos agrícolas, que são trabalhos de elevado esforço físico, estas pessoas irão apresentar importantes sequelas osteoarticulares.

Início das investigações

Esta fase da história decorreu de 2000 a 2006, retratando a descoberta da dependência e dos problemas que este fármaco começou a criar na sociedade.

A DEA (Drug Enforcement Administration) defendia que se deveria limitar o uso do medicamento apenas a problemas graves da dor e não a problemas de intensidade média. A proposta foi recusada pela FDA uma vez que consideravam o medicamento seguro. Ainda assim, a FDA resolveu chegar a um acordo com a Purdue Pharma, com o objetivo de minimizar o impacto do medicamento. Algumas das medidas do acordo foram: retirar o comprimido de 160 mg do mercado, criaram a advertência no rótulo em caixa negra, mas pode dizer: “relatado que raramente cria dependência”, o medicamento irá continuar a ser prescrito a doentes com dor moderada e pode ser usado por um longo período de tempo. A Purdue considera que as vendas vão triplicar com este novo rótulo.

Vários problemas começaram a emergir, principalmente nas regiões onde foi primeiramente promovida a venda do medicamento. Verificou-se um aumento significativo de: assaltos a farmácias, mortes por overdoses e abandono de menores. Tanto a DEA como um grupo de procuradores envolvem-se numa investigação que demorou muitos anos até que conseguissem penalizar a empresa, sempre com o objetivo de abrandar a pandemia já instalada em solo americano.

Em 2006 a Purdue Pharma chega a um acordo com os procuradores, declarando os 3 executivos como culpados de pequenos delitos e delito grave da empresa pagando uma multa de 600 milhões. O acordo é aceite pelos procuradores, uma vez que não tinham o apoio do Departamento de Justiça. No dia da audiência do acordo havia muitos manifestantes a pedir para o juiz não aceitar o acordo, apesar de não se mostrar satisfeito com o acordo, acabou por aceitar. As vendas do Oxycontin continuaram. O processo na justiça não sofreu mais alterações até 2019, tendo sido desencadeado devido ao descontentamento social.

Fim do processo judicial

O final da série ocorre em 2019 e revela um aumento crescente do número de mortes, manifestações e o descontentamento social, bem como o aumento dos processos legais contra a farmacêutica, responsabilizando a família Sackler por ludibriar a comunidade médica e pela crise de opioides. Os museus e várias instituições começaram a recusar as doações da família Sackler, tendo sido o Museu do Louvre o primeiro a retirar o nome Sackler das suas placas. A família começou a ser humilhada nas redes sociais, tendo sido obrigada a fugir de Nova Iorque. Procuradores de mais de 25 estados norte-americanos abriram processos contra a Purdue Pharma, responsabilizando-os pela crise de opioides e por enganar a comunidade médica. Os Sackler recorreram a um juiz responsável por falências que deu uma aprovação condicional e um plano para resolver os processos

legais. A família Sackler deixa de ser proprietária da Purdue Pharma, terá de entregar mais de 30 milhões de documentos, pagar 4.5 milhões de dólares e em troca os membros da família Sackler não podem ser processados.

O enredo

Em simultâneo a série retrata a vida de várias personagens que iniciam o consumo de opioides e temos a oportunidade de acompanhar de perto o impacto que a dependência de opioides tem nas vidas destas pessoas. A trama dá grande foco a quatro personagens, a jovem Betsy Mallum, homossexual que vive numa cidade pequena e é filha de pais extremamente crentes, que não aceitam comportamentos que fujam da “normalidade”. Após uma queda nas minas é prescrito a Betsy o medicamento para a dor, o que a torna dependente. A família e o médico, tentam ajudar Betsy, mas todas as tentativas são falhadas. E o único foco na vida desta jovem passa a ser conseguir a próxima dose de Oxycontin. Na noite antes de iniciar um tratamento para o problema de adição, a jovem acaba por morrer de overdose. O médico que prescreveu o Oxycontin a Betty, Dr. Samuel Finnix, é também retratado na serie, sendo que também ele fica dependente após um acidente de automóvel. Esta adição tem grandes repercussões na vida do médico, pois acaba por perder a licença de prática médica. Após várias tentativas falhadas de se curar da dependência, acaba por se cruzar com outro médico, que lhe apresenta um tratamento de substituição opiácea, que inicia com metadona, mas depois altera para suboxone (uma associação entre buprenorfina e naloxona). O médico considera que é muito difícil atingir a cura desta dependência e que muitos dos pacientes terão que tomar o suboxone continuamente. O Dr. Finnix conseguiu ultrapassar o problema de adição e parar a toma de suboxone e aos poucos recuperou a sua vida e a sua licença médica. O seu objetivo é influenciar mais pacientes a acompanhá-lo semanalmente ao tratamento, ajudando assim outras pessoas a curarem-se.

Outra das personagens retratadas na história é Will Poutler (Billy), o representante da Purdue Pharma que é responsável pela venda do medicamento ao Dr. Finnix. A história mostra a relação de amizade criada entre ambos e a culpabilidade que Billy vai sentindo ao longo dos episódios, quando percebe o efeito que o oxycontin está a ter na população, ao contrario de alguns colegas que apenas se focam no dinheiro que estão a ganhar com as vendas, independentemente do custo. O seu descontentamento leva-o a ser demitido da Purdue Pharma. Billy teve um papel muito importante junto dos procuradores, tendo entregue anonimamente provas que vieram a ser relevantes para o processo judicial.

Por fim, a série relata também a história da responsável pelo caso da DEA, Bridget Meyer, contando-nos a sua relação com o marido desde a fase inicial, até que termina em divórcio devido ao foco e obsessão da agente no seu caso contra a Purdue Pharma.

A série tem como objetivo criar consciencialização sobre a crise de opioides e destacar a importância de abordagens mais seguras e eficazes para a abordagem da dor, apelando à consciencialização da comunidade médica no que diz respeito à prescrição destes medicamentos altamente aditivos, além de políticas de prevenção, como a restrição na prescrição do medicamento apenas a casos essenciais, bem como ações de sensibilização, principalmente nas zonas mais afetadas por esta epidemia e o tratamento adequado para os que criaram uma dependência. Consegue criar uma conexão entre o espetador e as personagens que veem a sua vida a ser destruída por um medicamento prescrito. O consumo deste fármaco resultou na morte de mais de 500 mil pessoas.

Conclusão

A dependência de opioides é uma condição complexa que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Atualmente, reconhece-se que este diagnóstico vai além dos aspetos físicos e envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Compreender a importância da saúde mental é essencial para uma abordagem abrangente e eficaz na recuperação da dependência de opioides (Jorge, P. & Carvalho, J. 2022). A crise de opioides é um problema de saúde pública grave e complexo que tem afetado muitas comunidades nos EUA e em outros países da América do Norte. Os efeitos da crise de opioides são devastadores, resultando em números alarmantes de overdoses fatais. Esforços têm sido feitos para abordar o problema, incluindo a implementação de políticas de saúde pública para controlar a prescrição excessiva de opioides, aumentar o acesso a tratamentos para dependência química e overdose, e promover a conscientização sobre os riscos associados ao uso de opioides.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2019). *Escada Analgésica da Dor*. Acedido a 24 de fevereiro 2024, em https://apmgf.pt/cento_d_documentos/folheto-escada-analgésica-da-dor/
- Boysen, P. G, Patel, J. H., & King, A. N. (2023). Brief History of Opioids in Perioperative and Periprocedural Medicine to Inform the Future. *Ochsner Journal*, 23, 43-49.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Fentanyl Facts*. Acedido a 24 de fevereiro de 2024, em <https://www.cdc.gov/stopoverdose/fentanyl/Index.html>
- Escada Analgésica da Dor recomendada pela Organização Mundial de Saúde; Imagem adaptada de SemFyc. La atención al paciente con Dolor Crónico no Oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP)*. Documento de Consenso.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. OMS. Acedido a 24 de fevereiro de 2024, em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- Jorge, P., & Carvalheiro, J. (2022). Opioides. Em: M. Alfarr (2022). *Guia Rápido de Adições*. (pp. 97-113) (1ª ed.). Heartbrain.
- Medeiros, L. (2005). Opioides. *Biblioteca da Dor*, (6), 7-13.
- Silva, L. I. (2022). Será a metadona a fénix dos opioides? – o uso da metadona no peri-operatório. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 31(2).
- Strong, D. (2021). *Dopesick*. Hulu.
- Volkow, N., & Blanco, C. (2021). The changing opioid crisis: development, challenges and opportunities. *Molecular Psychiatry*, 26, 218-233.

A simbiose entre a música e os psicadélicos

Rebeca Cohen, Inês M. Pereira, Miriam G. Margulho

Hospital Júlio de Matos – ULS São José

E-mails: 7113136@ulssjose.min-saude.pt; 7113032@ulssjose.min-saude.pt; 7113000@ulssjose.min-saude.pt

Resumo

O potencial terapêutico dos psicadélicos tem sido amplamente explorado, sendo a música um reconhecido elemento do *setting* facilitador da experiência.

A música é onnipresente e a sua evolução acompanhou intimamente a da linguagem, sendo esta teoria apoiada pela evidência de regiões cerebrais ativas comuns no processamento de ambas. Os psicadélicos levam a alterações profundas na percepção e resposta à música com intensificação da audição e do fluxo de informações do para-hipocampo para o córtex visual, efeito correlacionado com a evocação de emoções, imagens visuais mentais detalhadas e cenas autobiográficas pessoalmente significativas que favorecem as experiências místicas. A música pode promover a abertura à experiência, calma e segurança e, sobretudo, guiar o processo em direções que são terapêuticamente mais relevantes.

Embora ainda não haja nenhuma padronização da seleção musical, a adaptação pode ser fulcral para criar as condições de suporte terapêutico adequadas já que a experiência é altamente individual e dinâmica.

Palavras-chave: música, psicadélicos, *setting*

Abstract

The therapeutic potential of psychedelics has been widely explored with music being a recognized element of the facilitating setting for the experience. Music is omnipresent, and its evolution has closely accompanied that of language, a theory supported by evidence of common brain regions active in the processing of both. Psychedelics lead to profound alterations in perception and response to music, with intensified hearing and increased flow of information from the para-hippocampus to the visual cortex, an effect correlated with the evocation of emotions, detailed mental visual images, and personally significant autobiographical scenes that favor mystical experiences. Music can promote openness to experience, calmness, and safety, and, above all, guide the process in directions that are therapeutically more relevant.

Although there is still no standardization of musical selection, adaptation can be crucial to creating the appropriate therapeutic support conditions since the experience is highly individual and dynamic.

Keywords: music, psychedelics, setting

Introdução

Desde tempos imemoriais, a humanidade tem procurado expandir os limites da consciência e explorar as profundezas da mente. Nesse contexto, os psicadélicos emergem como agentes de transformação, revelando paisagens interiores repletas de significado e potencial curativo. Aliás a palavra “psicadélico”, cunhada pelo psiquiatra Humphrey Osmond em 1956, deriva das raízes gregas “psyche” (alma) e “deloun” (manifestar).

As teorias da origem da música apoiam que esta surgiu com função social primordial e os seus primeiros registos são em contexto de culto religioso e cultural, sendo frequentemente utilizada em cerimónias rituais, práticas medicinais, especialmente em rituais xamânicos.

A música desempenha um papel central, sobretudo de facilitação da cura física e espiritual, por exemplo, nos “ícaros” nas cerimónias de ayahuasca na Amazônia, nos rituais com psilocibina dos índios Mazatecas, nos de peiote dos nativos americanos, de ibogaína de Bwiti na África centro-oeste e ainda nos Ritos de Elêusis na antiguidade da Europa.

Introdução a conceitos

Os psicadélicos clássicos, como a psilocibina, a mescalina (nos catos de San Pedro), o DMT (no ayahuasca) e o LSD, agem como agonistas no receptor de serotonina 2A, induzindo experiências fenomenologicamente similares, enquanto os não clássicos incluem a ibogaína, MDMA e a cetamina e têm variados mecanismos.

O conceito de “*set and setting*”, introduzido pelo Dr. Timothy Leary, destaca a importância do contexto ambiental e psicológico na experiência psicadélica, que inclui a compreensão do indivíduo sobre os efeitos da substância, sua preparação mental, as suas perspectivas ou intenções, que influencia profundamente a experiência. A motivação pode abranger o escapismo – para evitar a realidade – ou por curiosidade, desejo auto-exploração e compreensão mais profunda. Ainda podemos incluir a matriz que implica a consideração do ambiente de onde um indivíduo vem, no qual vive durante o período das sessões e ao qual o indivíduo retorna. A mudança é mais facilmente integrada num ambiente ordenado do que em um ambiente caótico, e após uma terapia bem-sucedida a matriz tende a expandir-se para conter o crescimento adicional.

Efeitos da música

Desde cedo que se identificou a música como fator de mudança entrópico com poder de potenciar estados alterados de consciência, incluindo *transe* (Rouget, 1985), absorção (Sandstrom e Russo, 2013), *groove* (Janata et al., 2012), estados semelhantes ao *flow* (Csíkszentmihályi, 1990), e de êxtase religioso.

A música é um estímulo altamente dinâmico e multidimensional, composto por características acústicas distintas, como altura, intensidade, andamento, ritmo e timbre. A audição musical demonstra uma especialização funcional complexa e uma organização hierárquica robusta, envolvendo a análise das estruturas espectrais e temporais do som e a sua conexão com representações mentais de alto nível. Assim, a música alcança a sua profunda capacidade de evocar pensamentos, sensações e emoções.

Uma das conclusões da neuroimagem relacionadas com a audição musical é que a música recruta extensas redes cerebrais, envolvendo áreas associadas com a atenção, memória de trabalho, memória episódica, função motora e emoção. O seu processamento tem início nos níveis mais baixos da hierarquia cerebral, na cóclea, onde a informação auditiva é filtrada antes de ser encaminhada para o tronco cerebral e para o núcleo geniculado medial – uma região especializada do tálamo responsável por transmitir informações auditivas para o córtex auditivo. No córtex auditivo, a análise das propriedades acústicas elementares da música, como volume, andamento, altura e timbre, é iniciada nos giros de Heschl, giro temporal superior e plano temporal. Estes processos ocorrem em paralelo e são integrados progressivamente na hierarquia de processamento. A ligação da informação acústica com representações mentais complexas de alto nível ocorre por meio da troca de informações entre esses córtices auditivos e o giro frontal inferior (GFI), também conhecido como área de Broca. O GFI desempenha um papel crucial na memória de trabalho auditiva e é fundamental para o processamento sintático do som, compartilhado tanto pela música quanto pela linguagem falada.

As emoções evocadas pela música são frequentemente descritas na literatura como “complexas”, pois a música não apenas desperta emoções simples, como prazer e medo, mas também sentimentos de nostalgia e maravilha. Estudos de neuroimagem revelaram que os efeitos emocionais da música dependem da ativação de áreas do cérebro límbico, como a amígdala e o estriado, bem como dos córtices de associação de alto nível, como a ínsula, o hipocampo e o córtex orbitofrontal. O estriado ventral, em particular, está consistentemente associado ao prazer induzido pela música e à codificação da recompensa associada à música. O sistema do lobo temporal medial, incluindo o hipocampo e a ínsula, desempenha um papel crucial na emoção evocada pela música. Estas regiões são consideradas importantes para a regulação emocional descendente, a formação de memória e a consciência emocional.

Diferentes classes de determinantes, desde características acústicas e musicais de estímulos individuais até associações pessoais que as pessoas fazem com música, até conceitos mais abstratos, como traços de preferência e personalidade, demonstraram influenciar as emoções experimentadas durante a audição de música. Estudos contemporâneos destacam a predisposição biológica para a percepção de melodias e a capacidade da música de despertar e modular emoções, justificando o papel da musicoterapia.

Associação entre a música e os psicadélicos

As regiões cerebrais recrutadas para a audição musical sobrepõem-se parcialmente às áreas afetadas por psicadélicos, não apenas em termos de percepção, mas também intensificando a emoção, as imagens mentais e autobiográficas pela música, e atribuindo significado pessoal à música, levando a experiências místicas. Estas últimas estão associadas a melhores resultados, como maior abertura à mudança e potencial reversão de preconceitos cognitivos negativos.

Na pesquisa inicial sobre psicadélicos nas décadas de 1950 e 1960, a musicoterapeuta Helen Bonny identificou a música como um componente fundamental das sessões clínicas com LSD, facilitando a renúncia ao controle,

a abertura emocional, a experiências místicas e aos *insights* autobiográficos. Além de evocar emoções fortes, a música também pode desempenhar um papel importante na redução da excitação emocional e na busca de soluções significativas para lutas psicológicas transitórias comuns na terapia psicadélica.

Pesquisas recentes demonstram que a interação entre LSD e música aumenta o fluxo de informações do para-hipocampo ao córtex visual, resultando em imagens mentais visuais aprimoradas e na visualização de cenas autobiográficas. Essa interação também está correlacionada com o aumento da absorção, beleza e significado da música.

As respostas individuais à música durante sessões psicadélicas podem ser idiossincráticas e influenciadas pelos objetivos da terapia, como crescimento pessoal, exploração da consciência ou busca de cura. A alteração da atividade cerebral e o aumento do significado do ambiente pela música podem tornar os pacientes mais receptivos e abertos às mudanças, promovendo benefícios duradouros.

Em 1972, Bonny & Pahnke publicaram diretrizes no *Jornal de Musicoterapia* para a utilização da música como apoio à terapia com psicadélicos. Posteriormente, em 1997, Eisner ofereceu a sua opinião clínica e sugeriu peças musicais específicas para esse fim. As potencialidades da música durante a viagem psicadélica foram enumeradas da seguinte forma:

- 1) Abandono de resistências habituais: facilita o abandono, nomeadamente das resistências intelectuais comuns em terapias convencionais, o que permite uma entrega mais completa à experiência e ao mundo interno do indivíduo, especialmente quando outros estímulos são limitados.

- 2) Facilitação da libertação emocional: intensifica a emotividade, levando a estados emocionais mais profundos e favorecendo a projeção de experiências pessoais e fantasias, contribuindo para uma maior autocompreensão.

- 3) Potenciação do efeito de pico: tende a aumentar a sua intensidade e profundidade.

- 4) Proporcionar continuidade: especialmente o ritmo e intensidade da música ajudam a organizar a sensação de atemporalidade experimentada durante a experiência psicadélica. É importante evitar silêncios, porque mesmo breves podem ser compreendidos como longos demais.

- 5) Estruturação da experiência proporciona uma orientação não verbal, guiando o indivíduo para áreas onde a emotividade intensa é enfrentada e tratada.

O processo de uma viagem psicadélica habitualmente segue uma progressão desde a ascensão até o retorno, com várias subfases distintas. Estas incluem a fase de abertura ou antecipação, prosseguindo com um aumento gradual da intensidade até ao pico, idealmente caracterizado pelo confronto e entrega total à experiência, posteriormente o *plateau* e transcendência, momentos de maior estabilidade e sensação de superação e finalmente a fase descendente, que envolve a libertação emocional, reflexão, integração, aceitação, alívio, celebração e aterragem antes do retorno à consciência normal.

Durante cada uma dessas fases, a seleção da música desempenha um papel crucial. Estilos como neoclássico, ambiente com elementos de jazz, clássica e étnica são recomendados devido à sua capacidade de refletir o perfil de intensidade da experiência psicadélica. É importante alternar entre música instrumental, que proporciona suporte e estrutura, e música vocal, que promove sentimentos de proximidade e humanidade. É comum evitar-se a utilização de línguas conhecidas, porque podem incentivar a intelectualização em detrimento de uma experiência intuitiva, nova e curiosa. Além disso, é essencial garantir transições suaves entre as peças musicais para manter a continuidade e a coesão da experiência sonora.

Mais recentemente, foi proposta uma taxonomia da música terapêutica, classificando-a de acordo com a sua intensidade em três campos: apoio, misto de apoio-desafiador e desafiador. Esta taxonomia oferece uma variedade de opções musicais para atender às necessidades terapêuticas específicas durante a viagem psicadélica. Na fase ascendente sugerem música mais tranquila e positiva, com uma linha melódica e ritmo regulares, como os movimentos de adágio do Vivaldi. Durante o pico, a música deve evocar emoções poderosas, como a 5ª sinfonia de Beethoven ou “Inverno” das Quatro Estações de Vivaldi. No *plateau*, a música deve ser mais calma para facilitar a integração dos *insights* obtidos durante o pico. Na fase descendente, também é recomendada música calma, tendo em consideração as preferências musicais do paciente para facilitar o retorno ao estado de consciência normal.

A música parece ter um papel crucial na terapia psicadélica, influenciando estados alterados de consciência e promovendo *insights* emocionais profundos. A música não só reflete a intensidade da experiência psicadélica, como também contribui para a orientação emocional e integração dos *insights* obtidos. Esta abordagem terapêutica integrativa oferece perspectivas valiosas para a terapia psicadélica contemporânea, desvendando os potenciais inexplorados da mente humana e promovendo o bem-estar emocional e psicológico de forma única e profunda.

Considerações finais

Portanto o estudo da interação entre música e terapia psicadélica revela-se promissor. A longa associação entre ambos sugere um potencial terapêutico significativo. Para otimizar os benefícios é essencial considerar a individualidade do paciente, incluindo personalidade, história de vida e estado emocional, assim como adaptar a música às diferentes fases da experiência psicadélica. Embora a padronização das listas de reprodução seja útil para fins acadêmicos, a personalização pode ser mais benéfica, proporcionando uma experiência musical individualmente ressonante. Estudos comparativos da contribuição da música e outros fatores durante as sessões terapêuticas são necessários, assim como a investigação dos mecanismos subjacentes às experiências subjetivas da música sob o efeito psicadélico. Moldando e adequando a música, ambiente e características individuais abre-se caminho para uma terapia mais eficaz e significativa, fomentando o crescimento e mudança positiva.

Bibliografia

- Barrett, F. S., Preller, K. H., & Kaelen, M. (2018). Psychedelics and music: neuroscience and therapeutic implications. *International Review of Psychiatry*, 30(4), 350-362.
- Barrett, F. S., Robbins, H., Smooke, D., Brown, J. L., & Griffiths, R. R. (2017). Qualitative and Quantitative Features of Music Reported to Support Peak Mystical Experiences during Psychedelic Therapy Sessions. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Bonny, H. L., & Pahnke, W. N. (1972). The Use of Music in Psychedelic (LSD) Psychotherapy. *Journal of Music Therapy*, 9(2), 64-87.
- Eisner, B. (1997). Set, Setting, and Matrix. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 213-216.
- Kaelen, M., Giribaldi, B., Raine, J., Evans, L., Timmerman, C., Rodriguez, N., et al. (2018). The hidden therapist: evidence for a central role of music in psychedelic therapy. *Psychopharmacology*, 235(2), 505-519.
- McCartney, A. M., McGovern, H. T., & De Foe, A. (2022). Predictors of Psychedelic Experience: A Thematic Analysis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1-9.
- Mendel, K. (2017). *The psychological and human brain effects of music in combination with psychedelic drugs* [Thesis or dissertation, Imperial College London]. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10044/1/55900>
- Messell, C., Summer, L., Bonde, L. O., Beck, B. D., & Stenbæk, D. S. (2022). Music programming for psilocybin-assisted therapy: Guided Imagery and Music-informed perspectives. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Space, C. (sem data). *Substâncias psicadélicas*. Recuperado de <https://space.com.pt/substancias-psicadelicas>

Casos mediáticos da história da psiquiatria forense portuguesa: aspetos comuns entre os autores dos crimes sobre Sousa Refoios (1905), Miguel Bombarda (1910) e Egas Moniz (1939)

Inês Pinto da Cruz

Centro de Estudos Interdisciplinares – Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia); Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra
E-mail: inescruz77@gmail.com

Resumo

Este trabalho pretende explorar três casos mediáticos da História da Psiquiatria Forense em Portugal, mais propriamente: Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, que assassinou o Doutor Joaquim de Sousa Refoios em dezembro de 1905; Aparício Rebelo dos Santos, que assassinou o Doutor Miguel Bombarda em outubro de 1910; Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, que tentou assassinar o Doutor António Egas Moniz em março de 1939. Para tal, é feito o enquadramento de todos os casos, dando a conhecer as avaliações feitas pelos conselhos médico-legais que analisaram o estado mental dos três indivíduos em questão e, por fim, são salientados aspetos comuns entre eles, nomeadamente o facto de possuírem formação académica de tipo superior, terem atentado contra a vida de três médicos muito conceituados da época em Portugal e até mesmo o diagnóstico traçado pelos peritos que os observaram e que determinou a sua irresponsabilidade criminal.

Palavras-chave: Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, Aparício Rebelo dos Santos, Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, irresponsabilidade criminal, conselho médico-legal

Abstract

This paper aims to explore three famous cases from the History of Forensic Psychiatry in Portugal: Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, who murdered Doctor Joaquim de Sousa Refoios in December 1905; Aparício Rebelo dos Santos, who murdered Doctor Miguel Bombarda in October 1910; Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, who attempted to murder Doctor António Egas Moniz in March 1939. For that purpose, all the cases are framed, bringing to attention the assessments made by the medico-legal councils that analyzed the mental state of the three individuals in question and, in conclusion, the common aspects between them are highlighted, namely the fact that they had superior academic training, the fact that they had attempted on the lives of three very renowned doctors of that time in Portugal and even the similar diagnosis drawn up by the experts who observed them and that determined their criminal irresponsibility.

Keywords: Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, Aparício Rebelo dos Santos, Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, criminal irresponsibility, medico-legal council

Introdução

Neste trabalho serão explorados três casos mediáticos da História da Psiquiatria Forense em Portugal: Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, que disparou sobre o Doutor Joaquim de Sousa Refoios em 2 de dezembro de 1905, tendo este vindo a falecer dois dias mais tarde; Aparício Rebelo dos Santos, que assassinou o Doutor Miguel Bombarda em 3 de outubro de 1910; Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, que tentou assassinar o Doutor António Egas Moniz em 14 de março de 1939.

O objetivo será salientar os aspetos comuns da casuística em análise, após a análise dos relatórios dos exames mentais feitos aos três indivíduos em questão e também da análise complementar da imprensa da época, que constituiu um contributo importante para perceber melhor a história dos casos em análise.

Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, assassino de Sousa Refoios (1905)

Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis nasceu em 1874, no distrito do Porto, e estudou Medicina na Universidade de Coimbra, tendo-se formado em 1901. Desde os tempos de faculdade que começou a desenvolver uma fixação

pela ideia de que o Doutor Sousa Refoios¹, seu professor, o perseguia, chegando mesmo a ter estado internado no Hospital Conde de Ferreira, no Porto, de onde acabou por sair, ficando livre para consumir o crime.

Às 19 horas do dia 2 de dezembro de 1905, na Baixa coimbrã, o Professor Refoios foi alvejado pelas costas à queima-roupa, pelo seu antigo aluno, tendo vindo a falecer no dia 4 de dezembro, pelas 11 horas da manhã.

Quanto ao assassino, este acabou preso na Cadeia Civil de Coimbra. Foi requerido então ao juiz a convocatória do Conselho Médico-legal para proceder ao exame das faculdades mentais do réu.

Assim, no dia 3 de fevereiro de 1906, pelas 12 horas, quando os membros do Conselho lhe perguntaram o motivo do seu ato criminoso contra Refoios, explicou ter este decorrido pela forma como o seu antigo professor o havia tratado. Segundo detalhou o réu, certa vez, durante o seu curso de Medicina, analisando os sintomas de um paciente, acertara no diagnóstico que Sousa Refoios teria errado, pelo que chegou até a ser elogiado pelo docente. Apesar disso, após esse episódio, referiu que a atitude de Refoios mudou, passando a exigir-lhe mais trabalho e prazos mais apertados do que aos seus condiscípulos, ignorando-o nas provas clínicas de formatura e atribuindo-lhe mesmo uma classificação baixa.

O examinado afirmou ainda que o crime cometido sobre o Professor tinha resultado da colisão de dois cérebros que não se compreendiam e tal se devia ao facto de um deles “ser muito estúpido”² (referindo-se a Refoios) e outro “ser muito inteligente”³ (referindo-se a si próprio).

Questionado sobre ter ou não noção das consequências do seu ato, junto da família do médico e mesmo junto da sociedade, ao ter perdido um médico tão importante, Teixeira dos Reis respondeu que não considerava ter havido qualquer perda, na medida em que denominava Refoios como “uma vulgaridade e apenas um castrador de mulheres”⁴.

Ao longo do interrogatório, o réu continuou sempre a manifestar o seu desprezo pela vítima, alargando a censura à sociedade médica coimbrã, vociferando: “(...) Em Coimbra não há clínicos de mérito.”⁵

Fazendo os peritos referência a médicos conceituados da cidade, o examinado contrapôs que eram todos umas nulidades, (...) que lhe tinham dado 10 valores, quando ele merecia até 20; que tinha a consciência de que havia de ser um bom clínico, rematando: “(...) bem melhor que esse Daniel de Matos, um Matos que para aí há”⁶.

No dia 22 de fevereiro do mesmo ano, o Conselho Médico-legal, reunido na sala das sessões, compilou toda a informação, com o seguinte teor:

- Apesar de o réu ter sido um estudante sempre considerado como fraco por todos os professores, achava-se detentor de uma inteligência capaz de uma classificação superior àquela que tinha obtido.
- O bacharel em medicina classificava de «nulidades» alguns dos clínicos e peritos mais ilustres do país.
- A explicação dada por Teixeira dos Reis para o ato criminoso – colisão entre dois cérebros que se não compreendiam, por Refoios ser «excessivamente estúpido» e ele, réu, «excessivamente inteligente» – era, nas palavras dos peritos, “desconexa, incompreensível e incrivelmente audaciosa”⁷.
- O autor do crime já tinha feito uma tentativa de suicídio.
- O mesmo já tinha sido internado pela sua própria família num hospital de alienados durante aproximadamente um ano, tendo sido considerado afetado de alienação mental por Júlio de Matos, diretor clínico daquela instituição, saindo de lá com tal diagnóstico e contra a opinião e vontade do mesmo⁸.
- Entre os irmãos do réu, havia um que sofria igualmente de doença mental.
- O examinado demonstrava ter perdido as faculdades afetivas, perceptível pela falta de repugnância relativamente ao crime que praticara, pela indiferença com que tinha encarado o destino da família da sua vítima e finalmente porque nunca revelara a menor comoção ao lembrarem-lhe da sua própria família.

¹ Joaquim Augusto de Sousa Refoios foi um prestigiado médico e Professor da Universidade de Coimbra. *Vd. Rodrigues, M. A. (dir.) (1992). Memoria Professorum Universitatis Conimbricensis 1772-1937. Vol. II. Coimbra: Arquivo da Universidade, p. 226.*

² *Registo de Exames Mentais e Respetivo Parecer do Conselho Médico-legal (1900-1911). Livro 11, Exame nº 12, folha 50.*

³ *Ibidem.*

⁴ *Ibidem*, folha 52.

⁵ *Ibidem.*

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Ibidem*, folhas 54-55.

⁸ Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis esteve um ano internado no Hospital Conde de Ferreira, entre 22 de maio de 1903 e 22 de maio de 1904. Alguns jornais da época deixaram entrever que o assassino de Sousa Refoios teria saído daquele hospital com alta. Contudo, Júlio de Matos escreveu uma carta que publicou no *Jornal Primeiro de Janeiro* e que foi reproduzida no *Jornal A Folha de Coimbra*, em que afirma que tal era falso, explicando um pouco do estado mental de Teixeira dos Reis aquando da sua estadia no Conde de Ferreira. *Vd. A Folha de Coimbra*, nº 455 – ano V, de 8 de dezembro de 1905.

- Por fim, o bacharel continuava a demonstrar ideias agressivas e sem sombra de arrependimento.

Assim, de todo o exposto o Conselho Médico-legal chegara às seguintes conclusões:

- a) Que o réu demonstrava padecer de “megalomania das grandezas”⁹, não olhando a meios para atingir os seus propósitos e concepções, estando disposto a tudo, inclusivamente assassinar outro ser humano.
- b) Que tudo levava a crer que tal estado de alienação mental dataria de uma fase precedente ao seu internamento no Hospital Conde de Ferreira, onde havia manifestado já o propósito de matar Sousa Refoios.
- c) Que o crime fora cometido sob a influência da já indicada forma de alienação mental¹⁰.
- d) Que o examinado tinha predisposição para novos crimes, constituindo um perigo para a sociedade, pelo que, ao não poder ser-lhe imposta responsabilidade pelo assassinato praticado, deveria ser internado definitivamente no Hospital de Rilhafoles, em conformidade com o disposto no artigo 5º¹¹ da lei de 4 de julho de 1889 e nos artigos 13º¹² e 29º¹³ da lei de 3 de abril de 1896.

Teixeira dos Reis foi transferido da Cadeia Civil de Coimbra para o Hospital de Rilhafoles, onde deu então entrada a 28 de março de 1906.

O bacharel permaneceu aí internado até à sua morte, ocorrida a 21 de setembro de 1910¹⁴.

Aparício Rebelo dos Santos, assassino de Miguel Bombarda (1910)

Aparício Rebelo dos Santos nasceu em 1878, em Braga. Frequentou os preparatórios na Universidade de Coimbra, para posterior ingresso na Escola do Exército.

A 17 março de 1909 foi internado no Hospital Militar da Estrela, apresentando ferimentos no pescoço por tentativa de suicídio. Durante o seu internamento, sofreu alguns acessos violentos e o seu boletim clínico referia a manifestação anterior de um episódio violento perante os seus camaradas militares, na sequência de alucinações auditivas.¹⁵

Todo este comportamento por parte de Rebelo dos Santos, fez com que os médicos do Hospital Militar equacionassem um diagnóstico de alienação mental e o transferissem para o Hospital de Rilhafoles, a 21 de março de 1909, onde foi internado a cargo de Miguel Bombarda. Durante os cerca de 9 meses em que lá permaneceu, foi sempre considerado um doente perigoso, sujeito a uma vigilância apertada, razão pela qual Bombarda não concordou com a sua saída, a 3 de dezembro de 1909, a pedido do pai e por ordem do Ministério da Guerra¹⁶.

O tenente rumou depois a Paris, onde as suas alucinações e delírios se acentuaram, o que acabou por conduzi-lo ao encontro da entidade que o atormentava, «Rilhafoles», sob o efeito de intuições delirantes.

Segundo Rebelo dos Santos, o «Hospital» como que lhe falava e conhecia o seu pensamento, marcando as atitudes de todos os que o rodeavam.

Perante este cenário, o tenente revelou ao Conselho Médico-legal ter chegado à conclusão de que auferia de apenas duas hipóteses para eliminar o seu tormento: ou se matava ou acabava com Rilhafoles.

⁹ Ibidem, folha 55.

¹⁰ De acordo com o Artigo 43º do Código Penal, que diz: “não têm imputação: (...) os loucos que, embora tenham intervalos lúcidos, pratiquem o facto no estado de loucura (...)”. *Código Penal Português*. Nova Publicação Oficial ordenada por Decreto de 16 de setembro de 1886 (Diário do Governo de 20 de setembro do mesmo ano), (1919). 7ª Edição. Livro I: Disposições Gerais. Coimbra: Imprensa da Universidade, p. 17.

¹¹ “Os alienados criminosos serão recolhidos e tratados nas enfermarias anexas às penitenciárias centrais, e nas que igualmente lhes são destinadas no Hospital de Lisboa”. *Coleção Oficial de Legislação Portuguesa – Ano de 1889* (1890). Lisboa: Imprensa Nacional, p. 318.

¹² “Terão o destino designado no artigo 5º da lei de 4 de julho de 1889 os alienados seguintes:

I. Os que tendo praticado factos puníveis com alguma das penas maiores, não forem pronunciados como autores do crime por motivo de loucura; II. Os acusados por crime a que a mesma penalidade corresponda, cujo processo esteja suspenso nos termos do artigo antecedente, e os que forem absolvidos com o fundamento de terem infringido a lei em estado de alienação mental”. *Coleção Oficial de Legislação Portuguesa – Ano de 1896* (1897). Lisboa: Imprensa Nacional, p. 140.

¹³ “Enquanto não existirem as enfermarias anexas às cadeias penitenciárias, a que se refere o artigo 5º da lei de 4 de julho de 1889, ou o hospital a que se refere o nº 1º do artigo 2º da mesma lei, serão remetidos ao hospital de Rilhafoles os alienados a que aludem os artigos 13º 19º, 25º e 27º da presente lei, e ali deverá também ser feita a observação dos condenados em cumprimento da pena, quando não possa efetuar-se convenientemente na respetiva prisão”. Ibidem.

¹⁴ Vd. Ibidem.

¹⁵ *Morgue de Lisboa – Alienação Mental. Livro de Processos do Conselho Médico-legal* (1910). Processo nº 3, p. 176.

¹⁶ Vd. *Morgue de Lisboa – Alienação Mental. Livro de Processos do Conselho Médico-legal* (1910). Processo nº 3, p. 177.

Resolveu então voltar para Lisboa, idealizando uma forma de atingir o «Hospital», não na sua estrutura física, mas através do médico que incorporava a alma de Rilhafoles, Miguel Bombarda (Furtado, 1952).

Por volta das 11 horas da manhã de 3 de outubro de 1910, quando Bombarda se encaminhava para o gabinete da direção do hospital, deparou-se com o Aparício Rebelo dos Santos. Num gesto arrebatado, o tenente sacou de uma pistola e atingiu o médico, entretanto conduzido para o Hospital de S. José, onde veio a submeter-se a uma cirurgia de urgência, mas não sem antes ter ditado aos que o cercavam o termo de admissão urgente do seu assassino em Rilhafoles, proferindo tratar-se de um alienado, pedindo que não lhe fizessem mal¹⁷.

Bombarda acabou por não resistir aos ferimentos profundos e faleceu por volta das 18 horas desse dia.

Entretanto, o tenente foi observado pelo Conselho Médico-legal no Hospital de Rilhafoles, que concluiu tratar-se de um caso de paranoia com sintomas de desconfianças e delírio persecutório, confirmando o diagnóstico já anteriormente traçado por Miguel Bombarda¹⁸.

Pode então ler-se no relatório, datado de 6 de dezembro de 1910, a seguinte conclusão do médico alienista:

- “1.º – (...) Aparício Rebelo dos Santos se acha afetado de paranoia primitiva com delírio de perseguição;
- 2.º – (...) praticou o crime de homicídio na pessoa de Miguel Bombarda, debaixo da ação do seu delírio e é, portanto, irresponsável por ele;
- 3.º – (...) deve continuar internado num manicómio, porque em liberdade pode ser prejudicial para si e para a sociedade”¹⁹.

Após o assassinato de Bombarda, o tenente permaneceu em Rilhafoles até novembro de 1934, data em que foi transferido para a Casa de Saúde do Telhal da Ordem de S. João de Deus, no cumprimento de decisão de transferência de todos os alienados militares para esta instituição e onde veio a falecer em abril de 1943. (Antunes & Costa, 2006).

Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, autor da tentativa de homicídio de António Egas Moniz (1939)

Gabriel Goldegol de Oliveira Santos nasceu em 1911, em Ovar. No ano de 1939 prestava serviços em Coimbra, na Repartição Florestal, como engenheiro silvicultor.

Às 19 horas do dia 14 de março do referido ano de 1939, dirigiu-se a Lisboa, ao consultório de Egas Moniz, de quem era paciente.

Após uma breve troca de palavras, que, segundo a imprensa da época, se relacionou com o facto de Egas Moniz se recusar a aumentar-lhe de dez para vinte e cinco miligramas certo medicamento que lhe havia receitado e de lhe passar um atestado nas condições em que Oliveira Santos pretendia, este disparou oito tiros de pistola.

A ambulância foi chamada e o médico deu entrada no Hospital de S. José. Apesar do estado grave em que se encontrava, Egas Moniz conseguiu sobreviver ao atentado.

No que se refere ao engenheiro silvicultor, foi preso, tendo sido interrogado por Rodolfo Lavrador, diretor adjunto da Polícia de Investigação Criminal. Os dois travaram o seguinte diálogo:

- “– (...) Então agrediu-o [Egas Moniz] apenas por ele não receitar a quantidade de remédio que o senhor queria?
- Não foi essa a única razão. Foi por ele me dizer que já conhecia a minha doença.
- Se ele era médico e o sr. o foi consultar, ele fez o que devia, diagnosticou.
- Mas como sabia ele qual era a minha doença, se, na primeira vez em que o consultei, estive apenas dez minutos com ele e foi-me logo receitada uma dose de remédio inferior àquela que eu necessitava?
- Ele era médico. Se o senhor não se conformava com o diagnóstico e a receita, consultasse outro clínico. O que não se justifica é a sua atitude.
- O professor Egas Moniz era amigo íntimo do meu pai e soube da minha doença, não pelo que eu lhe disse, mas por outras pessoas. E era por isso que ele não me queria curar.
- Nessa altura o sr. Dr. Egas Moniz estava longe de que o senhor o consultaria, não é verdade? (...) Quando sentiu os primeiros sintomas da sua doença?

¹⁷ Vd. Ibidem.

¹⁸ Vd. Ibidem, p. 181.

¹⁹ Ibidem, p. 182.

- Em 1919, quando fui envenenado num hotel de Lisboa, onde estava a passar umas férias. Numa noite, antes de me deitar, comi três sandwiches de carne e bebi depois um copo de água com uns comprimidos que costumava tomar. Momentos depois senti fortes tremores no corpo, e o meu estado era tão grave que tiveram que chamar um médico.
- Quem foi ele?
- O sr. Dr. Sobral Blanco, que, depois de saber os antecedentes da minha doença, me mandou para o Telhal, onde estive 7 dias.
- Quem poderia ter interesse em envenená-lo?
- As pessoas a quem interessa a minha morte.
- Quer o sr. então insinuar que o sr. Dr. Egas Moniz foi cúmplice dessas pessoas?
- Cúmplice não! Mas não quis curar-me, e por isso não me receitava o que eu lhe pedia”.

Através do Diário de Lisboa de 15 de março de 1939, foi possível apurar que, no dia anterior ao ato criminoso, Oliveira Santos tinha estado no Porto para consultar o médico Ernesto Vidal. Quando interrogada sobre a visita do engenheiro silvicultor, a empregada do consultório notou que se tratava de uma pessoa que parecia dominada por um extraordinário nervosismo. Acrescentou ainda que Gabriel de Oliveira Santos não voltou ao consultório no dia seguinte, como era suposto, tendo, em vez disso, rumado a Lisboa e disparado sobre Egas Moniz.

Como o autor do crime revelava indícios de anomalia psíquica, foi encaminhado para o Hospital Miguel Bombarda, onde Sobral Cid e Magalhães Ilharco o observaram e se pronunciaram num relatório, em que concluíram:

“Foi na vigência de um acesso psicótico agudo e em obediência a uma motivação delirante que o arguido praticou o crime que se apresenta com todas as características das violências raciocinadas dos perseguidores Trata-se de um irresponsável perante a lei penal” (Cid & Ilharco in O Século, de 21 de junho de 1939)

Os médicos psiquiatras que examinaram o engenheiro silvicultor encerraram o relatório da seguinte forma:

“Não é permitido ao psiquiatra verberar o ato de um anormal delinquente, mesmo quando é sua vítima. Registe-se o admirável comportamento do professor Bombarda e do professor Egas Moniz, cujo procedimento ante o agressor e em seguida a agressão, supondo-se ferido de morte, tem o cunho do estoicismo. O senhor Francisco Menano lavrou o despacho em que é considerado irresponsável o engenheiro Oliveira Santos, pelo que não será julgado, ordenando que ele seja imediatamente internado num estabelecimento de assistência a alienados. O processo foi arquivado.” (Cid & Ilharco in O Século, de 21 de junho de 1939)

Gabriel de Oliveira Santos foi então transferido da Cadeia do Limoeiro, onde se encontrava preso, para o Hospital Miguel Bombarda no dia 23 de junho de 1939. (O Século, de 21 de junho de 1939)

Conclusões

Após a análise dos casos de Rodrigo de Barros Teixeira dos Reis, Aparício Rebelo dos Santos e Gabriel Goldegol de Oliveira Santos, constata-se que:

- a) Os três indivíduos possuíam formação académica de tipo superior;
- b) Os três indivíduos atentaram contra a vida de médicos muito conceituados da época em Portugal;
- c) Os três relatórios dos exames mentais efetuados fazem referência a delírio persecutório;
- d) Os três indivíduos foram considerados irresponsáveis pelos crimes praticados, em virtude de anomalia psíquica;
- e) Os três indivíduos foram internados num hospital psiquiátrico, curiosamente o mesmo – Hospital de Rilhafol (que passou a denominar-se Hospital Miguel Bombarda em 1910).

Fontes e Bibliografia

A Folha de Coimbra, nº 455 – ano V, de 8 de dezembro de 1905.

Antunes, M. J.; Costa, F. S. (2006). Inimputabilidade em Razão de Alienação Mental: um caso da época. In A. L. Pereira & J. R. Pita (coord.), *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época (101-104)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Código Penal Português. Nova Publicação Oficial ordenada por Decreto de 16 de setembro de 1886 (Diário do Governo de 20 de setembro do mesmo ano), (1919). 7ª Edição. Livro I: Disposições Gerais. Coimbra: Imprensa da Universidade.

Coleção Oficial de Legislação Portuguesa – Ano de 1889 (1890). Lisboa: Imprensa Nacional.

Coleção Oficial de Legislação Portuguesa – Ano de 1896 (1897). Lisboa: Imprensa Nacional,

Diário de Lisboa de 15 de março de 1939.

Morgue de Lisboa – Alienação Mental. Livro de Processos do Conselho Médico-legal (1910). Processo nº 3.

O Século, de 21 de junho de 1939.

Registo de Exames Mentais e Respetivo Parecer do Conselho Médico-legal (1900-1911). Livro 11, Exame nº 12.

Rodrigues, M. A. (dir.) (1992). *Memoria Professorum Universitatis Conimbricensis 1772-1937*. Vol. II. Coimbra: Arquivo da Universidade.

Teria Hitler uma doença mental?

Beatriz Peixoto, Marina Cruz, Margarida Bicho

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

E-mails: beatrix_peixoto@hotmail.com, cmarinaccruz@gmail.com, margaridabicho165@gmail.com

Resumo

Existe muita literatura sobre a mente de Hitler onde são colocadas várias hipóteses de diagnóstico, desde Esquizofrenia a Perturbação da Personalidade Antissocial. Contudo, ao analisar a documentação existente, é possível apurar que, desde a adolescência/início da vida adulta, Hitler apresentou vários episódios depressivos que duravam várias semanas a meses alternando com episódios maníacos evidentes. Sobre a história familiar, apura-se que os pais eram primos, o que aumenta o risco de doença mental. Theodor Morell, o seu médico pessoal, prescreveu-lhe cerca de 28 tipos de tratamentos diferentes. As anfetaminas endovenosas foram administradas diariamente nos seus últimos 4 anos de vida, altura em que a sua mente parece ter começado a deteriorar. Concluindo, parece haver evidência que suporte o diagnóstico de Perturbação Bipolar, no qual o consumo de psicoestimulantes teve um grande impacto no curso da doença.

Palavras-chave: Hitler, doença mental, psicoestimulantes

Abstract

There is a lot of literature on Hitler's mind, where various diagnostic hypotheses are put forward, from Schizophrenia to Antisocial Personality Disorder. However, when analyzing the existing documentation, it is possible to determine that, from adolescence/early adulthood, Hitler presented several depressive episodes that lasted several weeks to months, alternating with evident manic episodes. Regarding family history, it is clear that the parents were cousins, which increases the risk of mental illness. Theodor Morell, his personal doctor, prescribed around 28 different types of treatments. Intravenous amphetamines were administered daily for the last 4 years of his life, at which time his mind appears to have begun to deteriorate. In conclusion, there appears to be evidence to support the diagnosis of Bipolar Disorder, in which the consumption of psychostimulants has had a major impact on the course of the illness.

Keywords: Hitler, mental illness, psychostimulants

Introdução

Adolf Hitler, nascido a 20 de abril de 1889 na Áustria, foi o líder do Partido Nazi que precipitou a Segunda Guerra Mundial e que impulsionou o Holocausto. Trata-se de uma das personagens históricas mais estudadas do século XX. Ao longo de gerações, inúmeros autores dedicaram-se ao estudo da mente do ditador, questionando se Hitler seria louco. Durante este período surgiram diversas opiniões e hipóteses clínicas muito distintas, sendo que alguns autores defendiam que Hitler não padecia de doença mental enquanto que outros defendiam hipóteses de diagnóstico que variavam desde Esquizofrenia a Perturbação da Personalidade Antissocial.

Os diagnósticos psiquiátricos

A hipótese de diagnóstico mais frequente é, sem dúvida, a Perturbação de Personalidade Antissocial. O psiquiatra americano Walter Langer defende que Hitler não padecia de nenhuma doença mental, “*era um psicopata neurótico*” com traços sadísticos e masoquistas. Foram desenvolvidas várias teorias psicanalíticas para explicar a personalidade de Hitler, contudo não foram consideradas neste trabalho devido à baixa evidência científica. (Langer, 1972)

Leonard Heston e Renate Heston reuniram muita informação médica e concluíram que a hipótese mais provável seria uma Perturbação do uso de anfetaminas, com sintomas compatíveis com intoxicação e com, possivelmente, uma Psicose induzida por estas substâncias. (Heston; Heston, 1980)

A explicação psiquiátrica mais razoável e bem documentada foi descrita por Hershman and Lieb no livro “*A brotherhood of tyrants: Manic depression & absolute power*” de 1994. Estes autores sugerem que Hitler se tratava de um indivíduo “*paranóide, megalómano maníaco-depressivo cuja doença o tornou capaz dos crimes mais monstruosos* –

tornando-o desejoso de os cometer”. Por outras palavras, defendem que o líder apresentava uma Psicose maníaco-depressiva, atualmente denominada Perturbação Bipolar. (Hershman; Lieb, 1994)

Frederick Redlich (“Fritz”), psiquiatra psicanalista austríaco judeu, afirma que “*Uma das maiores questões que está por resolver é se uma doença física ou mental poderia contribuir para o entendimento do comportamento de Hitler*”. Numa tentativa de responder a esta questão, escreve o livro “*Hitler: Diagnosis of a Destructive Prophet*”, onde assume que se tratava de um indivíduo com uma Perturbação da Personalidade que caminhou para a sua autodestruição “*Er war ein schlechter mensch*” [Era um Homem mau]. (Redlich, 1999)

Por fim, Nassir Ghaemi, um psiquiatra norte-americano licenciado em História, defende que a literatura contém evidência clara de que o ditador padecia de uma doença mental, mais especificamente uma Perturbação Bipolar. Além disso, afirma que o consumo de anfetaminas terá tido impacto no curso da doença, contribuindo para uma alternância mais rápida entre as fases depressivas e maníacas, com maior declínio psíquico do ditador. (Ghaemi, 2011)

Perturbação Bipolar: os primeiros indícios

No final da adolescência/início da vida adulta, passado na Áustria entre 1904 e 1908, Hitler tinha um amigo próximo, August Kubizek, que publicou um livro intitulado “*The Young Hitler I Knew*”, 10 anos após a morte do líder, onde descreve as suas memórias desta época. A informação contida neste livro foi aprovada pela maioria dos historiadores, constituindo uma fonte de informação fidedigna para o estudo da mente de Hitler.

Kubizek descreve diversos episódios que correspondem a fases depressivas, que duravam várias semanas até meses (nos episódios mais graves), intercaladas com episódios maníacos evidentes. Descreve “*perigosos ataques de depressão, nessas alturas ficava inacessível, sem comunicar e distante... andava de um lado para o outro sem destino e só, durante dias e noites... esse estado durava várias semanas*”. Estes episódios, que correspondem a uma depressão clínica, pareciam ter maior gravidade quando eram desencadeados por eventos de vida adversos, como quando foi recusado (duas vezes) pela Academia de Artes de Viena. Nessa altura “*o seu estado de espírito preocupava-me cada vez mais à medida que os dias passavam. Nunca dera por ele se atormentar tanto. Pelo contrário! Na minha opinião, possuía autoconfiança a mais, não a menos. Mas as coisas pareciam estar a mudar completamente. Chafurdava cada vez mais profundamente em autocrítica*”. Os sintomas maníacos descritos incluíam verborreia, grandiosidade, euforia alternada com irritabilidade, diminuição da necessidade de dormir e aumento da energia e atividade. Kubizek identificava períodos em que Hitler se encontrava mais ativo “*lembro-me dele sempre a andar. Andava horas sem se cansar*”, “*Não me lembro de Adolf estar alguma vez sem algo para fazer ou se sentir cansado uma só hora*”, “*Assim que se concebia uma ideia era como alguém possuído. Nada mais existia para ele – esquecia-se das horas, do sono e da fome*”. Observava que Hitler iniciava muitos projetos, como a escrita de peças, mas nunca os terminava. Apesar disso, apresentava uma “*criatividade extática... quando uma tarefa autoimposta o absorvia por completo e o forçava a uma atividade incessante. Indiferente ao que o rodeava, nunca se cansava, nunca dormia. Nada comia, mal bebia...*”. O humor irritável e instável também estava presente “*Adolf era extremamente violento e tenso. Coisas muito triviais, como umas quantas palavras não-pensadas, podiam arrancar-lhe explosões de mau génio, que eu julgava bastante desproporcionais em relação à relevância do assunto*”. (Heston, Heston, 1980)

Este período de tempo passado em Viena é de extrema importância para a análise da história médica de Hitler, uma vez que muitos grupos de perturbações psiquiátricas, como as Perturbações da Personalidade, dão indícios no início da idade adulta e nesta fase não estão descritas alterações do comportamento que fossem compatíveis com esses diagnósticos.

Relativamente à história familiar, vários familiares paternos de Hitler tinham doença mental (eram considerados “loucos”) e os pais de Hitler eram primos, o que aumenta o risco de doença mental no ditador.

A Cegueira Histórica

A 14 de outubro de 1918 Hitler, que se encontrava em serviço militar como soldado na Primeira Guerra Mundial, sobreviveu a um ataque com gás mostarda na Bélgica perto de Ypern. Foi transferido para um hospital militar em Pasewalk e, por apresentar alterações da visão sem aparentes lesões físicas, foi observado pelo Dr. Edmund Forster, um psiquiatra clínico. Este episódio terá sido interpretado como uma cegueira histérica, tendo sido submetido a sessões de hipnose que resultaram em sucesso terapêutico, tendo alta 1 semana depois com recuperação total da visão. Os registos deste tratamento psiquiátrico perderam-se e especula-se que todas as pessoas envolvidas tenham sido aniquiladas. Contudo, os historiadores pedem uma aceitação das limitações da investigação histórica deste

episódio, uma vez que os documentos médicos se encontram perdidos. Além disso, esta ocorrência em Pasewalk não parece ter grande impacto na compreensão da personalidade de Hitler. (Armbruster; Theiss-Abendroth, 2015)

Os Tratamentos

Theodore Morell (1886-1948), um médico alemão conhecido pelos seus tratamentos pouco convencionais, foi o médico pessoal do ditador até aos seus últimos dias de vida. Em 1937, após tratar das queixas gástricas e rash cutâneo em menos de 1 ano, ganhou a sua confiança e passou a integrar o círculo mais íntimo do líder nazi. Morell era um entusiasta da polifarmácia e tinha muito sucesso com as suas injeções de 20% de glicose, que, apesar da sua fama, não eram nada mais do que um placebo.

Após ser capturado pelas forças americanas, Morell entregou ao seu interrogador uma lista com mais de 28 tratamentos diferentes administrados a Hitler, desde tratamentos inócuos com complexos de vitaminas, enzimas e metabolitos a tratamentos bizarros com hormonas e extratos de órgãos (*Orchicrin* – “combinação de hormonas masculinas”, *Prostakrinum* – “extrato de vesículas seminais e próstata”, *Cortrion* – “esteróide derivado das glândulas adrenais”).

A partir de 1938, numa tentativa de tratar as dores abdominais, Morell administrou injeções endovenosas de Eukodal® (oxicodona), um opioide derivado da morfina sintetizado em 1916 na Alemanha. (Heston, Heston, 1980)

Para tratar a insónia crónica, utilizou barbitúricos como o Brom-Nervacit®, um tranquilizante que ajudava a regular o ciclo de sono e a combater os efeitos estimulantes das anfetaminas. (Heston, Heston, 1980)

Para tratar os sintomas depressivos, Morell muniu-se da única substância que pensava ser útil, Pervitin® (metanfetamina), a droga fabricada em 1937 na Alemanha que foi distribuída pelos nazis às suas forças armadas. Heston acredita que a administração de anfetaminas começou por volta dessa altura, justificando-se com base nas primeiras alterações de comportamento do ditador, que começou a demonstrar grande desconfiança em relação aos seus companheiros. Contudo, as provas mais definitivas da ingestão de anfetaminas datam no final de 1941, após a derrota dos alemães, altura em que Hitler se encontrava num episódio depressivo. Linge, o seu criado pessoal, afirmou que no final de 1941 ou início de 1942 Hitler recebia uma injeção endovenosa todas as manhãs antes de sair da cama. Apesar de Morell afirmar que se tratava de um complexo de vitaminas chamado *Vitamultin-Ca*, a verdade é que os efeitos eram demasiado evidentes para se tratar apenas de uma combinação de vitaminas. Linge explicou que os efeitos eram instantaneamente visíveis, não após alguns minutos, mas quando a agulha ainda estava inserida no braço de Hitler. Era possível observar uma mudança no estado do líder, ele sentia-se “fresco”, alerta, ativo e imediatamente pronto para o dia. O propósito das injeções era obviamente dar-lhe energia. A meados de 1943, Hitler começa a receber várias injeções por dia. (Heston, Heston, 1980)

Além das injeções, Linge verificou que Hitler tomava diariamente cerca de cinco tabletes embrulhados em papel de ouro. Existe uma grande probabilidade destas tabletes de vitaminas terem anfetaminas na sua composição, tal como as injeções. A preparação era feita especialmente para Hitler e vinham embrulhados em papel de ouro para distinguir das restantes medicações. Hitler tomou no máximo 10 tabletes por dia, mas a dose usual eram 4 a 5 tabletes diários. Nos seus últimos anos de vida, o ditador tomava cerca de 1 a 2 tabletes durante as conferências militares. Os outros médicos de Hitler suspeitavam de Morell, então, em 1943, o Dr. Ernest-Gunter Schenk realizou uma análise química a este multivitaminico, cujo o relatório confirmava a presença de vitaminas, mas também de Pervitin® e cafeína. (Heston, Heston, 1980)

O declínio

No final de 1942, ocorre uma nova alteração no comportamento de Hitler, pautada por marcada instabilidade emocional descrita como aparecimento de mudanças bruscas de humor. Entre janeiro e março de 1943, após a derrota dos alemães em Stalingrad, Hitler fica deprimido. Nessa altura tornou-se menos ativo e isolou-se no quarto, sintomas compatíveis com um estado depressivo. Morell anunciou publicamente que o ditador sofria de Psicose maníaco-depressiva, aconselhando 3 meses de repouso e iniciando um tratamento para a depressão. Nesta altura, iniciam-se as injeções diárias com anfetaminas e começam a ser evidentes as alterações no comportamento do líder com irritabilidade fácil, desconfiança, agitação, instabilidade emocional e dificuldade na tomada de decisões.

Em 1943, começou a receber múltiplas injeções diárias suplementadas com cerca de 5 tabletes de metanfetaminas. Nesta altura, os episódios depressivos eram breves e alteravam rapidamente com episódios maníacos, também de curta duração. O líder tinha períodos em que apresentava falta de interesse e motivação, ficava lacrimoso e verbalizava o desejo de morrer (pelas descrições, via a morte como uma solução para o seu sofrimento psíquico). Noutros períodos

tinha explosões de raiva e gritava durante horas com os seus generais. Durante este período, precipitou-se um declínio acentuado da sua funcionalidade pautado por mudanças físicas e psíquicas, sendo visíveis alterações no seu comportamento e poder de decisão. (Heston, Heston, 1980)

Estas mudanças eram tão evidentes que houve uma suspeita de neurosífilis por parte de Heinrich Himmler, o vice mais próximo de Hitler, contudo esta hipótese foi excluída por sucessivos testes negativos à sífilis. Até mesmo em maio de 1938, o rei italiano Vittorio Emanuele II, depois de se ter encontrado com Hitler, se perguntou se este estaria a ser injetado com anfetaminas ou narcóticos.

A 30 de abril de 1945, Hitler morre por suicídio com arma de fogo no seu “bunker” em Berlim, aos 56 anos de idade, pondo fim ao seu regime.

Diagnóstico final

A hipótese de diagnóstico mais provável é a Perturbação Bipolar, uma vez que estão descritos episódios compatíveis com fases depressivas alternadas com fases maníacas, possivelmente com início no final da adolescência ou início da vida adulta. (Ghaemi, 2011)

O consumo de anfetaminas durante vários anos, no final já com doses elevadas, teve um grande impacto no comportamento do ditador. Estas substâncias psicoativas alteram o estado de consciência, interferindo no discernimento e na tomada de decisão. Muitas vezes podem induzir quadros psicóticos com alterações da percepção e ideação delirante. Existem autores que defendem que o maior problema de Hitler foi causado pela toxicidade das anfetaminas, que pode, por si só, ter aumentado a paranoia e alterado a capacidade de julgamento, particularmente na presença de uma doença mental.

É claro que é difícil confirmar com precisão o estado de saúde de Hitler, pois muitos dos registos médicos da época são limitados ou não confiáveis e as informações disponíveis são frequentemente baseadas em relatos de terceiros, que podem ser imprecisos ou tendenciosos. Além disso, as circunstâncias de sua morte e a subsequente destruição dos seus registos médicos pelo pessoal do bunker dificultam ainda mais a determinação precisa de qualquer condição médica que o ditador possa ter tido. Também sabemos que uma avaliação psiquiátrica requer não só uma história detalhada, mas também uma avaliação médica física e mental, análises laboratoriais e, por vezes, exames imagiológicos do sistema nervoso central. Contudo, negar a existência de episódios depressivos e maníacos de Hitler significaria ignorar documentação histórica fiável e menosprezar a base de conhecimento da Psiquiatria.

Importante frisar que esta hipótese diagnóstica não vem desculpar o antissemitismo de Hitler, mas pode explicar as mudanças violentas de humor, a paranoia e o seu declínio mental final.

Considerações finais

Apesar da literatura acerca da mente de Hitler ser controversa, de haver poucos registos médicos e de existirem limitações na atribuição de diagnósticos sem avaliação presencial do doente, parece haver evidência que suporte o diagnóstico de Perturbação Bipolar. A combinação desta doença com o consumo de múltiplas substâncias psicoativas, especialmente as anfetaminas endovenosas, parece ter tido um grande impacto no curso da doença de Hitler, possivelmente com prejuízo das suas capacidades de liderança, contribuindo dessa forma para o seu declínio político.

Referências:

1. Langer, W. C. (1972). *The Mind of Adolf Hitler*. New York: Basic Books.
2. Heston, L. L., & Heston, R. (1980). *The medical casebook of Adolf Hitler*. New York: Stein and Day.
3. Hershman D. J., & Lieb J. (1994). *A brotherhood of tyrants: Manic depression & absolute power*. Amherst, NY: Prometheus Books.
4. Redlich, F. (1999). *Hitler: Diagnosis of a Destructive Prophet*. New York: Oxford University Press.
5. Ghaemi, N. (2011). *A Mente Louca dos Grandes Líderes* (1ª edição). Penguin Press.
6. Armbruster J, & Theiss-Abendroth P. (2016) *Deconstructing the myth of Pasewalk: Why Adolf Hitler's psychiatric treatment at the end of World War I bears no relevance*. Arch Clin Psychiatry. 43(3), 56-59,

Os resquícios psiquiátricos da guerra colonial portuguesa

Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Joana Alexandra Garrido Ramos

Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira, EPE

E-mail: barbarasofia_11@hotmail.com; joana.ramos@chcbeira.min-saude.pt

Resumo

A Guerra Colonial Portuguesa foi um conflito que durou 13 anos, mais do dobro da segunda guerra mundial, e colocou em confronto os militares portugueses e os movimentos nacionalistas emergentes nas colónias africanas portuguesas. Este período, inserido num contexto sociopolítico empenhado em manter a posse e controlo e pautado pela imprevisibilidade de futuro, deixou não só efeitos psicológicos diretos nefastos, mas que se refletiram ao nível do funcionamento interpessoal destes combatentes. No entanto, só décadas mais tarde foram reconhecidas as suas consequências ao nível da saúde mental.

Palavras-chave: guerra colonial, saúde mental, stress pós-traumático

Abstract

The Portuguese Colonial War was a conflict that lasted 13 years, more than twice as long as the second world war and pitted the Portuguese military against the emerging nationalist movements in Portuguese African colonies. This period, inserted in a sociopolitical context committed to maintaining possession and control and guided by the unpredictability of the future, left not only harmful direct psychological effects, but which were reflected in the interpersonal functioning of these combatants. However, it was only decades later that its consequences on mental health were recognized.

Keywords: colonial war, mental health, post-traumatic stress

Introdução

A Guerra Colonial Portuguesa ou Guerra do Ultramar, foi um período de intensos confrontos entre as Forças Armadas Portuguesas e os movimentos de independência nas províncias do então Ultramar Português, como Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique, entre 1961 e 1974. Este conflito, envolvendo aproximadamente um milhão de homens portugueses, deixou um rastro de destruição e sofrimento, com milhares de feridos e mortos. As marcas desse confronto persistem na sociedade portuguesa, com um legado de trauma psicológico que continua a afetar muitos dos ex-combatentes até os dias atuais. O impacto dessa guerra transcendeu as fronteiras temporais e geográficas, moldando não apenas as vidas daqueles diretamente envolvidos, mas também influenciando a cultura, a política e a consciência coletiva de Portugal. Assim, os autores visam explorar a psicopatologia experienciada pelos combatentes e, desta forma, perspetivar possíveis mecanismos de atuação com o propósito de transformar experiências sofridas em estratégias de resiliência individual.

A Profunda Cicatriz da Guerra Colonial Portuguesa: Desafios e Necessidades Ignoradas

A história da Guerra Colonial Portuguesa é um testemunho da luta pela liberdade e independência, marcada por tragédias humanas e pela procura incessante por justiça e igualdade. Também conhecida como Guerra da Libertação ou Guerra da Independência, representa um período histórico de intensos confrontos entre as Forças Armadas Portuguesas e os movimentos independentistas em Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau e Moçambique, ocorrido entre 1961 e 1974 (Fairbank, 2015).

Este conflito não só marcou uma luta pela autodeterminação e pelo fim do domínio colonial, mas também deixou um legado profundo nas províncias do então Ultramar Português. As consequências desse período estendem-se até os dias atuais, influenciando não apenas a política e a cultura, mas também moldando as relações entre Portugal e seus ex-territórios coloniais. O termo “Guerra do Ultramar” começou a ser oficialmente utilizado por figuras proeminentes do regime português da época, sendo ainda adotado por antigos combatentes e associações de veteranos. No entanto, em Portugal, a guerra era vulgarmente referida como “Guerra de África” (Albuquerque, Lopes 1997).

Um contingente massivo de aproximadamente um milhão de homens partiu de Portugal com o propósito de combater nas colónias. Esses homens foram enviados para participar em operações militares que, em média, duravam 24 meses; no entanto, os horrores do combate deixaram um custo humano muito mais significativo. Dos combatentes enviados para o campo de batalha, cerca de 40.000 retornaram com ferimentos físicos, muitos dos quais graves e incapacitantes, e aproximadamente 10.000 perderam as suas vidas no conflito, deixando famílias despedaçadas e comunidades enlutadas. No entanto, o impacto da guerra não se limitou apenas às lesões físicas e às mortes. Uma proporção considerável dos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa, estimada em 10,9%, desenvolveu uma Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) como resultado das experiências traumáticas vivenciadas durante o conflito. Esses homens enfrentaram não apenas os horrores da batalha, mas também o isolamento, a incerteza e o medo constante durante seu tempo nas colónias africanas. Estes números destacam não apenas o sacrifício pessoal dos combatentes, mas também a necessidade de reconhecer e abordar os impactos psicológicos a longo prazo da guerra (Silva, 2013; Dias 2014).

Infelizmente, e apesar da magnitude destes desafios, a atenção à saúde mental dos ex-combatentes portugueses permaneceu largamente negligenciada por décadas após o fim do conflito.

A Necessidade Ignorada: Saúde Mental dos Veteranos Portugueses

A negligência em relação à saúde mental dos ex-combatentes portugueses é uma mancha na história do país. Embora a guerra tenha acabado, as cicatrizes emocionais permaneceram, muitas vezes invisíveis, mas profundamente enraizadas na psique dos veteranos e das suas famílias.

Ao longo das décadas, a narrativa predominante sobre os veteranos da Guerra Colonial tem sido largamente centrada nas narrativas glorificadas de bravura e sacrifício, enquanto os desafios psicológicos e emocionais enfrentados por muitos foram em grande parte ignorados ou minimizados. Esta omissão não só perpetua o estigma em torno da saúde mental, mas também priva os veteranos do apoio e dos recursos necessários para se recuperarem e reconstruírem suas vidas.

Enquanto as cicatrizes físicas são visíveis e muitas vezes celebradas como símbolos de bravura e serviço, as feridas invisíveis da guerra são frequentemente negligenciadas. A PSPT é apenas uma das muitas formas pelas quais o trauma da guerra se manifesta. Outros problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e perturbação de ajustamento, são igualmente prevalentes entre os veteranos, mas muitas vezes passam despercebidos ou são mal compreendidos.

Raízes históricas: reflexões sobre o impacto emocional da guerra nas narrativas antigas

As narrativas da Grécia Antiga oferecem um vislumbre poderoso das realidades emocionais e psicológicas enfrentadas pelos combatentes em tempos de guerra. Desde os épicos de Homero até aos dramas trágicos de Eurípedes, os textos antigos retratam vividamente os horrores dos campos de batalha e as consequências psicológicas do conflito.

A “*Ilíada*” de Homero, um dos épicos mais célebres da literatura grega, é um exemplo marcante dessa representação. Nesta obra, Homero não se limita a narrar os feitos heroicos dos guerreiros, mas também mergulha profundamente nas complexidades emocionais que permeiam o cenário de guerra. Os medos, angústias e traumas emocionais dos personagens são explorados de forma visceral, mostrando que o sofrimento psicológico é uma parte intrínseca da experiência de combate. Os guerreiros não lutam apenas contra inimigos externos, mas também travam batalhas internas contra seus próprios demônios, refletindo a intensidade do impacto emocional da guerra.

Da mesma forma, os dramas trágicos gregos, como “*As Troianas*” de Eurípedes, lançam luz sobre os efeitos devastadores da guerra nas vítimas e nos sobreviventes. Eurípedes retrata o cenário pós-bélico com uma crueza impressionante, destacando a dor, o luto e o desespero que permeiam a vida daqueles que foram afetados pelo conflito. As mulheres de Tróia, em meio à devastação e à perda, expressam emoções profundas de tristeza e desamparo, revelando as cicatrizes emocionais que a guerra deixou em suas vidas.

Essas histórias antigas servem como um lembrete poderoso de que as expressões de stress e trauma associadas à guerra não são um fenómeno recente, mas sim uma parte intrínseca da condição humana ao longo da história. Desde os tempos antigos até os dias atuais, os combates de guerra têm deixado uma marca indelével não apenas nos corpos, mas também nas mentes daqueles que participam deles.

Ao refletirmos sobre o impacto da Guerra Colonial Portuguesa e os seus efeitos duradouros na saúde mental dos veteranos, é importante reconhecer que essas experiências são parte de um legado histórico mais amplo de trauma e sofrimento humano em tempos de conflito. Assim como os heróis e heroínas da Grécia Antiga enfrentaram os

desafios emocionais da guerra, os veteranos portugueses também carregam consigo as marcas psicológicas do seu tempo no campo de batalha (Hipólito, 2017).

O trauma de guerra transcende as fronteiras do tempo e do espaço, conectando as experiências dos antigos combatentes aos desafios enfrentados pelos veteranos modernos. É uma realidade universal que atravessa as eras, lembrando-nos da natureza intrinsecamente humana do sofrimento e da resiliência. Ao reconhecer e honrar esse legado histórico, podemos oferecer um maior apoio e compreensão aos veteranos que lutam não apenas contra os inimigos do passado, mas também contra as sombras do trauma que ainda os assombram hoje.

Avanços na compreensão do trauma de guerra e da sua influência nas políticas de apoio aos veteranos portugueses

Apesar deste conhecimento, apenas nos anos 70 é que começaram a surgir as primeiras publicações sobre o impacto psicológico da guerra nos militares portugueses. Prévias publicações de análise clínica já lançavam luz sobre os efeitos devastadores da guerra na saúde mental dos combatentes. Obras como “Inválidos de guerra. VII. Inválidos Psychicos”, de A. Aurélio da Costa Ferreira (1917), e “Os médicos e o serviço militar”, de António de Azevedo (1917), já identificavam quadros clínicos desencadeados nas frentes de guerra, incluindo patologias resultantes de explosivos que não deixavam traumas externos visíveis, mas que produziam alterações nervosas e emocionais profundas.

Um marco significativo ocorreu em 1917 com a publicação de “A Neurologia na Guerra”, de Egas Moniz, que se tornou o primeiro grande trabalho publicado em Portugal sobre o tema. Esta obra pioneira lançou as bases para o estudo do que hoje conhecemos como stress pós-traumático, fornecendo uma compreensão inicial das complexidades da psicopatologia relacionada à experiência de combate.

No entanto, mesmo com estes primeiros passos na compreensão do trauma psicológico dos veteranos, a sombra da guerra continuou a pairar sobre a sociedade portuguesa durante grande parte da segunda metade do século XX (Albuquerque, 1992).

No contexto mais contemporâneo, em 1985, o serviço de Psiquiatria Comportamental do Hospital Júlio de Matos em Lisboa estabeleceu a primeira consulta de Stress de Guerra em Portugal. Esta iniciativa representou um avanço significativo na prestação de cuidados de saúde mental específicos para veteranos de guerra, reconhecendo a necessidade de intervenções especializadas para lidar com os efeitos traumáticos do combate. Foi somente em 1992 publicado o primeiro artigo científico específico sobre o stress de guerra em Portugal, na Revista de Psicologia Militar (Albuquerque, 1992). Este marco representou um reconhecimento significativo do impacto duradouro que a Guerra Colonial teve sobre a saúde mental dos veteranos, direcionando a atenção para a necessidade de intervenções e apoio especializados (Ferreira, 2017).

Ainda na década de 90, outras instituições de saúde mental seguiram o exemplo, com o Hospital Magalhães de Lemos no Porto e o Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra a iniciar grupos terapêuticos de Psicodrama voltados para ex-combatentes. Estes programas terapêuticos ofereciam um espaço seguro para os veteranos compartilharem as suas experiências, expressarem emoções reprimidas e trabalharem a resolução de traumas passados, representando uma abordagem inovadora na promoção da saúde mental pós-guerra em Portugal (Pinto-Gouveia, 2015).

Estes marcos históricos demonstram um crescente reconhecimento da importância de abordagens holísticas e especializadas na promoção do bem-estar psicológico dos veteranos de guerra; a partir deste ponto, lentamente, começaram a ser materializados avanços na atenção à saúde global dos ex-combatentes. A criação da Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA), em 14 de maio de 1974, foi um dos marcos mais importantes nesse processo. Esta associação desempenhou um papel crucial na defesa dos direitos e na prestação de apoio prático e emocional aos veteranos, ajudando a aumentar a conscientização sobre as questões de saúde mental enfrentadas por eles (Pires, 2006). Outro avanço significativo foi o Decreto-Lei nº 46/99 que reconheceu a perturbação psicológica crónica resultante da exposição a fatores traumáticos de stress durante o serviço militar como uma patologia justificativa para o acesso ao estatuto de Deficiente das Forças Armadas (DFA). Esta legislação representou um passo importante na garantia de que os veteranos recebessem o apoio e os recursos necessários para lidar com os efeitos duradouros do trauma de guerra.

O quadro atual da saúde mental dos veteranos portugueses: evidências

Embora atualmente já exista um reconhecimento dos desafios enfrentados pelos veteranos portugueses, a pesquisa ainda não conseguiu acompanhar plenamente as necessidades destes indivíduos. Os estudos existentes nesta área

revelam um quadro preocupante pois, quando comparados com a população em geral, estes apresentam altas taxas de perturbação do stress pós-traumático (PSPT), depressão e ansiedade. Além disso, há uma prevalência maior de perturbações somáticas, levando a uma maior utilização dos serviços de saúde (Começanha, 2011). As queixas somáticas mais comuns entre os veteranos incluem: fadiga persistente, distúrbios do sono, dor crónica, disfunção sexual, alterações gastrointestinais, vertigens, cefaleias e tosse. Estes sintomas não apenas impactam a qualidade de vida dos indivíduos, mas também representam desafios significativos para os profissionais de saúde que procuram fornecer tratamento e suporte adequados (Maia, 2011; Castro-Vale 2019).

Outro aspeto considerado ao estudar o trauma psicológico nos veteranos é a perversão de valores pela natureza violenta da guerra. Os soldados ao serem confrontados com vários desafios morais e éticos na guerra, podem causar danos morais, criando dissonância e conflito pessoal, pois viola suposições e crenças sobre o certo e o errado e a bondade pessoal dos combatentes, levando a uma discrepância na personalidade pré e pós-guerra (Wieser 2017).

Os impactos das perturbações mentais não se relacionam apenas ao indivíduo, mas também nas relações familiares destes veteranos, sendo estas significativas e multifacetadas. A sintomatologia associada ao PSPT, como hipervigilância, evitação de situações relacionadas ao trauma, irritabilidade e flashbacks, não afeta apenas negativamente as interações interpessoais, mas também influencia as dinâmicas familiares, conjugais e parentais. Estudos demonstram que pode levar a um aumento de conflitos, comunicação inadequada e falta de apoio emocional dentro da família, com o veterano a tornar-se distante, retraído ou até mesmo agressivo, o que cria um ambiente familiar tenso e disfuncional. Além disso, as preocupações constantes com segurança e a necessidade de evitar gatilhos relacionados ao trauma podem limitar as atividades familiares e sociais, contribuindo para o isolamento do veterano e da família como um todo (Dias, 2014; Ferrajão, 2016). Conjuges e filhos podem experimentar stress secundário, sentimentos de culpa, ansiedade e depressão devido às dificuldades enfrentadas pelo veterano. Portanto, intervenções que visam melhorar a comunicação, promover o apoio mútuo e fornecer educação sobre o a PSPT são essenciais para fortalecer as relações familiares e mitigar os efeitos adversos do trauma de guerra.

Por outro lado, o sistema familiar também desempenha um papel importante na moderação do impacto da psicopatologia. Famílias que demonstram maior coesão, comunicação aberta e suporte mútuo tendem a lidar melhor com os desafios do PTSD. A compreensão e a empatia dos membros da família podem ajudar o veterano a se sentir mais seguro e apoiado, promovendo um ambiente de cura e resiliência (Ferrajão, 2016).

Conclusão

Dada a quantidade significativa de veteranos de guerra portugueses afetados por perturbações emocionais, e considerando os conflitos bélicos atuais, é vital desenvolver programas de intervenção eficazes para estes indivíduos e as suas famílias e, apesar dos progressos, ainda há muito a ser feito para enfrentar os desafios de saúde mental enfrentados pelos ex-combatentes portugueses.

A consciencialização pública contínua, o acesso a serviços de saúde mental de qualidade e o apoio contínuo das instituições governamentais e organizações de veteranos são essenciais para garantir que aqueles que sacrificaram tanto pelo seu país recebam o cuidado e a assistência que merecem.

Referências

- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). *Distúrbio Pós-Traumático do Stress em Ex-combatentes da Guerra Colonial (PTSD in Colonial War veterans)*. Revista de Psicologia Militar, Special Number, 399-407.
- Albuquerque, A., Lopes, F. (1997). *Stress de Guerra: A ferida encoberta*. Hospital Júlio de Matos, 1, 47-46.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PPST): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 6, 309-20.
- Castro-Vale, I., Severo, M., Carvalho, D., & Mota-Cardoso, R. (2019). Intergenerational transmission of war-related trauma assessed 40 years after exposure. *Annals of General Psychiatry*, 18(14).
- Começanha, R., & Maia, Â. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em excombatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4(2), 123-31.
- Decreto-Lei nº 46/99 de 16 de junho. *Diário da República*, 1ª Série-A, nº 53. Ministério da Administração Interna.
- Dias, A., Sales, L., Cardoso, R., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 15-23.
- Fairbank, J. A., & Fairbank, D. N. (2015). Families at risk: comment on Ditzwiler, Bibranssen, Ader and Van der Ploeg. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 230-232.

- Ferrajão, P. C. (2017). Pathways between combat stress and physical health among portuguese war veterans. *Mental Health Perspectives*, 27(11), 1640-1651.
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). Portuguese War Veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD. *Qualitative Health Research*, 26(2), 204-214.
- Ferrajão, P., & Oliveira, R. A. (2016). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 1-8.
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A., & Anunciação, C. (2017). A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista Psicologia*, 31(2), 313-319.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and posttraumatic stress as predictor of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, Coping: An International Journal*, 24(3), 309-325.
- Pereira, M. G., Pereira, D., & Pedras, S. (2019). PTSD, psychological morbidity and marital dissatisfaction in colonial war veterans. *Journal Mental Health*, 1-8.
- Pedras, S., & Pereira, M. G. (2010). *Papel da adaptabilidade familiar na adopção de comportamentos de saúde em filhos de veteranos de guerra com sintomatologia traumática*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho, 1373-87.
- Pereira, M., & Pedras, S. (2011). Vitimização Secundária nos Filhos Adultos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 702-709.
- Pereira, M., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Cunha, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pereira, M. G., & Pedras, S. (2007). *Características Sócio Demográficas e de PTSD do Veterano de Guerra: implicações para a intervenção*. Paper session presented at the 2º Simpósio Internacional Perturbação Pós Stress Traumático, Portalegre.
- Pinto, C., & Esteves, F. (2009). Avaliação de estímulos emocionais em Ex-Combatentes de Guerra com e sem PTSD. *Psychologica*, 51, 209-226.
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, T., Cunha, M., Duarte, J., & Walser, R. D. (2015). Psychometric properties of the Portuguese version of the Acceptance and Action Questionnaire– Trauma Specific (AAQ-TS): A study with Portuguese Colonial War Veterans. *Journal of Affective Disorders*, 185, 81-89.
- Pires, C., et al. (2006). Ex-combatentes e Familiares: alguns dados preliminares sobre o possível impacto do estado emocional dos ex-combatentes em esposas e filhos. In P. Costa, C. Lopes Pires, J. Veloso & C.T. Pires (Eds.), *Stresse Pós-Traumático: Modelos, Abordagens e Práticas* (pp. 134-146). Lisbon: Editorial Diferença e ADFA.
- Silva, J. (2013). A Guerra Colonial Portuguesa: Impactos e Consequências. *Revista de Estudos Históricos*, 10(2), 150-165.
- Wieser, D., & Moreira, L. (2017). O passado por dentro do presente: Guerra Colonial portuguesa e as reescritas da memória cultural. *Configurações*, 19, 89-103.

Viajes y redes profesionales en la psiquiatría del franquismo: Cabaleiro Goás e hispanoamérica (1962-1973)

David Simón-Lorda

Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España.
E-mail: dsimlor@gmail.com

Resumo

Este artículo trata de explorar algunos de los viajes y de las redes profesionales y científicas de los psiquiatras en la España de la dictadura de Franco, centrándonos en la figura del psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás (1918-1977) y sus viajes a Hispanoamérica entre 1962-1973. También mantuvo relaciones científicas con la psiquiatría de Portugal. Se describen los desplazamientos a instituciones académicas y psiquiátricas de Argentina, Paraguay, Brasil... y que estrecharon sus vínculos y su proyección internacional, impartiendo cursos y conferencias (fundamentalmente sobre temas de psicopatología) y asistiendo a otros eventos científicos. Hay que destacar su contacto y relación con psiquiatras como Leme Lopes, Pichon-Rivière, Guillermo Vidal (fundador de la revista "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina"), y también con el psiquiatra Emilio Mira (en Brasil) y otros médicos republicanos exiliados a raíz de la Guerra Civil. Tuvo importante apoyo del Instituto de Cultura Hispánica, organismo gubernamental franquista destinado a fomentar las relaciones entre los pueblos hispanoamericanos y España.

Palabras-chave: Cabaleiro Goás, redes profesionales, Hispanoamérica, viajes, historia de la psiquiatría

Abstract

This article tries to explore some of the travels and professional and scientific networks of psychiatrists in Spain during the Franco dictatorship, focusing on the figure of the psychiatrist Manuel Cabaleiro Goás (1918-1977) and his trips to Latin America between 1962-1973. He also maintained scientific relations with psychiatry in Portugal. The trips to academic and psychiatric institutions in Argentina, Paraguay, Brazil... are described and that strengthened their ties and their international projection, giving courses and conferences (mainly on psychopathology topics) and attending other scientific events. It is very remarkable his contact and relationship with psychiatrists such as Leme Lopes, Pichon-Rivière, Guillermo Vidal (founder of the scientific journal "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina"), and with the psychiatrist Emilio Mira (in Brazil) and other republican doctors exiled after Spanish Civil War. He had important support from the Institute of Hispanic Culture, a Franco government agency designed to promote relations between the Hispanoamerican population and Spain.

Keywords: Cabaleiro Goás, professional networks, Latin America, travel, history of psychiatry

Introducción

Los profesionales de la psiquiatría española ya desde mediados-finales del siglo XIX fueron estrechando las relaciones internacionales y las redes científicas y profesionales de su época a través de viajes, congresos y otros eventos científicos (Novella, 2016). Este artículo trata de explorar algunos de los viajes y de las redes profesionales y científicas establecidas por psiquiatras en el período de la España de la dictadura de Franco (1939-1975).

Hacia finales de los años el aparato gubernamental de la dictadura franquista fue consiguiendo una integración progresiva en diversos organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que le fue legitimando ante la opinión internacional. Fue el período del denominado "desarrollismo" o Tardofranquismo (1959-1975). Desde la Dirección General de Sanidad del gobierno franquista se mantuvieron contactos frecuentes con la OMS tratando de seguir las directrices que relacionadas con la salud mental ésta fue indicando mediante informes de inspección, encuentros y conferencias técnicas en Europa, a las cuales asistieron profesionales de la psiquiatría española de la época y se facilitó la difusión de los discursos y prácticas psiquiátricas (Simón, 2021).

En este período de un cierto aperturismo de la dictadura franquista en donde se producen algunos periplos y viajes profesionales de psiquiatras españoles a Hispanoamérica y Europa.

En este trabajo nos vamos a centrar en los viajes que realizó a Hispanoamérica entre 1962-1973 una figura concreta de la psiquiatría española de la época. Nos referimos al psiquiatra español Manuel Cabaleiro Goás, quien

desarrolló toda su vida profesional y académica en Ourense, ciudad y provincia de la región/autonomía de Galicia (zona situada al noroeste de España y que hace frontera con casi todo el norte de Portugal) (Simón, 2005). Apuntaremos también algunos datos sobre su relación con la psiquiatría portuguesa.

1. La psiquiatría en Galicia durante el franquismo: algunas figuras destacadas

Durante el período de la dictadura, los nombres que destacan en el panorama de la psiquiatría en Galicia van a ser fundamentalmente José Pérez López Villamil y Manuel Cabaleiro Goás.

Algunos breves datos sobre algunos de los referentes del período (Simón, 2005, 2017, 2023):

- José Pérez López-Villamil [Figueres (Asturias), 1904 – Vigo (Pontevedra), 1996]. Médico, psiquiatra y catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina en Santiago hasta su jubilación en 1970. Funda en Vigo en 1939 el Sanatorio psiquiátrico San José. Publica en 1941 el “Manual de Psiquiatría” (1941). En su Sanatorio San José de Vigo se formarán varios de los médicos psiquiatras que marcarán tendencia en la psiquiatría gallega de la posguerra (Cabaleiro Goás, Nicandro Pérez, Usero Tiscar, Vidal Verdes...).
- Manuel Cabaleiro Goás (A Coruña, 1918 – Santiago de Compostela (A Coruña), 1977). Termina en Santiago de Compostela la carrera de Medicina interrumpida por la Guerra Civil – en donde combate en el bando franquista-. En 1943, Cabaleiro abre un pequeño sanatorio privado (Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro) en Ourense. En esta ciudad permanece indefinidamente y consolida su prestigio dentro y fuera de Galicia. Casi hasta el final de su vida mantiene el vínculo con la Universidad de Santiago, aunque fracasa en su intento de acceder a la cátedra de Psiquiatría de Santiago, pese al claro apoyo de su maestro Villamil. Entre 1943 y 1959 va desempeñando diferentes puestos en la asistencia psiquiátrica ambulatoria pública de Ourense: neuropsiquiatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad, jefe de la sección de Psiquiatría e Higiene Mental del Instituto Provincial de Sanidad.
- Desde la apertura del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) en 1959 hasta 1977 será director de este establecimiento perteneciente al organismo público Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP-Ministerio de Gobernación). Pese a estar ubicado espacialmente en una periferia, publicó un gran número de obras de revisión y compilación basadas siempre en su práctica clínica, con una especial predilección por las psicosis endógenas, los delirios, la esquizofrenia... Encuadrado en la llamada Generación de la Psiquiatría de posguerra española, de base kraepeliniana y dirigido hacia la investigación y estudio de la Psicopatología, Fenomenología y Análisis existencial. Sus libros más conocidos y difundidos fueron los dos tomos de “Temas psiquiátricos”, ambos publicados por la editorial Paz Montalvo (Madrid) en 1959 y 1966. Cabaleiro representa la figura más importante de la psiquiatría gallega de la segunda mitad del siglo XX (Simón, 2005, 2018).

2. Neuropsiquiatras de Galicia y Portugal: algunos contactos y relaciones científicas (1950-1972)

Iniciadas las relaciones entre la medicina académica de Galicia antes de la Guerra Civil a través del rector compostelano Cadarso, y de algunos congresos médicos luso-galaicos (como el de Ourense en 1935) (Simón, 2005), tras el fin de la Guerra Civil se van retomando lentamente algunos contactos entre los profesionales y académicos de la Medicina de Galicia y de Portugal. También entre los (neuro)psiquiatras.

Así en 1951, el neuropsiquiatra de Vigo (Pontevedra) Ramón Martínez Díaz (1912-1999) realiza su tesis doctoral con Egas Moniz y Almeida Lima en Lisboa (publicada en 1951). Este médico vigués tenía estrecha relación personal y profesional con el psiquiatra José Pérez López Villamil y con el Sanatorio San José de Vigo.

En agosto de 1958, se celebraron en Vigo las II Jornadas Médicas Galaico Portuguesas, y que fueron la continuación de las celebradas previamente en Ourense en 1935, y cuya continuación proyectada (se iban a celebrar en Porto en 1937) fue interrumpida por la Guerra Civil de España (de julio 1936-1939). El profesor José Pérez López Villamil fue el encargado de la impartir la conferencia inaugural de las jornadas de 1958 con el tema “Algunas crisis en la evolución ontogénica de la capa pensante”.

Cabaleiro mantendrá también relación con la psiquiatría académica y profesional de Porto y de Lisboa desde mediados de los años 50 y ya hasta su fallecimiento.

Así, en 1953 Cabaleiro Goás viaja también a Lisboa para examinar enfermos leucotomizados en el servicio de Barahona Fernandes en el Hospital Psiquiátrico “Julio de Matos” (dirigido por Pedro Polonio). Puede que fuese en el contexto del V Congreso Internacional de Neurología celebrado en Lisboa en 1953 y al que acude Cabaleiro y presenta una comunicación (“Encefalitis epidémica de comienzo aparentemente psicógeno”).

En 1961 Cabaleiro vuelve a Lisboa. Acude invitado por la Sociedad Portuguesa de Neurología y Psiquiatría para dar una conferencia sobre el concepto de las psicosis esquizofrénicas. Fue nombrado miembro correspondiente de dicha Sociedad.

Los contactos e intercambios entre Galicia (España) y Portugal siguieron en los años 60. Un ejemplo fueron las Jornadas Luso Españolas organizadas en A Coruña en 1968 por la Sociedad Española de Psiquiatría, en las que participan numerosos psiquiatras portugueses (Barahona, Carlos Caldeira, Fernandes da Fonseca, entre otros) (La Voz de Galicia, 29 de septiembre de 1968).

Pocos meses después, en diciembre de 1968, Cabaleiro Goás colabora en el Curso de Psiquiatría para Posgraduados en la Facultad de Medicina de Porto impartiendo la lección sobre “El Concepto actual de las Psicosis esquizofrénicas”. Será publicado al año siguiente en el “Boletim da clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Porto” (Cabaleiro, 1969).

Al año siguiente, se celebran en Coimbra las IV Jornadas Médicas Luso-Galaicas (3-6 Septiembre de 1970), y en donde Cabaleiro participa con una ponencia sobre la depresión y la melancolía en el hombre gallego. Sobre este tema también intervendrá en 1972 en el curso para posgraduados sobre Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Lisboa con una lección sobre “Equivalentes somáticos de la depresión vital endógena”. Dicha colaboración la publica en diciembre de 1972 en los Anais Portugueses de Psiquiatría (dirigidos por Barahona, Polonio y Seabra-Dinis).

3. Cabaleiro y sus viajes a Hispanoamérica (1962-1973)

Entre 1962-1973 Cabaleiro Goás emprende diferentes giras de viajes a Iberoamérica/Hispanoamérica para impartir conferencias y cursos a través del patrocinio del Instituto de Cultura Hispánica.

El Instituto de Cultura Hispánica (ICH) fue una corporación de derecho público, con personalidad jurídica propia, “destinada a fomentar las relaciones entre los pueblos hispanoamericanos y España”. Funcionó entre 1944 y 1977. Al menos hasta 1953 funcionaba desde una óptica cultural aparentemente desideologizada pero muy ligada a las pautas del tradicionalismo católico y de la Asociación Católica de Propagandistas (ACdP) (Cañellas, 2014; Pardo Sanz, 2016). Curiosamente, coincidió con el lanzamiento por el Portugal de Salazar de un proyecto paralelo, con Brasil y las colonias africanas lusas, basado en la Lusitanidad (luso-brasilidade) (González Calleja, 1993). Fue el origen de la actual Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Editaron varias revistas: Mundo Hispánico, Cuadernos Hispanoamericanos (Instituto de Cultura Hispánica, 1953). Su director en el período de 1962 a 1973 fue Gregorio Marañón Moya. Durante su mandato se va a producir un período de intensificación de los vínculos culturales con los países de habla hispana. Va a ser en este período cuando se produzcan los contactos y viajes de Cabaleiro.

Es llamativo que el patrocinio para los viajes de Cabaleiro viniese de este organismo al margen de la psiquiatría académica española y también de los viajes/intercambios que hubo en esos años entre la OMS y la Dirección General de Sanidad franquista (y del PANAP, al que pertenecía Cabaleiro a través de su cargo como director del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense)). Es más posible que los vínculos y apoyos de Cabaleiro por parte del ICH fuesen debidos a relaciones personales (su director de tesis en 1953 fue el médico humanista Pedro Laín Entralgo, que estaba muy implicado en la labor del ICH) y/o a su cercanía y contactos con el tradicionalismo católico que controlaba el ICH desde poco antes de 1953.

En Mayo de 1963, Cabaleiro atendiendo a las invitaciones que le habían hecho varios profesores de las cátedras universitarias de psiquiatría de Brasil y la Liga Argentina de Higiene Mental, así como diferentes organismos psiquiátricos y culturales de Argentina, emprende una gira de conferencias por dichos países y por Paraguay. A lo largo de dos meses imparte cincuenta conferencias, tres coloquios, tres mesas redondas y una sesión clínica, a través del patrocinio del Instituto de Cultura Hispánica.

Dicha invitación ya se había venido demorando desde 1959, año en que fue invitado a dar esas conferencias, y convidado a participar como ponente en el VI Congreso Interamericano de Psicología (Río de Janeiro, 1959). La coincidencia de fechas con la inauguración y puesta en marcha del Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense), le impide aceptar estas invitaciones, pero envía una comunicación al congreso de 1959 titulada “Las relaciones interpersonales de los esquizofrénicos”, que posteriormente fue publicada en España (Cabaleiro, 1961).

3.1. Cabaleiro en Brasil (1963)

En Brasil va a contactar con diferentes profesionales de la psiquiatría brasileña como de la época como José Leme Lopes, Pacheco e Silva, Emilio Mira... Visitará diferentes localidades como Sao Paulo, Porto Alegre, Rio de Janeiro... Allí impartió conferencias y cursos, y que detallamos a continuación:

- “Sobre el concepto de las psicosis esquizofrénicas” (Asociación de Psiquiatría de Río de Janeiro).
- “Sobre el ‘humor’ y la percepción delirante” (Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil. Río de Janeiro. Invitado por el Prof. José Leme Lopes Abril de 1963). Esta conferencia es publicada por Cabaleiro Goás en 1996 en el J. Bras. Psiq. Río de Janeiro.
- “La psicopatología de las relaciones interpersonales” (Asociación Psiquiátrica de Sao Paulo y Clínica Psiquiátrica Universitaria. A invitación del Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988)).
- “Un personaje de Unamuno: Joaquín Monegro (Sociedad de Psicología de Sao Paulo).
- “La estructura psicopatológica de la depresión vital” (Asociación Paulista de Medicina y Asociación Psiquiátrica de Sao Paulo).
- “Esquizofrenias pseudoneuróticas”, “El problema de la libertad en el enfermo psíquico”, “El hombre-médico. Gregorio Marañón”, “Curso de Psicopatología” (Universidad Católica de Río Grande do Sul, Porto Alegre).
- “Personajes literarios, psicología y psicopatología” (Cátedra de Literatura Hispanoamericana, Universidad Estatal de Río Grande do Sul, Porto Alegre).

Recordemos que al año siguiente de estas visitas de Cabaleiro Goás a Brasil se produce el golpe de Estado del 31 de marzo de 1964 que da lugar al inicio del período de la dictadura militar en Brasil. Hay que comentar que precisamente Pacheco e Silva, personaje controvertido en la psiquiatría brasileña, va a tener un importante papel de apoyo e implicación con el nuevo régimen dictatorial brasileño (Leal, 2017; Tarelow, 2020).

3.1.1. Cabaleiro Goás y Emilio Mira en Rio de Janeiro (1963)

Durante este viaje a Brasil, Cabaleiro se va a encontrar con el psiquiatra español Emilio Mira i López (1896-1964). Mira fue un psiquiatra de prestigio en España, ya desde antes de la Guerra Civil española (1936-1939). Por su compromiso con el Gobierno republicano durante el conflicto, se exilia de España tras la Guerra Civil. Mira se instaló definitivamente en Brasil, donde dirigió el Instituto de Selección y Orientación Profesional de Río de Janeiro hasta su muerte en 1964. Una de las figuras más importantes de la Psicología en el Brasil del siglo XX y compaginó una intensa actividad al frente del Instituto (del que creó filiales en otras ciudades brasileñas) con incesantes viajes, invitado para impartir cursos en universidades latinoamericanas o reclamado como ponente en congresos europeos. Su “Manual de Psiquiatría”, cuya primera edición de 1935 se vio corregida y aumentada, hasta llegar a una obra en tres volúmenes constituyó el libro de texto de varias generaciones de estudiantes y de psiquiatras iberoamericanos (Huertas, s.f.).

Cabaleiro fue el último psiquiatra español que tuvo contacto con Mira. Se habían conocido personalmente en un congreso de psiquiatría celebrado de Zúrich en 1957, y mantenían correspondencia desde aquella ocasión... Parece que Mira invitó a Cabaleiro a visitar Brasil ya desde que su primer contacto. En una carta publicada en la revista argentina “Acta” Cabaleiro (1968) realiza un auténtico homenaje a la figura de Mira, expresando su profunda admiración por su obra y por su persona. Este texto de Cabaleiro antecede en unos años al tardío homenaje que se le hace a Emilio Mira unos años más tarde en Barcelona, y en donde también participó Cabaleiro (Cabaleiro, 1973).

3.2. La gira por Argentina y Paraguay en 1963

Al igual que en Brasil, impartirá conferencias en diversas instituciones universitarias y asistenciales de diferentes localidades, lo que aumentando su prestigio en Hispanoamérica. Alguna de sus conferencias fue emitida por la radio nacional. Estuvo en Buenos Aires, La Plata, Rosario (el Hospital Español), Mendoza y Córdoba, donde conoce a psiquiatras del prestigio de Jorge García Badaracco (1924-2010), Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), Guillermo Vidal (1917-2000) ... (Stagnaro, 2019).

Cabaleiro ya había publicado algunos trabajos en revistas argentinas de psiquiatría como Acta de Psiquiatría y Psicología de Argentina previamente a su viaje (Cabaleiro, 1962).

Tras su viaje obtiene eco en la prensa especializada del momento sobre todo en Argentina con la revista “Acta”, en donde dan cuenta de sus conferencias y le invitan a participar en sus páginas.

Las conferencias que imparte Cabaleiro en su viaje de 1963 fueron entre otras las siguientes:

- “En torno al concepto de psicosis esquizofrénicas” (Cátedra de psiquiatría. Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres. Buenos Aires. Organizada por Prof. Camilo Beta)
- “La psicopatología de las relaciones interpersonales” (Liga Argentina de Higiene Mental y Cátedra de Psiquiatría de Universidad de Buenos Aires)
- “La estructura psicopatológica de la depresión vital” (Escuela privada de Psiquiatría Social del Dr. Pichon Riviere, Buenos Aires)
- “La psiquiatría española de hoy” (Ateneo Psiquiátrico de Buenos Aires),
- “Un médico humanista: Roberto Nóvoa Santos” (Centro Gallego de Buenos Aires)
- “Familia y enfermedad mental” (Instituto de Psicología Médica y Social de Buenos Aires, con Dr. Guillermo Vidal).
- “El hombre-médico. Gregorio Marañón” (Cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Prof. Alfonso Díaz Trigo).
 - Aquí contacta Cabaleiro con una de las figuras del exilio médico a Argentina motivado por la Guerra Civil española. El Dr. Alfonso Díaz Trigo (Buenos Aires, Argentina 1912-1968), que llegó a desempeñar la Cátedra de Historia de la Medicina en la Universidad de Buenos Aires (1960-1962) (Simón, 2010).
- “Los síntomas primarios y secundarios esquizofrénicos y la valoración de estos últimos para el diagnóstico”. Conferencia en mayo de 1965 en la Catedra de Psiquiatría (adultos) en Rosario, y publicado en 1965 en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Rosario) (Cabaleiro, 1965a) Este mismo texto también lo publica en la revista Archivos de Neurobiología en ese mismo año en un numero de homenaje a Lafora (Cabaleiro, 1965b).

En este viaje es también nombrado miembro honorario del Ateneo de la Catedra de Psiquiatría de Mendoza.

En Paraguay visitó la Cátedra de Psiquiatría, el Instituto de Cultura Hispánica, el Hospital de Alienados, e interviene en una mesa redonda de la Sociedad de Psiquiatría y neurología de Paraguay.

3.3. Cabaleiro Goás, Guillermo Vidal y la revista/fundación Acta. Argentina, 1963.

Durante su estancia en Buenos Aires, conoce a Guillermo Vidal [1917-2000]. Este psiquiatra de ascendientes ourensanos, que pasó alguna parte de su infancia en Ourense, ya inicia relación con Cabaleiro desde esos viajes a Argentina. Vidal fue el alma responsable de la monumental “Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría” (Stagnaro, 2019) y en donde no se olvidó de incluir un recuerdo a su amigo Cabaleiro.

Cabaleiro publicará algún trabajo en la revista “Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina”. Esta revista creada en el año 1966 Guillermo Vidal y un grupo de colaboradores, con el destino de promover científicamente la salud mental, aún existe hoy en día bajo los auspicios de la Fundación Acta Fondo para la Salud Mental (Argentina) (Ardila, 2001; Mesones, 2000; Moscato, 2017; Stagnaro, 2019).

3.4. Cabaleiro Goás y el Instituto de Cultura hispánica: las Becas de Formación en Psiquiatría.

El Instituto de Cultura Hispánica, ante las informaciones recibidas sobre la fructífera actuación en estos países iberoamericanos, felicitó efusivamente al conferenciante y le propuso la realización de una nueva gira de conferencias en el año 1964 por Perú, Chile, Colombia y Ecuador...que parece no llegaron a realizarse.

Además, ante las solicitudes que llegaban al Instituto de Cultura y al Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense) que dirigía Cabaleiro, se propone dotar al Instituto de tres becas para que médicos posgraduados pudiesen hacer una estancia con Cabaleiro en Toén para formarse en psiquiatría. Estaban dotadas con una cantidad de 2000 pesetas al mes desde los meses de octubre de 1964 a verano de 1965. Se repitieron en años posteriores al menos hasta 1973. Sabemos que hubo varios médicos que acuden a Toén en ese período, entre ellos el mexicano Rodrigo Garnica en 1972-1973 (Carta de Rodrigo Garnica a Cabaleiro Goás, Agosto de 1972) (Simón, 2005).

3.5. Cabaleiro de nuevo en Brasil (1973)

Unos años más tarde, durante un Symposium sobre Depresiones celebrado en Madrid y organizado por la Asociación Mundial de Psiquiatría, contacta con el Dr. Ulyses Vianna Filho, que era el secretario general de la

Asociación Brasileira de Psiquiatria (Piccinini, 2008), y de nuevo con Leme Lopes, con quien ya había conectado en su viaje de 1963. Cabaleiro les comenta sus proyectos de celebrar en el hospital de Toén un Curso para posgraduados sobre “Metodología psiquiátrica”, y los psiquiatras brasileños le invitan a impartirlo en su país.

En mayo de 1973 vuelve a viajar a Brasil. Allí va a impartir un Curso sobre “Metodología psiquiátrica (Investigación y clínica)” en el Instituto de Psiquiatria de la Universidad Federal de Río de Janeiro, dirigida por el Prof. Leme Lopes.

Allí en Río de Janeiro también pronunció conferencias en la Sociedad de Psicoterapia Médica, y en las cátedras de clínica psiquiátrica de las Universidades de Sao Paulo, Salvador (de Bahía) y Recife. Dicha gira a Hispanoamérica también fue patrocinada por el Instituto de Cultura Hispánica y por la Dirección general de Relaciones Culturales del Ministerio español de Asuntos Exteriores. El texto completo de este curso lo iba a publicar la Editorial Paz Montalvo (Madrid), pero ha quedado inédito. Una referencia a dicho libro inacabado, así como la relación completa de las lecciones del curso se pueden ver en un artículo de la revista “Toén” (1979), editada por el personal médico de Toén y cuyo primer número era en homenaje a Cabaleiro tras el fallecimiento de éste en 1977 (Simón, 2005).

4. Conclusiones

- Hemos tratado de explorar algunos de los viajes y de las redes profesionales y científicas de los psiquiatras en la España de la dictadura de Franco, centrándonos en la figura del psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás y sus viajes a Hispanoamérica entre 1962-1973.
- Sus viajes y contactos con profesionales de instituciones académicas y psiquiátricas de Argentina, Paraguay, Brasil... estrecharon las redes profesionales internacionales de la psiquiatria española e hispanoamericana en el franquismo tardío.
- Tuvo importante apoyo del Instituto de Cultura Hispánica, organismo gubernamental franquista y muy vinculado al tradicionalismo católico, destinado a fomentar las relaciones entre los pueblos hispanoamericanos y España.
- Hay que destacar los contactos y relación que Cabaleiro mantuvo con psiquiatras brasileños y argentinos como Leme Lopes, Vianna Filho, Pacheco, Pichon-Rivière, Guillermo Vidal (fundador de la revista “Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina”), y también con el psiquiatra español Emilio Mira (exiliado en Brasil) y otros médicos republicanos exiliados a raíz de la Guerra Civil.

Bibliografía

- Ardila, R. (2001). Guillermo Vidal (1917-2000). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(1), 97-98.
- Cabaleiro Goás, M. (1958). Formas simples esquizofrénicas. *Rev. de Psiq. y Psicol. Méd. de Europa y América Latina*, III, 6. (Comunicación al Symposium Iberoamericano de esquizofrenia comparada en el II Congreso Mundial de Psiquiatria, Zürich, Septiembre de 1957).
- Cabaleiro Goás, M. (1959). *Temas psiquiátricos. Cuestiones Generales y Direcciones de investigación*. Madrid: Paz Montalvo.
- Cabaleiro Goás, M. (1961). Las relaciones interpersonales de los esquizofrénicos. *Rev. de Psiq. y Psicol. Méd. de Europa y América Latina*, V, 1.
- Cabaleiro Goás, M. (1962). El problema de la libertad en el enfermo psíquico. *Acta Psiquiat y Psicol. Argentina*, VII, 3, 181-199.
- Cabaleiro Goás, M. (1966). Sobre el “humor” y la percepción delirante. *J. Bras. Psiq. Río de Janeiro*, 15(3/4), 121-144.
- Cabaleiro Goás, M. (1965a). Los síntomas primarios y secundarios esquizofrénicos y la valoración de estos últimos para el diagnóstico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, VI, 12/13, 21-36.
- Cabaleiro Goás, M. (1965b). Los síntomas primarios y secundarios esquizofrénicos y la valoración de estos últimos para el diagnóstico. *Arch. Neurobiología*, XXVIII, (Núm. Homenaje al Dr. R. Lafora), 455-474.
- Cabaleiro Goás, M. (1966). *Temas psiquiátricos II. Algunas cuestiones psicopatológicas generales*. Madrid: Paz Montalvo.
- Cabaleiro Goás, M. (1968). Carta de un psiquiatra español. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (Argentina)*, 14, 1, 9-15.
- Cabaleiro Goás, M. (1968). Psiquiatria galaicoportuguesa. *Boletim de Clínica Psiquiat. Fac. Med. Porto*, 5.
- Cabaleiro Goás, M. (1969). El concepto actual de las psicosis esquizofrénicas. *Boletim da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Porto*, III, 9, 103-122.

- Cabaleiro Goás, M. (1969). Nuestro concepto personal de los síndromes esquizofrenoides. *Arquivos Portugueses de Psiquiatria*, 3.
- Cabaleiro Goás, M. (1966). Sobre el “humor” y la percepción delirante”. *J. Bras. Psiqu. Rio de Janeiro*, 15(3-4), 121-144.
- Cabaleiro Goás, M. (1969). El Concepto actual de las Psicosis esquizofrénicas”. *Boletim da clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Porto*, 9, 3.
- Cabaleiro Goás, M. (1972). Equivalentes somáticos de la depresión vital endógena”. *Anais Portugueses de Psiquiatria*, XXII-XXIV, 19.
- Cabaleiro Goás, M. (1973). La significación de mis recuerdos del profesor Mira en la etapa premonitoria de su muerte. *Revista del Departamento de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, I, 1, 8-13.
- Cañellas Mas, A (2014). Las políticas del Instituto de Cultura Hispánica, 1947-1953. *Historia Actual Online*, 33, 77-91.
- González Calleja E, Pardo Sanz RM. (1993). De la solidaridad ideológica a la cooperación interesada (1953-1975). In P. Pérez, N Tabanera (coord.), *España-América Latina: un siglo de políticas culturales*. Madrid: Asociación de Investigación y Especialización sobre Temes Iberoamericanos.
- Huertas, R. (s.d.). Emilio Mira. *Real Academia de la Historia, Diccionario Biográfico electrónico*. Accedido en 18 de febrero de 2024, en <https://dbe.rah.es/biografias/12846/emilio-mira-lopez>.
- Instituto de Cultura Hispánica. (1953). *El Instituto de Cultura Hispánica al servicio de Iberoamérica*. Madrid: Suc. de Rivadeneyra.
- Leal, B. (2017). Historiadora pesquisa o trabalho de médico brasileiro que articulou psiquiatria com segurança nacional. Accedido en 18 de febrero de 2024, en <https://www.cafehistoria.com.br/psiquiatria-e-seguranca-nacional/>.
- Mesones, H. L. (2000). Guillermo Vidal, in memoriam. *ALCMEON*, 32, 8, 4. Accedido en 11 enero 2024, en <https://www.alcmeon.com.ar/8/32/Mesones.htm>
- Moscato, C. (2017). El centésimo aniversario del nacimiento de Guillermo Vidal. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.*, 63(4), 288-293.
- Novella, E. J. (2016). Viajes y redes profesionales en los orígenes del alienismo español. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 23(4), out.-dez., 1023-1040.
- Pardo Sanz, R. (2016). De puentes y comunidades: balance historiográfico sobre las relaciones con América Latina. In L Delgado (dir.), Martín (aut.), R Pardo (dir.), *La apertura internacional de España: Entre el franquismo y la democracia, 1953-1986*. Madrid: Sílex ediciones.
- Piccinini, W. J., & Romildo Bueno, J. (2008). História da Psiquiatria. Ulysses Viana Filho (1913-2000). *Psychiatry on line Brasil*. Agosto de 2008, Vol. 13, Nº 7. <https://www.polbr.med.br/ano08/wal0808.php> [consultado 03/02/2023].
- Simón Lorda, D. (2005). *Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Xunta de Galicia.
- Simón Lorda, D. (2010). Os nomes do exilio (médico, republicano, galego). *Cadernos de Atención Primaria*, 17, 264-270.
- Simón Lorda, D. (2017). El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo manicomial. In R. Huertas (Coord.). *Psiquiatria y antipsiquiatria en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017.
- Simon Lorda, D (2021). La psiquiatría y la salud mental en el tardofranquismo: Las misiones de los expertos de la OMS y la labor del PANAP. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 41(140), 253-275. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200013>
- Simón Lorda, D. (2023). Tratamientos neuropsiquiátricos en Galicia (España), 1939-1965. In A. Conseglieri, R. Candela & O. Martínez Azumendi (Eds.), *Arte, clínica e historia. Perspectivas desde la salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria – Profesionales de Salud Mental.
- Stagnaro, J. C. (2019). Grandes psiquiatras argentinos. *VERTEX. Rev. Arg. de Psiquiat.*, XXX, 429-453.
- Tarelow, G. Q. (2020). *Psiquiatria e política: o jaleco, a farda e o paletó de Antonio Carlos Pacheco e Silva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

Existentialism and the psychopathology of suicide in francoist Spain (1939-1975)

Joaquín Gil Badenes

Facultat de Medicina, University of Valencia

E-mail: gilbadenes@gmail.com

Abstract

This work examines the influence of existentialism on Spanish psychiatry, particularly in discussions on suicide and depression. It traces the integration of existential philosophy with psychiatric discourses from the 1940s, highlighting significant contributions from Spanish psychiatrists influenced by existentialist themes. The analysis delves into the existential contemplation of suicide as a philosophical and clinical concern, exploring how existentialist thought, through the works of figures like Heidegger, Camus, or Sartre intersected with psychiatric discourse in Spain. In the literature, suicide is linked to the loss of life's meaning within the framework of depression, an issue that has been explored from a variety of perspectives. Finally, the social and academic relevance of existentialism declines in Spain towards the end of the dictatorship, although, to a certain extent, it will continue to be a topic of interest in psychiatric academic circles.

Keywords: existential analysis, suicide, psychopathology, spanish psychiatry, francoist spain

Introduction

Existentialism, often described as the philosophies of existence, encompasses a wide range of authors and literary works, all unified by their investigation into the meaning of human existence. Central to existentialist thought are meditations on the human condition, with a particular focus on the concepts of freedom, subjectivity, personal responsibility, and the inherent meaning of life. Its reception during the central decades in Spanish psychiatry, at the time under the dictatorship of General Francisco Franco, is marked by the particularities of the socio-political context. This work aims to analyze the sources published by psychiatrists during this period in which existentialism influenced their discourse on suicide.

Suicide in existentialism

Early existentialist thought, traceable to 19th-century philosophers like Søren Kierkegaard, laid the groundwork for this philosophical movement. In his work Kierkegaard challenged the then-prevailing notions of rationalism and positivism, emphasizing subjective experience and individual existence. However, it was from the 1930s that existentialism gained significant momentum, with pivotal contributions from Martin Heidegger, Albert Camus, Gabriel Marcel, and Jean-Paul Sartre. Their works not only enriched philosophical discourse but also profoundly influenced various aspects of Western culture in the aftermath of World War II. In Spain, the ideas of existentialism caught the attention of thinkers like Miguel de Unamuno, who added existentialist and humanist themes to their work, focusing on the human search for meaning and personal identity.

Central to the existentialist narrative are concepts such as human condition, freedom, individual responsibility, and life's inherent meaning. These explorations frequently led to a critical examination of suicide. Albert Camus, in his seminal essay *The Myth of Sisyphus*, profoundly encapsulates this existential quandary: "There is only one really serious philosophical problem, and that is suicide. Deciding whether or not life is worth living is to answer the fundamental question in philosophy. All other questions follow from that" (Camus, 1942, 3). Camus's assertion aligns with the existentialist belief that human beings are constantly in search of meaning in an indifferent universe. This search often leads to a confrontation with the *absurd*, a key concept in Camus's philosophy, which describes the conflict between human tendencies to seek inherent value and meaning in life and the inability to find any in a purposeless, chaotic universe. Moreover, Jean-Paul Sartre, another relevant figure in existentialism, emphasized the concept of *radical freedom* and the weight of individual choice, which can also be applied to the decision to continue living in the face of a seemingly meaningless existence (Sartre, 1943). Sartre's perspective offers a different lens through which to view the act of suicide not just as a philosophical dilemma but as an ultimate exercise of human freedom.

The Impact of Existentialism on Western Psychiatric Theory and Practice

In the early decades of the 20th century, there was a trend not only in psychiatry but in medicine in general, to criticize the limitations of epistemological approaches based exclusively on natural science methodologies and to advocate for a strong presence of the humanities, especially philosophy and anthropology. This approach to these areas of knowledge was particularly intense in psychiatry, where it mainly took place through the assimilation of principles of phenomenology and existentialism (Kraus, 2001; Stanghellini et al., 2019, 11-188).

Moreover, phenomenological-existential psychiatry emerged concurrently with the rise of psychoanalysis in the USA and much of Europe during those decades. The interaction between both currents exhibited significant heterogeneity. Some critics fundamentally questioned the assumptions of psychoanalysis and, adopting a phenomenological-existential perspective, developed their own methods for exploring human psychology and spirituality, as observed among some Spanish psychiatrists. On the other hand, there were currents that retained elements of psychoanalysis, such as the therapeutic framework or the focus on the unconscious. However, they critiqued psychoanalysis for its perceived lack of emphasis on subjectivity, seeking to enrich it with existential-analytic approaches.

One of the psychiatrists who best represents this second path is the Swiss Ludwig Binswanger, who was initially trained in psychoanalysis but then evolved to become one of the most influential authors in existential analysis. He pioneered the field of *Daseinsanalyse*, an existential approach to psychopathology, strongly influenced by Martin Heidegger's philosophy. Binswanger's method focused on understanding the patient's being-in-the-world (*Dasein*). This approach diverged from traditional psychoanalytic techniques, prioritizing the exploration of the patient's existential experiences and how they interpret their existence, focusing on subjectivity. For instance, Binswanger's work emphasized the importance of understanding each individual's unique experience of the world and their existential concerns, such as isolation, freedom, and mortality (Foucault, 2022).

Two other notable figures in existentialism-influenced psychiatry, renowned for their seminal works on melancholy, are Eugène Minkowski and Hubertus Tellenbach. Minkowski, of Jewish-Polish descent who advanced his career in France, is known for his phenomenology-influenced work, particularly his exploration of temporality in the symptoms of depression (Minkowski, 1933). Conversely, Hubertus Tellenbach, a German psychiatrist, gained recognition for his studies on melancholia and *typus melancholicus*, a personality predisposition towards depressive states. Tellenbach's methodology is deeply rooted in phenomenological and existential frameworks, highlighting the significance of individual experience and subjectivity in the comprehension of mental disorders (Tellenbach, 1961).

The Influence of Existentialism in Spanish Psychiatry

During the late 1940s and the 1950s, Spanish psychiatry experienced a growing interest in existential analysis, highlighting the significant impact of Ludwig Binswanger (Novella, 2023). This period saw the integration of existentialist ideas into Spain's psychiatric landscape, which had traditionally been influenced by German psychopathology, including the works of Kraepelin and Bleuler, followed by Kurt Schneider's contributions (González de Pablo, 1987). Concurrently, the Spanish psychiatric community began to embrace phenomenological perspectives, significantly informed by Karl Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie* (Jaspers, 1913).

Additionally, it is important to point out that during these years, despite psychoanalytic theories gaining increasing acceptance in the Western world, they met with considerable resistance in Spain. This reluctance was partly due to how these theories challenged traditional values, particularly in areas such as sexuality. Moreover, the Francoist regime exhibited prejudices and hostility towards the Jewish heritage of many psychoanalysts. In contrast, existentialism, with its wider and more diverse philosophical roots, found a more receptive audience within the Spanish psychiatric community, as it did not as directly confront the regime's ideological and cultural constraints (González de Pablo, 2016).

Influential Spanish psychiatrists endorsed by Franco's regime, like Juan José López Ibor, adopted aspects of spiritual Christian existentialism, inspired by thinkers such as Søren Kierkegaard and Gabriel Marcel, alongside German conservative views, notably those of Martin Heidegger. In contrast, younger psychiatrists with leftist inclinations, including Luis Martín-Santos and Carlos Castilla del Pino in his formative years, gravitated towards the social critique found in the works of French existentialists like Albert Camus and Jean-Paul Sartre.

Yet, years later, Carlos Castilla del Pino critically reflected on the adoption of existentialism by leading psychiatrists during Franco's rule. He pointed out that its philosophical complexity was a significant factor, as it allowed these professionals to place themselves within an intellectual and social elite (Castilla del Pino, 1977, 100). Ángel González de Pablo, a historian of psychiatry, also indicated that the positive reception of existential analysis during Franco's

regime could be attributed to its spiritual reformulations of contemporary psychological knowledge, primarily influenced by psychoanalytic currents. These existential-anthropological adaptations rendered the culturally provocative new psychoanalytic theories more compatible with the Christian tradition (González de Pablo, 2016, 69-71).

Existentialism and the Psychopathology of Suicide in Francoist Spain

In 1950, Juan José López Ibor, one of the most prominent psychiatrists in Spain at the time, published *La angustia vital* (López Ibor, 1950). In this influential work, he developed psychopathological theories concerning affective and anxiety disorders, focusing on distinguishing those stemming from endogenous-biological causes from those derived from subjective experiences of life events. Although he argued that most depressive-anxiety symptoms fall into the first category, it is worth mentioning that his incorporation of existentialist elements into this work, viewed through his lens of conservative political ideas and deep Catholic beliefs, gained widespread acceptance among Spanish psychiatrists in the following years.

In *La Angustia Vital*, suicide is examined alongside the concept of the fear of death and Juan José López Ibor's central theory of vital anxiety (*angustia vital*). This psychopathological notion of *angustia vital* is associated with anxiety disorders (and, to an extent, akin to the concept of neuroticism in psychoanalysis), but López Ibor considered it to have an endogenous origin, thus advocating for a medical approach to treatment. He argued that *angustia vital* is linked with an intense fear of death but does not directly correlate with a heightened risk of suicide. In contrast, he noted that suicidal ideation is more closely related to melancholic depression, where life is perceived as devoid of meaning and vital feelings are nullified. Furthermore, López Ibor highlighted the increased risk of suicide attempts when both conditions, melancholic depression and vital anxiety, coexist (López Ibor, 1950, 129-130).

In the decades following the publication of *La angustia vital*, four articles concerning suicide from an existentialist point of view were published in Spanish psychiatric journals. In 1963, Enrique González Monclús, associated with the Barcelona chair of Psychiatry under Ramón Sarró, published an article in *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas* entitled "Forms of existential failure" (González Monclús, 1963). He argued that suicide could be understood as an existential failure, mainly from an anthropological point of view. González Monclús asserted: "Existence sees its purpose thwarted, the immanent meaning of life frustrated, and with it, the specific quality of human existence is destroyed" (González Monclús, 1963, p. 22). He further engaged with Viktor Frankl's notion of transcendence to argue that the freedom to choose death is not always indicative of existential failure. He differentiated between suicide and acts of heroism or martyrdom by the presence of a transcendent purpose, suggesting a nuanced understanding of the act in existential terms.

A few years later, in 1969, the then-young Francisco Mora Teruel, who would later emerge as a renowned international neuroscientist, published the article "Suicide in depression: An existential-analytic approach" in *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España* (Mora Teruel, 1969). In this work, he systematized the study of suicidal thoughts using an existential-analytic methodology. He insisted that his classification emphasized the individual experiences of patients, focusing on subjectivity and taking into account the dimensions of time and space. He based his definition of modes of existence primarily on Heidegger's concept of *Dasein*, from which he also borrowed the concept of *inauthenticity* in relation to existential modes. In his classification, he related various dimensions within the context of a depressive mood, considering the space-time dimensions. In this context, the tendency towards existential inauthenticity in terms of the mode of existence was associated with more endogenously characteristic depressive states and with suicidal ideas at a higher risk of being acted upon.

Another publication entitled "Justification of the suicidal act" was published in 1971 by Fidel Vidal, a psychiatrist from Galicia, in the journal *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España* (Vidal, 1971). In it, he offered an integrative perspective on suicide, emphasizing the concept of reality failure. Vidal's analysis goes beyond the individual, examining how environmental failures contribute to the existential crisis leading to suicide. He acknowledged the pivotal role of the social context and family environment in understanding the loss of existential meaning among those at risk of suicide, emphasizing the impact of substantial integrative approaches to depression that were published in the preceding years by other Spanish psychiatrists, such as Carlos Castilla del Pino and Manuel Cabaleiro Goas.

Lastly, Miguel Rojo Sierra, a psychiatrist who later chaired the psychiatry department in Valencia, published in *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España* the article "Considerations on suicide in its psychiatric interest", a compelling comparison of suicide in depression and schizophrenia through an existential lens (Rojo Sierra, 1971). He describes

depression as a state where the individual is trapped in the past, leading to a loss of hope and existential purpose. The following provides a transcription of this fragment of the article: “In depression, as Straus suggests, there is a *reversal* of lived time. The patient lives in an *eternal past*, rendering the future closed to them, resembling a condemned person. Therefore, the fundamental hope vanishes, and the survival that, as mentioned earlier, depends on the present, collapses when the present is not lived. Hence, having a body becomes absurd for the depressive individual because, as it is not justified by survival, corporeality loses its meaning. Additionally, the lack of emotional resonance and transitive feelings leave the depressed person isolated, unable to incorporate anything into the world. Furthermore, fixation on the past results in a sense of inexorable determinism, and this fatalistic determination is experienced as guilt. This explains why suicide in depression often carries an expiatory nuance. Less frequently, it may have a defensive nuance against the ruin presented due to delusional ideas” (Rojo Sierra, 1971, 104).

It is noteworthy how all the articles focus on the study of suicide in clinical conditions of melancholy, a state in which they all agree more suicidal thoughts occur. From an existential-analytic perspective, they delve into the various phenomena related to the loss of the sense of existence and interaction with their surrounding environment. Additionally, the articles exhibit a heterogeneous influence of philosophers and international psychiatrists, as well as significant works by Spanish psychiatrists in previous years. Finally, they all share the commonality of dedicating a few lines to argue the importance of existential analysis, philosophy, and humanities in psychiatry, as well as arguing why natural scientific analysis is insufficient to understand and therefore intervene in these issues.

At this point, it is important to emphasize that the publication of *La angustia vital* by Juan José López Ibor, which stands as one of the most influential works incorporating existentialist elements by a Spanish psychiatrist, was in 1950. As observed, the studied articles on suicide influenced by existentialism were published in the following decades, up to twenty-one years later. Additionally, it is worth noting that the majority of these articles were authored by psychiatrists affiliated with university positions.

To contextualize these findings, we recall here that the historiography on psychiatry during Franco’s regime has outlined how, by the mid-1960s, Spanish psychiatrists’ interest in existential analysis began to decline because of multiple causes. This shift mirrored trends in other countries where professionals, particularly younger ones, started focusing on social and community psychiatry. The introduction of psychotropic drugs, especially neuroleptics, diminished the visibility of severe symptoms in mental health conditions, leading to a decreased emphasis on psychopathological analysis. Additionally, existential philosophies became less culturally dominant in Western societies (Novella, 2023).

These new generations of psychiatrists taking over the care positions in Spanish asylums and dispensaries, which in the following decades would be key in the psychiatric reform and deinstitutionalization in Spain, developed a very critical discourse towards the previous generations, in the context of the democratic change that would occur in Spain in the 1970s (Novella, 2023). Most of the criticism was shaped by the ideological identification with the dictatorial regime of the psychiatrists holding positions of relevance. However, despite being aware that there were other structures conditioning the deplorable living conditions in asylums and the very poor outpatient network, the leading figures of psychiatry during Franco’s regime were criticized for this ineffectiveness in dignifying psychiatric care. This argument was often accompanied by the assertion that their focus was on academic prestige and dedicating efforts to complex philosophical speculations with little clinical application (Castilla del Pino, 1977). Thus, we can contextualize the production of articles on existentialism and suicide in the 60s and 70s within the scope of psychiatrists following the prevailing orientations in the academic context of previous decades, at a time when, on the other hand, the areas of interest for many psychiatrists were focused on reforming care and defending patients’ rights.

Conclusion

Despite the cultural and academic isolation during the early Franco regime, Spanish academic psychiatry from the 1940s was influenced by some existential philosophies, as well as by existential analysis. While the zenith of existential analysis’ impact on Spanish academic psychiatry was in the 1940s and 1950s, a discernible number of articles that tackle the topic of suicide from this perspective emerged in later decades, in the 1960s and 1970s. These articles approached themes such as existential failure, the impact of social environments, and the pervasive search for meaning, integrating heterogeneously ideas from European thinkers and psychiatrists. The remaining interest in existentialism in some academic circles occurred as the focus of Spanish psychiatry evolved towards integrating psychopharmacological solutions, and prioritizing social and community psychiatry, marking a shift in

the understanding of mental health within the broader societal and cultural framework in the years leading up to Spain's transition to democracy.

References

- Camus, A. (1942). *Le Mythe de Sisyphe*. Paris: Gallimard.
- Castilla del Pino, C. (1977). La psiquiatría española (1939-1975). In J. M. Castellet (Ed.), *La cultura española bajo el franquismo* (79-102). Barcelona: Ediciones de Bolsillo.
- Foucault, M. (2022). *Ludwig Biswanger y el análisis existencial*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- González de Pablo, Á. (1987). Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española: la implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7 (23), 633-647.
- González de Pablo, Á. (2016). La teoría psiquiátrica durante el primer franquismo. In R. Campos & Á. González de Pablo (Eds.), *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo* (46-80). Madrid: Los Libros de la Catarata.
- González Monclús, E. (1963). Formas de fracaso existencial. *Revista de psiquiatría y psicología médica*, 1 (7), 19-22.
- Jaspers K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer.
- Kraus, A. (2001). Phenomenological-Anthropological Psychiatry. In Fritz Henn et al. (Eds.) *Contemporary Psychiatry. Volume 1 Foundations of Psychiatry* (339-355). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lopez Ibor, J. J. (1950). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- Minkowski, E. (1933). *Le Temps vécu, études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: Payot.
- Novella, E. J. (2023). 'The poetry of psychiatry': existential analysis and the politics of psychopathology in Franco's Spain. *Medical History*, 67(1), 74-88.
- Rojo Sierra, M. (1971). Consideraciones en torno al suicidio en su interés psiquiátrico. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España*, 6(2), 89-122.
- Sartre, J. P. (1943). *L'être et le néant*. Paris: Gallimard.
- Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (Eds.). (2019). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford University Press: USA.
- Tellenbach, H. (1961). *Melancholie: Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik*. Berlin: Springer.
- Mora Teruel, F. (1969). El suicidio en la depresión: Una aproximación existencial analítica. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España*, 4(4), 399-410.
- Vidal, F. (1971). Justificación del acto suicida. *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España*, 6(2), 153-160.

Agradecimientos

To Professor Enric J. Novella for his guidance of the doctoral thesis that underpins this research.

À procura de um significado na vida: o legado De Viktor Frankl

Mariana Remelhe, Pedro Miguel Barbosa, Raquel Ribeiro da Silva

Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho

E-mails: mariana.remelhe@ulsge.min-saude.pt, pedro.barbosa@ulsge.min-saude.pt, raquel.silva@ulsge.min-saude.pt

Resumo

Victor Frankl foi um psiquiatra e neurologista Austríaco que sobreviveu ao Holocausto e deixou um grande impacto no campo da psicoterapia existencial, tendo sido o fundador da logoterapia. A sua obra mais conhecida, o livro “O Homem em Busca de um Sentido”, retrata as suas experiências enquanto prisioneiro nos campos de concentração e, simultaneamente, explora a importância de encontrar um significado na vida. Segundo Frankl, o ser humano tem uma drive inata para procurar significado e propósito, e é esta procura que serve como motivação fundamental, auxiliando os indivíduos a se sentirem realizados e a ultrapassarem momentos de grande sofrimento, mesmo em situações desafiantes. Com este trabalho pretendemos examinar a vida de Frankl e como sua experiência no Holocausto moldou a sua obra e, consequentemente, a sua psicoterapia.

Palavras-chave: psicoterapia existencial, logoterapia, história

Abstract

Victor Frankl was an Austrian psychiatrist and neurologist who survived the Holocaust and left a mark on the field of existential psychotherapy, having been the founder of logotherapy. His best-known work, the book “Man in Search of Meaning”, portrays his experiences as a prisoner in concentration camps and, simultaneously, explores the importance of finding meaning in life. According to Frankl, human beings have an innate drive to search for meaning and purpose, and it is this search that serves as fundamental motivation, helping individuals to feel fulfilled and overcome moments of great suffering, even in challenging situations. Frankl’s life and how his Holocaust experience shaped his work and, consequently, his psychotherapy. Viktor Emil Frankl was an Austrian psychiatrist and neurologist, a Holocaust survivor and the creator of logotherapy

Keywords: existential psychotherapy, logotherapy, history

Introdução

O final do século XIX e o início do século XX marcaram um período de intenso anti-semitismo, particularmente nas sociedades cristãs europeias. Viktor Emil Frankl, um psiquiatra e neurologista austríaco, emergiu como uma figura proeminente neste contexto sombrio. Foi um sobrevivente do Holocausto, tendo testemunhado e sido sujeito a diversos atos desumanos nesta época. Foi também o criador da logoterapia, uma abordagem psicoterapêutica com impacto ainda atualmente. Neste trabalho, pretendemos explorar a vida de Frankl e como a sua vivência no Holocausto influenciou profundamente a sua perspectiva psiquiátrica e moldou a sua visão da logoterapia.

Segunda Guerra Mundial

A Primeira Guerra Mundial, ocorrida entre 1911 e 1918, provocou um período de instabilidade na Europa, particularmente, na Alemanha, onde a devastação económica e política, e o ressentimento provocado pelos termos severos do Tratado de Versalhes, impulsionaram a ascensão de Adolf Hitler e do Partido Nacional-Socialista dos Trabalhadores Alemães (partido nazi). Em 1933, Hitler foi nomeado Chanceler da Alemanha e rapidamente consolidou o seu poder, autoproclamando-se de Führer em 1934.

Considerava que a raça alemã “pura”, a qual designava de “Ariana”, era superior e que a guerra seria a única forma de obter o *Lebensraum* ou o espaço vital necessário para que a raça alemã se expandisse para outros territórios.

Ná década de 1930, iniciou, em segredo, o rearmamento da Alemanha, violando o Tratado de Versalhes, e assinou uma aliança com a Itália e o Japão contra a União Soviética. Em 1938, enviou tropas para ocupar a Áustria e, em 1939, anexou a Checoslováquia. Em setembro desse mesmo ano, invadiu a Polónia e, como consequência, a França e Reino Unido declararam guerra, determinando o início da Segunda Guerra Mundial.

Campos de concentração

O termo campo de concentração designa um local cercado e sob vigilância militar ou policial onde, geralmente em tempos de guerra, se encontram detidas pessoas, sob condições duras, privadas dos seus direitos e das suas liberdades, por motivos étnicos ideológicos, políticos ou religiosos.

O regime nazi, desde a sua ascensão ao poder em 1933, construiu vários locais que tinham como objetivos: aprisionar os considerados “inimigos do Estado” reais e presumidos, eliminar indivíduos e grupos, assassinando-os fora do alcance público e judicial, e explorar o trabalho forçado da população prisioneira.

Nos primeiros anos, a maioria eram presos políticos, pessoas de etnia cigana, Testemunhas de Jeová, homossexuais e homens acusados de homossexualidade, bem como pessoas acusadas de comportamento “desviante”. Em novembro de 1938 e, na sequência do *Kristallnacht*, um *progrom* violento contra os judeus, unidades da *Schutzstaffel*, organização paramilitar, e da Gestapo, a polícia secreta do estado, levaram a cabo o encarceramento em massa de judeus adultos do sexo masculino em todo o país. Posteriormente, inúmeras leis foram implementadas no sentido de sistematicamente isolar e segregar os judeus da sociedade alemã e os expulsar do país. Mais tarde, em 1941, foi elaborada a “Solução Final da Questão Judaica” que culminou no assassinato em massa deliberado e sistemático de judeus europeus. Embora muitos tenham sido mortos previamente ao início da “Solução Final”, a grande maioria das vítimas judias foi assassinada durante os anos de 1941 a 1945. Estima-se que cerca de 6 milhões de judeus foram assassinados nos campos de concentração como consequência da “Solução Final”.

Viktor Emil Frankl

Viktor Frankl nasceu em Viena, a 26 de março de 1905, na área Judaica de Leopoldstadt. Desde cedo, era uma criança imensamente curiosa, tendo decidido aos 4 anos de idade que pretendia ser médico. Para além disso, demonstrava um interesse profundo pela mente humana e pelas questões existenciais. Durante o seu ensino secundário, interessou-se pela área de Psicologia e chegou a ter aulas noturnas neste tópico; aos 15 anos de idade estudou filosofia e aprendeu hipnose. Durante a sua adolescência, chegou a tocar correspondência com Sigmund Freud e integrou brevemente a escola de Alfred Adler. Mais tarde, ingressou no curso de Medicina da Universidade de Viena, que terminou em 1930. Posteriormente, iniciou o seu trabalho enquanto psiquiatra e neurologista, tendo ficado responsável pela ala das “mulheres suicidas” no *Steinhof Psychiatric Hospital*, em Viena.

Em 1937, dedicou-se a exercer em regime privado, mas a invasão pelos nazis limitou a sua capacidade de tratar pacientes, e em 1940 começou a trabalhar no Hospital Rothschild (o único hospital em Viena que ainda admitia judeus) enquanto diretor do departamento de Neurologia. Neste hospital, conheceu uma enfermeira, Tilly Grosser, com quem casou em 1941.

Devido ao seu reconhecimento profissional, Frankl teve oportunidade de escapar de Viena, tendo recebido um visto para os Estados Unidos da América; contudo, optou por permanecer na Áustria, pois não queria abandonar os seus pais. Em Setembro de 1942, Frankl e a sua esposa foram deportados para o campo de concentração de Theresienstadt, o primeiro de quatro campos de concentração onde permaneceu durante cerca de 3 anos. Em Theresienstadt, ele chegou a trabalhar com doentes suicidas e organizou um grupo de prevenção de suicídio para os novos detidos.

A sua experiência nos campos de concentração

Durante os três anos em que permaneceu em diferentes campos de concentração, Frankl foi submetido a uma variedade de experiências extremamente dolorosas e traumáticas. Além de ter sido vítima de abusos físicos e emocionais constantes, foi alvo de tortura e de desnutrição. Para além disso, praticamente todos os elementos da sua família acabaram por morrer nos campos de concentração, excetuando a sua irmã, que conseguiu fugir para Austrália.

Após a sua libertação em 1945, regressou a Viena, onde retomou o seu trabalho, desta vez, enquanto diretor do departamento de Neurologia do hospital *Allgemeine Poliklinik*. No ano seguinte, em 1946, publicou a sua obra mais célebre “O Homem em Busca de um Sentido”, onde compartilhou as suas experiências profundamente impactantes nos campos de concentração e como estas vivências influenciaram de forma profunda a sua perspetiva psiquiátrica e a sua teoria de logoterapia.

Apesar de a vida quotidiana no campo de concentração ser dura e permeada por sofrimento constante, Frankl observou uma notável resiliência entre os prisioneiros. Destacou, por exemplo, que os judeus tentavam manter as suas vidas repletas de significado e de diversão, mesmo em circunstâncias mais adversas – os artistas pintavam, os músicos tocavam música, os atores representavam para a multidão e os académicos davam palestras (inclusivamente,

o próprio Frankl). Era este envolvimento criativo e com significado que levava a uma distração do sofrimento e do caos do ambiente e que permitia transcendê-lo. Concomitantemente, observou que a realização de atividades ao serviço de outros também impulsionava esta transcendência, pois mudava o foco de si mesmo para os outros e, portanto, o ambiente de sofrimento que tinha sido criado com o propósito de retirar o significativo era colmatado. Frankl reparou que eram as pessoas que encontravam um significado ou propósito no seu sofrimento que eram as mais resilientes e mentalmente robustas. Foram todos estes discernimentos que influenciaram a logoterapia.

Logoterapia e os seus conceitos

A logoterapia, que significa “terapia através do significado”, é considerada a terceira escola de Psicologia Vienense. O nome “logoterapia” deriva da palavra grega *logos* que pode significar palavra, espírito, Deus ou significado. Comparando-se com os outros grandes psiquiatras Vienenses, Freud e Adler, Frankl afirmou que o primeiro postulava que o que estaria na raiz da motivação humana seria a procura de prazer; o segundo, a procura de poder. A logoterapia, por sua vez, colocaria como a cerne da motivação humana uma procura de significado. Frankl defendia que esta procura não era um processo de pensamento secundário aos instintos, mas sim a motivação primária na vida.

Assim, segundo Frankl, os princípios chave da logoterapia são que os seres humanos têm uma *drive* inata para encontrar o significado na vida, possuem uma motivação fundamental para descobrir o seu propósito, são livres de escolher as suas respostas perante os desafios da vida, sendo responsáveis pelas suas escolhas, e têm a capacidade de transformar o sofrimento ao conferir um outro significado e, como tal, têm o poder de criar um desfecho positivo mesmo das piores situações possíveis.

A logoterapia defende ainda que os seres humanos não são meramente bidimensionais, ou seja, compostos apenas por corpo e mente, mas também por um espírito, uma dimensão noética, que transcende estes dois e que unifica o ser humano como um todo. Deste modo, os seres humanos têm de ser compreendidos enquanto seres espirituais; se esta faceta for removida, a compreensão do que realmente são, não será atingida. Frankl dizia que o corpo e a mente são o que os seres humanos “têm”, mas o espírito é o que os seres humanos “são”, enfatizando ainda que o espírito é a fonte do crescimento.

O espírito humano, o que diferencia o ser humano dos restantes animais, engloba vários recursos, nomeadamente, a capacidade de aprendizagem pelos erros (que permite a adaptação a novas circunstâncias), o sentido de humor (que coloca os falhanços numa nova perspetiva), a consciência (que permite defender as crenças que cada um possui), a capacidade de amar os outros e a paixão por uma causa (conferindo o potencial para provocar mudança no mundo).

Frankl abordou as diversas formas de encontrar significado: em primeiro lugar, através dos valores vivenciais, provenientes das experiências pelas quais as pessoas passam e onde podem estar incluídas, por exemplo, a observação de pinturas ou da natureza, ou o amor que as pessoas nutrem umas pelas outras; em segundo lugar, pelos valores criativos, nomeadamente, originados pelo envolvimento em projetos como arte, música, entre outros; e em terceiro lugar, pelos valores atitudinais, as posturas e atitudes que o indivíduo toma perante os acontecimentos da vida.

Para Frankl, ser humano implicava a exposição ao que ele designava de tríade trágica da vida e que é composta por culpa inevitável, o sofrimento e a morte. Nestas circunstâncias, o significado pode ainda ser retirado pela atitude com que o ser humano adota relativamente à situação.

Na sua teoria, Frankl utiliza também a palavra grega *noös* que significa mente ou espírito. Segundo ele, a psicologia tradicional focava-se na “psicodinâmica”, que via as pessoas como estando a tentar reduzir a sua tensão psicológica. Em contraste, Frankl postulava a importância da noödinâmica, a tensão existente entre o objetivo final da pessoa e a posição em que ela se encontra naquele momento. A dimensão noológica, de acordo com Frankl, refere-se a uma experiência unicamente humana de transcender o próprio ambiente e entrar numa dimensão de fenómeno noético. Deste modo, os seres humanos deveriam ter como propósito a criação desta tensão de forma a se re-orientarem em direção à procura do seu significado. Esta tensão constante providenciaria à pessoa uma sensação de impulso e propósito.

Esta procura por significado pode, no entanto, ser frustrada e condicionar o surgimento da neurose noögénica. Frankl falava do vazio existencial e de como a ausência do significado era um buraco, um vazio que as pessoas tentavam preencher com diversas coisas, nomeadamente, com uma vida sexual promíscua, consumo de substâncias entre outras, ou com raiva e ódio, passando os dias a destruir o que achavam ser a causa da dor. Este entendimento do vazio existencial remonta às suas experiências nos campos de concentração nazi, onde observou que à medida que retiravam aos prisioneiros as vivências do dia a dia que conferiam significado, o futuro destes parecia desaparecer. Frankl postulava que os problemas causados pelo vazio existencial eram comuns e pervasivos na sociedade, apesar de as pessoas já não serem submetidas às condições extremas dos campos de concentração.

A prática atual de logoterapia

Atualmente, em vários países do mundo, esta psicoterapia existencial tem a sua aplicação no tratamento de diversas patologias psiquiátricas, impulsionando o crescimento pessoal e a resiliência. Uma das suas aplicações mais proeminentes é no tratamento de patologias depressivas, tendo como objetivo ajudar os indivíduos, guiando-os a descobrir e atingir os seus propósitos únicos, capacitando-os a transcender as suas dificuldades e a desenvolver uma sensação de esperança e de realização.

Outra área onde é aplicada, é nas patologias aditivas, onde se interpreta o uso de substâncias como produto do vazio existencial. Nestas instâncias, os indivíduos são ajudados a re-orientarem as suas vidas no sentido de atingir propósitos com significado e para além da dependência nas substâncias.

É ainda utilizada na área do trauma, oferecendo uma abordagem holística. As experiências traumáticas frequentemente levam a uma disrupção do sentido de coerência e do significado do mundo do indivíduo afetado. A logoterapia visa a reconstrução das narrativas fragmentadas e a integração das suas experiências numa história de vida coerente. Ao encarar o trauma com uma nova perspetiva, ou seja, como potencial fonte de crescimento, os indivíduos conseguem recuperar o controlo sobre a sua vida e seguir em frente com resiliência e propósito.

Desta maneira, a logoterapia continua a enriquecer a prática psiquiátrica através da sua perspetiva existencial da saúde mental. As intervenções focadas no significado são um instrumento valioso na gestão de múltiplos desafios e a promover, com uma abordagem holística, o crescimento e a melhoria do estado de saúde dos indivíduos.

Conclusão

Em suma, a vida e a teoria de Viktor Frankl destacam o poder transformador da procura do significado perante a adversidade. O seu legado é um testemunho de que, mesmo nos momentos mais sombrios da existência, a busca pelo significado pode servir como uma luz orientadora, conduzindo as pessoas em direção ao crescimento pessoal e à resiliência. A logoterapia, a psicoterapia que criou, desenvolveu e que foi significativamente influenciada pelas suas experiências de vida, nomeadamente, durante a Segunda Guerra Mundial, mantém a sua prática atualmente em todo o mundo, sendo utilizada numa gama variada de patologias.

Referências bibliográficas

- "*Final Solution*": Overview. (n.d.). Acedido a 25 de março em <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/final-solution-overview>
- Boeree, C. G. (n.d.). *Viktor Frankl*. Acedido a 25 de março de 2024 em <https://webpace.ship.edu/cgboer/frankl.html>
- Bushkin, H., van Niekerk, R., & Stroud, L. (2021). Searching for meaning in chaos: Viktor Frankl's story. *Europe's Journal of Psychology*, 17(3), 233.
- Frankl, V. E. (1997). *Viktor Frankl-Recollections*. Basic Books.
- Frankl, V. E. (2014). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Penguin.
- Koulasee, A. J., Khenarinezhad, F., Abutalebi, M., & Bagheri-Nesami, M. (2018). The effect of logotherapy on depression in cancer patients: A systematic review study. *World Cancer Research Journal*, 5(3), e1134.
- Kristallnacht*. (n.d.). Acedido a 25 de março em <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/kristallnacht>
- Nazi camps*. (n.d.). Acedido a 25 de março em <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/nazi-camps>
- Rahgozar, S., & Giménez-Llort, L. (2020). Foundations and applications of logotherapy to improve mental health of immigrant populations in the third millennium. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 546567.
- Redsand, A. (2006). *Viktor Frankl: A life worth living*. Houghton Mifflin Harcourt.
- SA, P. I. (n.d.). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Acedido a 25 de março de 2024 em <https://dicionario.priberam.org/campo%20de%20concentra%C3%A7%C3%A3o>.
- Viktor Frankl Institute of America. (2020, December 13). *The Life of Viktor Frankl – The Viktor E. Frankl Institute of America*. The Viktor E. Frankl Institute of America. Acedido a 25 de março de 2024 em <https://viktorfranklamerica.com/viktor-frankl-bio/>
- Viktor Frankl Institute of America. (2020a, February 29). *What is Logotherapy? – The Viktor E. Frankl Institute of America*. The Viktor E. Frankl Institute of America. Acedido a 25 de março em <https://viktorfranklamerica.com/what-is-logotherapy/>
- Zapata, C. (2024, March 13). *World War II: Summary, Combatants & Facts* | HISTORY. HISTORY. Acedido a 25 de março de 2024 em <https://www.history.com/topics/world-war-ii/world-war-ii-history#world-war-ii-in-the-pacific-1941-43>

Direitos humanos e coerção em saúde mental: revisão histórica e ponto de situação atual

Andreia S. Gonçalves, Francesco Monteleone, Rosa Rodrigues

Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães

E-mail: andreiamsgoncalves@gmail.com; francescomonteleone@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt;

rosamariarodrigues@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt

Resumo

A interseção entre os direitos de saúde mental e a coerção é uma área complexa. Os direitos dos doentes com psicopatologia englobam as liberdades fundamentais e proteções às quais os indivíduos com condições de saúde mental têm direito, incluindo acesso a tratamento, apoio e cuidados sem discriminação. A coerção em saúde mental refere-se a situações em que os indivíduos são submetidos a tratamentos ou intervenções sem o seu pleno consentimento, como hospitalizações involuntárias ou medicação forçada. Equilibrar a necessidade de intervenção com o respeito pela autonomia e direitos individuais é um desafio fundamental na prestação de cuidados de saúde mental. Abordar a coerção requer uma abordagem abrangente que inclui promover o consentimento informado, capacitar indivíduos em suas decisões de tratamento e implementar alternativas a práticas coercivas. Ao advogar pelos direitos de saúde mental e trabalhar para reduzir a coerção, podemos criar um sistema de saúde mental mais equitativo e solidário que respeite a dignidade e autonomia de todos os indivíduos.

Palavras-chave: direitos humanos, saúde mental, coerção

Abstract

The advocacy for mental health rights has emerged on a global scale as a means to address the discrimination experienced by individuals with mental health conditions. This discriminatory behavior has evolved over centuries in alignment with cultural perceptions of mental health and the field of psychiatry. Despite its historical roots dating back to ancient times, coercive practices within psychiatric care persist in various countries worldwide. Consequently, the development of mental health policies has focused on minimizing coercion within psychiatric settings and enhancing the knowledge and advocacy skills of individuals receiving psychiatric care, empowering them to assert their rights. This study is dedicated to critically examining the literature concerning the historical progression of human rights for psychiatric patients, as well as the issues surrounding rights and coercion in mental health on both a national and global level.

Keywords: Human Rights, Mental Health, Coercion

Introdução

A defesa dos direitos em saúde mental tem-se desenvolvido à escala global como uma forma de combater a discriminação enfrentada pelas pessoas com problemas de saúde mental. Esta discriminação foi evoluindo ao longo dos séculos de acordo com a evolução das conceptualizações culturais da saúde mental e da própria psiquiatria, no entanto, a coerção do doente mental está relatada desde a antiguidade e atualmente as práticas psiquiátricas coercivas são ainda a realidade de muitos países no mundo. Neste sentido, o desenho de políticas de Saúde Mental tem sido pensado de forma a reduzir a coerção na prática psiquiátrica e a aumentar a literacia e advocacia dos doentes psiquiátricos, incentivando-os na defesa dos seus direitos. Este trabalho tem como objetivo a revisão da literatura relativamente à evolução histórica dos direitos humanos do doente psiquiátrico e ainda relativamente aos direitos e à coerção em saúde mental à escala nacional e global.

1. Direitos Humanos e Coerção em Saúde Mental: Um Equilíbrio Frágil

Pelas especificidades da doença mental grave, nomeadamente nos casos nos quais existe recusa do tratamento e não existe crítica para a necessidade do mesmo, garantir o ponto de equilíbrio entre a preservação da autonomia do doente e, por outro lado, o dever de cuidar e garantir a segurança do próprio, de terceiros e de bens é um desafio complexo e difícil (Braslow, J. T., & Marder, S. R. 2019). Nestes casos, a necessidade de intervenção pode entrar

em conflito com o respeito pela autonomia e com a vontade do próprio doente. É crucial que se pratique uma psiquiatria ética e legalmente enquadrada, que permita a prestação dos cuidados necessários sem infringir indevidamente os direitos e a dignidade do doente. Este equilíbrio muitas vezes requer a aplicação de medidas terapêuticas sem consentimento, como internamento involuntário ou administração não consentida de fármacos. Tais medidas devem ser aplicadas com extrema cautela e respeito pelos princípios de proporcionalidade, necessidade e respeito pela dignidade. Além disso, quando há possibilidade, pode ser útil envolver a família, pessoas de confiança e outros profissionais de saúde no processo de tomada de decisão, procurando sempre o bem-estar e a segurança do paciente.

2. Perspetiva Histórica

2.1. Os Loucos como Não Pessoas (idade média – séc.XVII)

Durante a Idade Média, na Europa, a visão social relativamente a pessoas com doença mental era profundamente influenciada por crenças e conceitos culturais negativos, resultando em grande estigma e marginalização (Rebollido, 2014).

A demência e a loucura eram interpretadas como castigos divinos, levando os doentes a serem considerados seres inferiores e desumanizados. Esta perspetiva negativa resultava muitas vezes em abandonos de doentes mentais ou até mesmo aprisionamento dos mesmos, especialmente daqueles que demonstravam comportamento agitado ou agressivo. Estes eram vistos como uma ameaça à ordem social e por isso acreditava-se que deviam ser excluídos e isolados da comunidade.

Obras de arte e literatura da época, como “A Nau dos Loucos” de Hieronymus Bosch, refletem essa visão sombria e desumanizada dos doentes mentais.

Essa cultura de exclusão e discriminação levou ao surgimento dos primeiros hospícios no século XV, de forma de afastar os doentes mentais dos centros urbanos e da vista da população. Essas instituições, embora tenham sido criadas com a intenção de oferecer algum tipo de abrigo, não tinham qualquer intuito terapêutico e eram descritas como sombrias. Quem lá residia era desprovido de cuidados e sujeito a punições severas, refletindo a sociedade que não compreendia a doença mental (Rebollido, 2014).

Um exemplo emblemático desse período é o hospital psiquiátrico de Londres, Bethlem, em funcionamento desde o séc. XV e que ganhou fama pela sua brutalidade e sobrelotação. Mesmo depois de renovado, no séc. XVII, continuou a destacar-se e a atrair visitantes que procuravam assistir a espetáculos de agitação, violência e intimidade sexual entre os doentes mentais. Esses visitantes, ávidos por sensacionalismo, interagiam com os pacientes em condições desumanas, transformando a doença mental num espetáculo trágico. A entrada chegou até a ser gratuita em determinados dias da semana, contribuindo para perpetuar a exploração e a desumanização (Matias, 2015).

2.2. Os Loucos como Pessoas Doentes (séc.XVIII-séc.XIX)

Durante o século XVIII, Philippe Pinel desempenhou um papel crucial na transformação da visão social dos doentes mentais na Europa. Ele é reconhecido como um pioneiro da psiquiatria moderna devido à sua abordagem humanizada e revolucionária, tendo defendido a libertação dos doentes mentais das correntes e das prisões e tendo introduzido a ideia de tratamento da doença. Esse movimento, conhecido como alienismo, ganhou força com a adesão de outros médicos proeminentes, como Esquirol e Ferrus, que compartilhavam a visão de que os doentes mentais precisavam de cuidados adequados à sua condição de doença. Esquirol, em particular, enfatizou a importância de criar comunidades terapêuticas nos hospitais psiquiátricos, onde os pacientes pudessem interagir uns com os outros e com os terapeutas. Ele propôs que os doentes se afastassem do mundo exterior para se recuperarem de estímulos prejudiciais, defendendo a construção de instalações fora dos centros urbanos e que se aproveitassem os benefícios terapêuticos da natureza (Daugherty et al., 2020).

Essas mudanças ideológicas também se refletiram na arquitetura dos hospitais psiquiátricos, que passaram a ser planeados de forma a proporcionar um ambiente terapêutico e seguro para os pacientes. Os edifícios passaram a ser projetados com áreas exteriores verdes, cercados por vegetação que não só delimitava o espaço e impedia a fuga, mas também impedia os olhares curiosos, revelando o cuidado que começou a existir quanto à proteção do doente e da sua dignidade, com medidas de segurança que permitiam garantir o bem-estar dos doentes. A transição do termo “hospício” para “manicómio” destacou a evolução na abordagem e no cuidado oferecido, colocando o foco numa abordagem médica e humanizada. É também nesta fase que surgem os primeiros conceitos de terapia ocupacional e que se começa a reconhecer a sua importância nestes doentes (Daugherty et al., 2020; Gross, 2010).

Essas ideias espalharam-se por toda a Europa. Em Portugal, o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, posteriormente denominado Centro Hospitalar de Conde Ferreira, destacou-se como o primeiro hospital português construído de origem de uma forma planeada para doentes mentais e foi um marco no seu tratamento pela adoção de práticas inovadoras que priorizavam a higiene, as atividades de lazer e tentavam fornecer um cuidado adequado.

Apesar dos avanços, a superlotação das instituições psiquiátricas continuava a apresentar-se como um grande desafio, devido à ausência de armas terapêuticas que permitissem aos doentes sair das instituições e refletindo a associação entre doença mental e disfuncionalidade com incapacidade permanente que existia – a maioria dos doentes integrava estas instituições numa idade muito jovem e lá permanecia por toda a vida (Rebollido, 2014).

2.3. Os Loucos como Pessoas Doentes e Tratáveis (sec. XX)

No século XX, a história da psiquiatria foi marcada pela mudança de paradigma relativamente à noção de irreversibilidade e incurabilidade da doença mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, com o aparecimento de estratégias terapêuticas com psicofármacos, nomeadamente com o aparecimento do primeiro antidepressivo, do primeiro antipsicótico e dos primeiros ansiolíticos barbitúricos e benzodiazepinas, a partir da década de 1950, deu-se uma revolução no tratamento das doenças mentais (Rebollido, 2014).

Em alguns casos, estas mudanças de paradigma revelaram-se absolutamente modificadoras do prognóstico da doença e possibilitaram a restituição da funcionalidade anteriormente dada como perdida a estes doentes.

Por outro lado, neste período também foram evidenciados abusos e violações dos direitos humanos no contexto dos cuidados de saúde mental, especialmente em relação às práticas de internamento involuntário, tratamentos coercitivos e tratamentos em condições desumanas em hospitais psiquiátricos (Rebollido, 2014).

Ao longo do século XX, os movimentos sociais e defensores dos direitos humanos passaram a questionar e denunciar essas violações, promovendo a consciencialização sobre a importância de garantir dignidade, autonomia e respeito às pessoas com transtornos mentais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, estabeleceu princípios fundamentais que se aplicam a todas as pessoas, incluindo aquelas com doenças mentais.

Testemunhou-se a emergência da reforma psiquiátrica, que visava transformar o modelo manicomial na psiquiatria. O movimento antipsiquiatria desempenhou um papel crítico neste processo, defendendo a reintegração dos pacientes na sociedade, uma vez que os manicómios eram locais frequentemente comparados a campos de concentração (Oliveira, n.d.; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2015).

Para além disso, as diversas correntes psicoterapêuticas ganharam força como modalidade terapêutica emergente e acessível à população de forma crescente.

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental de 1998 representou um marco importante na proteção dos direitos das pessoas com doenças mentais e na promoção de uma abordagem mais humanizada no tratamento da saúde mental. Esta legislação estabeleceu princípios fundamentais para garantir a dignidade, a autonomia e os direitos das pessoas com perturbações psiquiátricas. Definiu também as bases de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental no país, estabelecendo diretrizes para a prestação de cuidados de qualidade, para a promoção da desinstitucionalização e para a integração dos pacientes na comunidade. A lei também enfatizou a importância da participação dos utentes e das suas famílias no processo de tratamento e reabilitação.

Um dos pontos-chave da Lei de Saúde Mental foi a proteção dos direitos dos doentes mentais, incluindo o direito à informação, à privacidade, à liberdade, à integridade pessoal e à recusa de tratamento. Esta legislação visava garantir que os pacientes fossem tratados de forma respeitosa e que as suas decisões fossem respeitadas sempre que possível. Além disso, a Lei de Saúde Mental de 1998 estabeleceu mecanismos para a salvaguarda dos direitos das pessoas internadas em instituições psiquiátricas, incluindo a criação de comissões de acompanhamento e fiscalização. Estas medidas visavam garantir a proteção dos direitos dos pacientes e prevenir abusos no contexto dos cuidados de saúde mental.

Em resumo, a Lei de Saúde Mental de 1998 foi um passo significativo na promoção dos direitos humanos e na melhoria dos cuidados em saúde mental em Portugal. Esta legislação contribuiu para uma abordagem mais humanizada e com mais respeito no que concerne ao tratamento das doenças mentais, reforçando a importância da dignidade, autonomia e participação ativa das pessoas com transtornos psiquiátricos no seu próprio processo terapêutico.

2.4. Os Loucos como Pessoas (séc. XXI)

O século XXI tem sido marcado por avanços significativos no modelo da prestação de cuidados em psiquiatria, transitando para um modelo progressivamente mais comunitário e existindo cada vez mais preocupação com os direitos humanos, existindo um apelo global à diminuição das práticas coercivas em saúde mental (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2015).

No âmbito dos direitos humanos, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU em 2006, foi um marco importante na proteção dos direitos das pessoas com deficiência, incluindo aquelas com doenças mentais. A Convenção enfatiza a igualdade de direitos, a não discriminação, a autonomia e a participação ativa das pessoas com deficiência na sociedade.

A psiquiatria comunitária tem sido tendência em Portugal e na Europa. É uma abordagem que enfatiza a integração das pessoas com doenças mentais na comunidade e a prestação de cuidados em saúde mental que sejam de proximidade e acessíveis. Este modelo de cuidados visa proporcionar um suporte abrangente e personalizado às pessoas com problemas de saúde mental, promovendo a sua autonomia, independência e participação ativa na sociedade (Priebe, 2003; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2015).

Na Europa, a psiquiatria comunitária tem sido adotada por muitos países como uma alternativa aos modelos tradicionais de cuidados psiquiátricos baseados em hospitais psiquiátricos. Este modelo de cuidados prioriza a prestação de serviços de saúde mental no ambiente comunitário, incluindo centros de saúde mental, equipas de intervenção em crise, residências terapêuticas e programas de reabilitação psicossocial.

Para além disso, a psiquiatria comunitária enfatiza a importância da colaboração interdisciplinar e da participação ativa dos pacientes e das suas famílias no seu processo de tratamento. As equipas de saúde mental comunitária incluem profissionais de diversas áreas, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que trabalham em conjunto para proporcionar cuidados abrangentes e integrados (Goodman, 1976; Severo, 2012).

Esses avanços na interseção entre psiquiatria e direitos humanos refletem uma mudança de paradigma em direção a uma abordagem mais respeitadora do doente, e mais inclusiva no tratamento das doenças mentais. A proteção dos direitos humanos das pessoas com perturbações psiquiátricas continua a apresentar-se como um desafio global, mas os esforços contínuos visam garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde mental de qualidade, respeitando sua dignidade e autonomia.

Em Portugal surgiu a nova Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de julho), que entrou em vigor a 20 de agosto de 2023. O diploma, resultante de uma proposta elaborada por uma comissão de especialistas e apresentada pelo Governo à Assembleia da República, veio substituir a Lei de Saúde Mental de 1998, cuja revisão se justificava após mais de vinte anos de vigência, considerando, por um lado, os avanços registados nesta área a nível clínico, e, por outro, os compromissos assumidos por Portugal, relativamente a esta matéria, no âmbito da Organização Mundial de Saúde, do Conselho da Europa, da União Europeia e de outras instâncias internacionais.

A Lei de Saúde Mental dispõe sobre a definição, os fundamentos e os objetivos da política de saúde mental, consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, regula as restrições dos seus direitos e estabelece as garantias de proteção da liberdade e da autonomia destas pessoas. O diploma reflete o quadro valorativo à luz do qual devem ser entendidas todas as abordagens terapêuticas neste domínio, baseadas na dignidade da pessoa humana.

Relativamente à garantia dos Direitos Humanos há avanços significativos – Ao revogar o n.º 3 do artigo 92.º do Código Penal, a nova Lei elimina a possibilidade de prorrogação indefinida da medida de segurança de internamento de inimputáveis. Ou seja, a lei passa a impedir que as medidas de internamento tenham, na prática, uma duração ilimitada ou mesmo perpétua, prevalecendo o entendimento de que nenhum cidadão – imputável e inimputável – pode ser privado de liberdade com carácter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida.

Conclusões ou Considerações Finais

Em suma, os direitos humanos em psiquiatria visam garantir que as pessoas com doenças mentais sejam tratadas com respeito, dignidade e equidade, promovendo a sua autonomia, inclusão e bem-estar. O respeito pelos direitos humanos é essencial para assegurar uma abordagem ética, eficaz e centrada na pessoa no tratamento das doenças mentais.

A coerção em psiquiatria evoluiu de práticas desumanas e coercivas ao longo dos séculos para uma abordagem mais humanizada, centrada nos direitos humanos e na autonomia do doente. Apesar dos avanços, a coerção em

psiquiatria continua a ser um tema complexo e em constante evolução, tendo como objetivos a prestação de cuidados mais eticamente corretos, mas o equilíbrio entre a preservação da autonomia do doente e o dever de cuidar e garantir a segurança do próprio, de terceiros e de bens é um desafio complexo e difícil.

Referências

- Braslow, J. T., & Marder, S. R. (2019). History of Psychopharmacology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 25-50. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514>
- Daugherty, B., Warburton, K., & Stahl, S. M. (2020). A social history of serious mental illness. *CNS Spectrums*, 25(5), 584-592. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001364>
- Denny, F. (2014). *The Architecture of Madness: An analysis of English Psychiatric Institutions since the Eighteenth Century*.
- Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4).
- Gehl, J. (2013). *Cidades para Pessoas* (E. Perspetiva, Ed.).
- Goodman, H. (1976). Architecture and psychiatry – what has been achieved? *World Hosp.*, 12(1), 75-79.
- Gross, H. (2010). Hospital architecture – from “bed castle” to “healing environment.” *Dtsch Med Wochenschr*, 135(14), 13. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1247677>
- Hadley, B. (2021). *The Architecture of Mental Health*.
- Matias, K. D. (2015). *A Loucura na Idade Média: Ensaio sobre algumas representações*. Universidade de Coimbra.
- Mente, J. D. A. (2019). *Janela da Mente: A influência da Arquitetura na Saúde Mental*.
- Misericórdia do Porto. *Centro Hospitalar Conde de Ferreira – História*. https://portaldaSaude.scmp.pt/pt-pt/centro-hospitalar-conde-de-ferreira/historia_3
- Oliveira, C. F. de. (n.d.). *Embates psiquiátricos na segunda metade do século xx – o discurso contra hegemônico da antipsiquiatria*. 30º Simpósio Nacional de História.
- Priebe, S. (2003). Community mental health care in Europe – an overview. *Medicinski Arhiv*, 57(5-6 Suppl 1), 51-55.
- Rebollido, B. A. (2014). *A evolução e influência do desenho arquitetónico no Hospital Psiquiátrico*.
- Seidel, A. D., Kim, J. T., & Tartaka, L. B. R. (2012). Architects, Urban Design, Health and Built Environment. *Journal of Architectural and Planning Research*, 29, 241. www.famousarchitect.blogspot.com;
- Severo, D. (2012). Environmental dependencies, architecture and psychiatry: is the asylum back? *Soins Psychiatrie*, 280, 14-19.
- Shorter, E. (2008). History of psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(6), 593-597. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32830aba12>
- Singh, A., Daniel, L., Baker, E., & Bentley, R. (2019). Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(2), 262-272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.018>
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental em Portugal*.
- Wellcome Collection. *The Hospital of Bethlem [Bedlam]*. <https://wellcomecollection.org/works/jjtpc4qv>
- World Health Organization. (1946). *Constitution of WHO*.

Francis Willis, a psiquiatria do século XVIII e a loucura real

Cláudia Sousa Reis

Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

E-mail: claudia.casr@gmail.com

Resumo

Sobrinho-neto de Thomas Willis, o “Pai da Neurociência”, Francis Willis (1718-1807) foi um médico inglês que se dedicou à doença mental, numa época em que a Psiquiatria começava a emergir. Ficou famoso após o tratamento do Rei George III do Reino Unido, embora a sua boa reputação antecederesse esse evento. O objetivo deste capítulo é explorar a carreira de Francis Willis, destacando o seu impacto na História e na Psiquiatria. Para tal, foi conduzida uma pesquisa na Medline, seguida de revisão da literatura identificada. Da revisão, sobressai o papel pioneiro de Francis Willis na humanização da abordagem da pessoa com doença mental. Defendia o “tratamento moral”, baseado na compaixão e compreensão, e a importância de um ambiente calmo e rotina estruturada. Os seus sucessos terapêuticos atraíam clientes da alta sociedade, tanto que, depois do Rei George III, foi chamado a tratar a Rainha Maria I de Portugal, embora sem sucesso.

Palavras-chave: Francis Willis, Rei George III, Rainha Maria I de Portugal, psiquiatria, tratamento moral

Abstract

Great-nephew of Thomas Willis, the “Father of Neuroscience”, Francis Willis (1718-1807) was an English doctor who dedicated himself to mental illness, at a time when Psychiatry was beginning to emerge. He became famous after treating King George III of the United Kingdom, although his good reputation predated this event. This chapter aims to review the career of Francis Willis, highlighting his impact on History and Psychiatry. To this end, a search was conducted on Medline, followed by a review of the identified literature. The review highlights the pioneering role of Francis Willis in humanizing the treatment of mentally disabled people. He advocated the “moral treatment”, based on compassion and understanding, and the importance of a calm environment and structured routine. His therapeutic successes attracted clients from high society, so much that, after King George III, he was called upon to treat Queen Mary I of Portugal, although without success.

Keywords: Francis Willis, King George III, Queen Mary I of Portugal, psychiatry, moral treatment

Introdução

O Dr. Francis Willis alcançou a fama nacional e internacional após o seu alegado sucesso no tratamento do primeiro episódio maníaco do Rei George III em 1788-1789, sendo esse o motivo por que é conhecido. Essa imagem popular, contudo, ignora o seu contributo e pioneirismo no desenvolvimento da psiquiatria. Aqui exploramos a carreira de Francis Willis e a história da loucura e do tratamento de dois monarcas – Rei George III do Reino Unido e Rainha D. Maria I de Portugal.

1. Francis Willis

Francis Willis (1718-1807) nasceu em Lincolnshire, Inglaterra, no seio de uma família distinta, sendo sobrinho-neto do célebre médico do século XVII, Dr. Thomas Willis, o “Pai da Neurociência”, e filho de um ministro da Catedral de Lincoln. A sua educação numa família enlaçada com a igreja lançou as bases para sua carreira multifacetada, que combinou elementos da academia, da medicina e do clero. Começou por frequentar a Universidade de Oxford, onde obteve o grau de “Mestre em Artes” (M.A.) em 1741. Foi depois ordenado sacerdote e estudou medicina, tendo-se consagrado médico em 1759, também pela Universidade de Oxford (Smith & Peters, 2017). Iniciou a sua atividade clínica como médico geral em Dunston, especializando-se posteriormente no tratamento dos indivíduos com perturbações mentais (Willis, 1823). Estabeleceu uma boa reputação que atraía clientes de longe e dos mais altos círculos sociais, tanto que, em 1760, o hospital de Dunston estaria já a funcionar como um asilo psiquiátrico privado. Em 1776, adquiriu uma enorme mansão em Greatford – conhecida como Greatford Hall – onde fundou um asilo psiquiátrico rural que funcionou até à sua morte, em 1807 (Smith & Peters, 2017).

2. Os contributos para a psiquiatria do século XVIII

Francis Willis defendeu e promoveu o Tratamento Moral, primeiramente em Dunston e mais tarde em Greatford. O Tratamento Moral baseava-se em medidas mais humanas, embora paternalistas, que substituíram parcialmente os métodos brutos da época, tais como a purgação, a sangria, o uso de medicamentos tóxicos e de camisas de força. Tinha como pilares o cuidado, a compaixão e a compreensão, mas também a disciplina e a estruturação da rotina diária (Smith & Peters, 2017).

Ao chegar a Greatford Hall, não se observavam “lunáticos” a vaguear inofensivamente como noutros asilos até então, mas sim “lavradores, jardineiros, debulhadores, cortadores de palha e outros trabalhadores” que eram na verdade os doentes. A oferta de oportunidades para ocupação e exercício ao ar livre faziam parte do sistema coeso que Francis Willis estabeleceu em Greatford (Reynolds, 1827).

O plano terapêutico habitual compreendia elementos médicos e psicológicos ou ‘morais’. Assim, após um período de observação e avaliação, Francis Willis prescrevia remédios para tratar os sintomas corporais e garantir a restauração do equilíbrio adequado nas “funções vitais”. Este equilíbrio era também promovido através de restrições alimentares e da promoção de exercício físico vigoroso, nomeadamente através da caminhada. Não obstante, era na componente ‘moral’ que Francis Willis investia os seus principais esforços. Os esforços iniciais tinham como objetivo o controlo de manifestações comportamentais violentas ou erróneas, com recurso a coletes de força como forma de prevenção de danos. Depois, Francis Willis usava o seu semblante e o seu olhar de maneira carismática para criar uma aura de dominação e impor respeito. Era de seu objetivo ser intimidatório, manter uma sensação de medo e provocar submissão, acreditando que a disciplina e as restrições impostas proporcionariam a estabilidade mental. Atingida essa estabilidade, poderia então introduzir formas mais brandas de aconselhamento psicossocial que incluíssem o consolo, o diálogo e o planeamento de prevenção de recaídas (Smith & Peters, 2017).

3. A Loucura Real e o seu tratamento

3.1. Rei George III do Reino Unido

George III (1738-1820, reinado 1760-1820) herdou o trono inglês após a morte do seu pai em 1751. O seu reinado coincidiu com um período histórico de grande transformação quer na América quer na Europa, testemunhando o ganho de independência pelas colónias francesas, a Revolução Francesa e as Guerras Napoleónicas (Livermore, 1947). George III terá dado sinais de doença cedo no seu reinado, havendo referências a insónia, pontadas no peito e possivelmente depressão datadas de 1765 (Pearce, 2017). Durante os surtos do rei, o Príncipe de Gales recebia regularmente cartas dos médicos do seu pai, relatando os seus hábitos e comportamentos, de modo que existem vários relatos da sua doença (*Medical Papers Relating to the Health of George III*, n.d.). Macalpine & Hunter (1969), *apud* Pearce (2017), afirmaram que o Rei sofria de porfíria, uma doença metabólica que pode afetar o sistema nervoso central, mas esse diagnóstico foi posteriormente contestado, sendo que atualmente a principal hipótese diagnóstica é a de doença afetiva bipolar.

O primeiro episódio grave de doença aconteceu entre outubro de 1788 e março de 1789, quando o Rei tinha 50 anos (Pearce, 2017). Terá sido episódio maníaco, estando descrito que “Sua Majestade tornou-se mais rabugento do que costumava ser e está agitado e fala incessante e incoerentemente”. Um pouco mais tarde, em dezembro de 1788, percebe-se que a condição do Rei piorou ainda mais, pois está descrito que “Sua Majestade tornou-se tão ingovernável que se recorreu ao colete de forças: as suas pernas foram amarradas e ele foi preso no peito, e nesta situação melancólica ele se encontrava quando vim fazer as minhas perguntas matinais.” (*Medical Papers Relating to the Health of George III*, n.d.). Foi nesta altura, em 1788, que Francis Willis, já com 70 anos, foi chamado para atender George III. Insistiu em ter controlo exclusivo sobre o tratamento do Rei, o que não foi bem visto por parte dos outros médicos, que tratavam Francis Willis com desprezo e hostilidade (Pearce, 2017). Em boa verdade, também o desprezavam por ser um “clérigo que dirigia um asilo” e por não pertencer ao Colégio Real de Médicos. Francis Willis contava então com a colaboração de dois dos seus filhos e 3 assistentes trazidos de Greatford (Smith & Peters, 2017). As técnicas implementadas no tratamento de George III eram semelhantes às utilizadas em Lincolnshire, incluindo uma dieta leve e rigorosa, um regime de exercício saudável, contenção mecânica frequente e técnicas psicológicas e dramáticas destinadas a induzir a submissão à autoridade do Dr. Francis Willis (Smith & Peters, 2017). Além disso, várias substâncias e métodos foram utilizados para livrar o corpo do Rei de toxinas, nomeadamente arsénicos, pó de antimónio, laxantes, bolhas na pele e tártaro emético. Com efeito, a análise do cabelo do Rei, após a morte, revelou quantidades de arsénio muito superiores às necessárias para induzir uma encefalopatia ou desencadear porfíria, o que pode ter contribuído para a sua “loucura” (Cox et al., 2005).

Entretanto, dado o prolongar da doença do Rei, foi submetido e aprovado pela Câmara dos Comuns o projeto-lei que autorizava o Príncipe de Gales a atuar como regente. Contudo, George III recuperou e reassumiu as suas funções antes da aprovação pela Câmara dos Lordes – órgão jurídico e político superior – pelo que o projeto-lei ficou sem efeito. De volta à governação, o George III deparou-se com grandes desafios em virtude da turbulência da Revolução Francesa, que derrubou a monarquia francesa em 1789. Com efeito, o rei aumentou os impostos, convocou exércitos e suspendeu o direito ao *habeas corpus* e outras salvaguardas legais, exacerbando assim a instabilidade política. Em 1801 e 1804, George III teve outros episódios maníacos, alimentando ainda mais a turbulência jurídica e política, e em outubro de 1810, após a morte da sua filha Amelia, fica novamente descompensado e assim permanecendo até à sua morte em 1820. O Príncipe de Gales foi nomeado Regente em fevereiro de 1811 (Ayling, 1972).

Apesar da natureza radical do tratamento a que foi sujeito, o Rei George III sentiu-se profundamente grato a Francis Willis, tanto que o presenteou com um relógio de ouro descrito numa carta como “um símbolo dessa consideração que sempre terei por Ele” (Haslam, 1997). Francis Willis foi ainda recompensado, em 1790, com uma pensão anual de £1000 (Smith & Peters, 2017). E como a recuperação do rei em 1789 lhe foi creditada, Francis Willis foi depois convocado para aconselhar sobre os problemas de saúde mental da Rainha D. Maria I de Portugal. No entanto, neste último caso, o papel de Francis Willis foi meramente consultivo, e a evolução clínica da Rainha foi menos favorável (Peters & Willis, 2013a).

3.2. Rainha Maria I de Portugal

Maria de Bragança (1734-1816, reinado 1777-1816) era a mais velha das quatro filhas de Mariana de Bourbon e José de Bragança (José I de Portugal). Era conhecida como “Maria a Piedosa” em Portugal e como “Maria a Louca” no Brasil. O seu pai reinou de 1750 a 1777, mas era um monarca inoperante, pelo que o reino ficou nas mãos do primeiro-ministro, Sebastião de Carvalho e Melo, o mais tarde Marquês de Pombal (1699-1782). Apesar da eficácia demonstrada aquando do catastrófico terramoto de Lisboa de 1755, Pombal tentou transformar Portugal num Estado secular, afastando progressivamente os Jesuítas da Corte através da execução, prisão ou demissão, como foi o caso do confessor de Maria – um evento profundamente marcante para ela que foi criada num ambiente fortemente religioso. O Marques de Pombal foi ainda responsável por outros massacres que perturbavam Maria, como a execução pública do Duque de Aveiro e de vários membros da família Távora pela sua alegada implicação no atentado ao Rei José (Peters & Willis, 2013b) and uses the program OPCRIT to propose diagnoses of major depressive disorders. The high prevalence of consanguinity and insanity among the Portuguese monarchy and their antecedents probably contributed to their mental health problems. The successive contributions of the Willis family from Thomas Willis (1621-75).

Como mulher, legalmente, Maria só poderia ser rainha se casasse com um cidadão Português, então ela casou com o tio, Pedro de Bragança (mais tarde D. Pedro III), em 1760 (Livermore, 1947). Com efeito, em 1777, após a morte do pai por acidente vascular cerebral, Maria assumiu o trono. Logo dispensou os serviços de Pombal e reverteu muitas das medidas por eles impostas ao longo de duas décadas perturbadoras (Peters & Willis, 2013b) and uses the program OPCRIT to propose diagnoses of major depressive disorders. The high prevalence of consanguinity and insanity among the Portuguese monarchy and their antecedents probably contributed to their mental health problems. The successive contributions of the Willis family from Thomas Willis (1621-75).

Os primeiros sintomas de doença mental da Rainha surgiram após a morte do marido, em 1786, mas foi em 1788 que agravaram substancialmente. Nesse ano, faleceram o seu confessor, Irmão Inácio, o filho mais velho (José, Príncipe do Brasil e herdeiro ao trono) e a filha, estes últimos por varíola. Esta perda despertou na Rainha sentimentos de culpa, pois ela havia sido aconselhada a vacinar a família contra a varíola e recusou por motivos religiosos. Nesta altura, chegavam a Portugal as notícias da grave doença mental de George III e da Revolução Francesa, contribuindo para as angústias de D. Maria I (Peters & Willis, 2013b) and uses the program OPCRIT to propose diagnoses of major depressive disorders. The high prevalence of consanguinity and insanity among the Portuguese monarchy and their antecedents probably contributed to their mental health problems. The successive contributions of the Willis family from Thomas Willis (1621-75).

Infelizmente, ao contrário de George III, escasseiam os registos médicos sobre o estado clínico de D. Maria I. A maioria da informação existente provém dos despachos dos enviados britânicos. Nestes, encontramos referência a sintomas como “falta de sono”, “dores de estômago”, “reflexões melancólicas”, “inquietação e apreensão” e “mente angustiada”, sugerindo sintomatologia depressiva e ansiosa (Peters & Willis, 2013b) and uses the program OPCRIT to propose diagnoses of major depressive disorders. The high prevalence of consanguinity and insanity among the

Portuguese monarchy and their antecedents probably contributed to their mental health problems. The successive contributions of the Willis family from Thomas Willis (1621-75). Nestes períodos de depressão, a Rainha apresentava intensos sentimentos de culpa, provavelmente de natureza delirante, acreditando ser responsável pelos horrores do mundo e ter falhado com os seus deveres. Terá verbalizado que a morte dos seus filhos e entes queridos foi um castigo divino pelos seus pecados, e que a sua alma e a do seu pai estavam destinadas ao Inferno – sendo de realçar o potencial contributo do seu confessor para esta ideia, ao pregar sobre os horrores do Inferno e sobrecarregar a Rainha com penitências. (Módolo et al., 2019; Roberts, 2009) D. Maria I também apresentou um delírio niilista, julgando “estar morta e que não ter entranha” (Módolo et al., 2019).

Em 1792 surgiram novos sintomas, aparentemente de natureza maníaca. Segundo relatos, a Rainha oscilou de um estado de “letargia” em que parecia “morta” e não conseguia “ser animada”, para outro de “excitação violenta”, que podia durar vários dias, fazendo com que os seus ajudantes ficassem acordados a noite toda (Módolo et al., 2019; Roberts, 2009). Estão descritos momentos de “frenesim” e “fúria”, de “vociferar e enfurecer-se”, de agitação e heteroagressividade física, noites passadas a “andar de um lado para o outro, puxando os cabelos e dizendo palavras incoerentes” e conversas “de natureza de casta inferior”. Outras vezes, D. Maria I estava alegre e cantava, o que não era considerado normal (Módolo et al., 2019; Peters & Willis, 2013b; Roberts, 2009)

O agravamento dos sintomas motivou a convocatória de Francis Willis, que chegou em Portugal em março de 1792. O quadro parecia inicialmente favorável, mas o seu limitado papel de conselheiro comprometeu as suas tentativas de afastar a Rainha da pressão da vida na corte e a plena aplicação dos seus métodos. D. Maria I continuou a ter grandes oscilações de humor e até episódio sendo sujeita à contenção mecânica, bolhas e medicação não especificada. Foi então declarada como incurável e inapta para governar, pelo que os seus poderes foram transferidos para o seu filho João (mais tarde, rei João VI) nesse mesmo ano – embora só em 1799 tenha recebido o título oficial de Primeiro Regente. Francis Willis recomendou a continuação de cuidados pelos médicos da Universidade de Coimbra e regressou a Inglaterra, ainda em 1792, com mais £16 000 (Peters & Willis, 2013b) and uses the program OPCRIT to propose diagnoses of major depressive disorders. The high prevalence of consanguinity and insanity among the Portuguese monarchy and their antecedents probably contributed to their mental health problems. The successive contributions of the Willis family from Thomas Willis (1621-75).

Daí em diante D. Maria I teve “momentos de alívio mas, uma vez superados, os sintomas voltam mais fortes do que nunca” (Marrocos, 1939; Wilcken, 2004) até à sua morte por causa cardiovascular no Brasil em 1816 aos 82 anos (Boléo, 2009; Wilcken, 2004). Duas irmãs de Maria, Mariana e Dorothea, tinham sintomas psíquicos semelhantes aos seus, bem como o seu filho D. João que sofria de episódios de melancolia. De facto, a monarquia portuguesa tinha os seus antecedentes nas dinastias Habsburgo, Bourbon e Bragança, todas com uma elevada prevalência de casamentos consanguíneos, – nomeadamente na forma de casamentos entre tio-sobrinha, tia-sobrinho e primos – o que provavelmente contribuiu para a prevalência de doenças mentais e outras nas suas famílias (Peters & Willis, 2013a).

Considerações finais

A perturbação afetiva bipolar não era conhecida como tal no século XVIII, mas aparentemente ambos os monarcas sofriam desta patologia, à data vista como loucura. Coincidentemente, estes monarcas foram contemporâneos e foram tratados pelo mesmo médico, o Dr. Francis Willis, que é o elo comum destas três histórias – a da Psiquiatria, a de George III e do Reino Unido, e a de D. Maria e de Portugal. Francis Willis faleceu em casa, em Greatford, aos 90 anos, tendo os seus filhos construído um monumento no local do seu enterro.

Fontes e bibliografia final

- Ayling, S. (1972). *George the Third*. (1ª ed) London: Collins.
- Boléo, L. (2009). *D. Maria I – A Rainha Louca de Luísa V. de Paiva*. A Esfera dos Livros.
- Cox, T. M., Jack, N., Lofthouse, S., Watling, J., Haines, J., & Warren, M. J. (2005). King George III and porphyria: An elemental hypothesis and investigation. *Lancet* (London, England), 366(9482), 332-335.
- Haslam, M. T. (1997). The Willis family and George III. *History of Psychiatry*, 8(32), 539-553.
- Livermore, H. V. (1947). *A History of Portugal*. Cambridge University Press.
- Marrocos, L. J. dos S. (1939). *Cartas de Luiz Joaquim dos Santos Marrocos: Escritas do Rio de Janeiro a sua família em Lisboa, de 1811 a 1821*. Serviço gráfico do Ministério da Educação.

- Medical papers relating to the health of George III.* (n.d.). Retrieved 25 March 2024, from <https://www.rct.uk/georgian-papers-programme/collections-and-catalogue/george-iii-queen-charlotte-and-family/medical-papers-relating-to-the-health-of-george-iii>
- Módolo, M., Negro, H., Reis Fernandes, N., Pereira Porto, N., & Garcia Dias, F. (2019). *DEL PRIORE, Mary. D. Maria I: as perdas e as glória da rainha que entrou para a história como “a louca”*. São Paulo: Benvirá, 224 p.
- Pearce, J. M. S. (2017). The Role of Dr. Francis Willis in the Madness of George III. *European Neurology*, 78(3-4), 196-199.
- Peters, T., & Willis, C. (2013a). Maria I of Portugal: Another royal psychiatric patient of Francis Willis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(3), 167.
- Peters, T., & Willis, C. (2013b). Mental health issues of Maria I of Portugal and her sisters: The contributions of the Willis family to the development of psychiatry. *History of Psychiatry*, 24(3), 292-307.
- Reynolds, F. (1827). *The Life and Times of Frederick Reynolds*. (2^a ed) H. Colburn.
- Roberts, J. (2009). *D. Maria I – A Vida Notável de uma Rainha Louca de Jenifer Roberts*. (2^a ed) Alfragide: Casa das letras.
- Smith, L., & Peters, T. (2017). ‘Details on the Establishment of Doctor Willis, for the Cure of Lunatics’ (1796). *History of Psychiatry*, 28(3), 365-377.
- Wilcken, P. (2004). *Empire adrift: The Portuguese court in Rio de Janeiro, 1808-1821*. Verlag: Bloomsbury.
- Willis, F. (1823). *A treatise of mental derangement. Containing the substance of the Gulstonian Lectures for May, 1822*. London: Longman, Hurst, Rees, Orme, and Brown.

Spinoza's philosophy of affects

Daniel Terêncio, Sousa, Mariana Sousa, Filipa Ramalheira

Unidade Local de Saúde de São José – Pólo Júlio de Matos

E-mails: danielterencio@ulssjose.min-saude.pt; marianacosta@ulssjose.min-saude.pt;

fliparamalheira@ulssjose.min-saude.pt

Abstract

Throughout history, the study of man and mental life as had a notorious focus on the rational aspects of the mind, with the interest in and development of the semiology of the affectivity appearing with a bigger prominence more recently, in the XIX and XX centuries. With this we don't mean to say that some people had not before leaned over this topic. The philosopher Spinoza was one of them. In his work, *Ethics*, Spinoza set out to define a guide not just to understand human behavior, but also to a moral and happy life. At the core of his system, however, we find the inevitability of the human being to be subjected to affects and passions.

In this work, we intend to do an exposition of some of Spinoza's ideas as present in the *Ethics* and explore some points in common with contemporary notions in psychopathology and psychology.

Keywords: ethics, Spinoza, affects, philosophy

Introduction

During history's study of man and mental illness, there's been a preference for the rational aspect of the individual, leading to an underdeveloped state on the semiology of affectivity, with sometimes confusing definitions for terms such as "mood", "affect", "emotion" or "passion". Although authors like Freud or Janet showed great interest in this aspect of human life, previous thinkers had already leaned over this subject.

Benedict de Spinoza was a XVII century Dutch philosopher and artisan of Judaic-Portuguese origins. In one of its greater works, the *Ethics*, published shortly after his death at 44 years-old, Spinoza sought, in a rational and geometrical way, a guide not just to understand human behavior but also a path to a moral life and attainable happiness.

In this work, we expose some of Spinoza's ideas as present in the *Ethics*, exploring some points in common with today's psychopathology and notions in psychology.

Spinoza's philosophy of affects

Spinoza divides the *Ethics* in five parts, each one focusing on a subject, slowly unfolding towards an end-point understanding of a facet of the universe, each building on the previous ones, culminating in the ethic system Spinoza set out to create. These parts treat: (I) of God; (II) of the nature and origin of the Mind; (III) of the origin and nature of the Affects; (IV) of human bondage or the powers of the affects; (V) of the power of the intellect or on human freedom. That Spinoza's philosophy is built upon a rationalist view of the world (much like Descartes' before him) is patent just by the titles of the five chapters and the way the work unfolds; firstly, it goes of the principle that, by an effort of reason, the knowledge about the essence of the universe may be achieved; and second, chapter V delves on the affects as the powers that bind humans and restrain their freedom, appearing reason in chapter V as the way to get rid of those shackles and achieve the highest form of freedom human beings may attain.

It goes beyond the scope of this text to do a profound analysis on the arguments and the philosophy of the first chapter of the *Ethics*. But a short description is needed at least as a bridge to what comes next. Spinoza starts by defining a substance as what is in itself and is conceived through itself, that is, requiring no other thing to its own definition. Since we live in a world of effects brought about by certain causes, which in themselves are effects of previous causes, *ad infinitum*, every one of those effects in themselves do not constitute a substance; their complete knowledge and description requires a recognition and description of another thing (i.e. its cause). For Spinoza, only one substance exists, that is God, which is infinite and whose essence has infinite attributes, and everything that exists is but a manifestation or a mode of those attributes, something that exists only through God, or, in other words, the modes of each attribute have God as their cause as long as God is considered under that attribute. So, Spinoza says, thought is an attribute of God as is extension, which is to say that God is a thinking thing and

an extended thing. Not only that, but God can think infinitely many things in infinitely many modes, and is an infinitely extended being. The more things a thinking being can think (or likewise pertaining to extension), the more reality, or perfection, it contains; and from that he concludes that God is perfection.

Still regarding the nature of God, Spinoza concludes that the thinking substance and the extended substance are one and the same (since there is only one substance), now comprehended under one attribute (thought), now under another (extension). And, as everything follows from God, the order and connection of ideas is the same as the order and connection of things (Spinoza gives the example of a circle or the idea of that circle, which are both the same thing existing in God but explained first by the attribute of extension and then by the attribute of thought).

With this, we get to the idea of the human mind and the second chapter of the *Ethics*. If the human mind is a mode of thinking, the first thing which constitutes it must be an idea, and that idea must have a corresponding object (i.e., a corresponding mode of extension); that object is the body. With this view, Spinoza argues a theory in metaphysics which, through monism, offers an explanation for the mind-body dualism debate (a monism of cosmos with one substance, and a mind-body dualism through two modes of attributes which were being erroneously considered separate by other philosophers but pertain indeed to the same thing) and clarifies what should be understood by the union of mind and body.

Let's now look further into the mind-body relation. All bodies (and here we do not mean the human body in specific, but everything which is a mode of extension, since Spinoza doesn't distinguish them) either move or rest; a body moving or resting must have been so determined by another body, which has also been determined by another, and so on to infinity; this change or transmission of movement involves the nature of each body in that interaction. Notice in the previous phrase once again the deterministic nature of Spinoza's system. Bodies can be agglomerated and constrained in such a way that they always communicate their motions in a fixed manner (even though some may move faster or slower than the others); when this is the case, they may be said to constitute a body or individual; the human body is such a case, an individual constituted by many smaller bodies (some fluid, some softer, some hard) and which retains its nature. How does this play out if we turn our attention to the mind? The same: recall that the order and connection of ideas is the same as the order and connection of objects; so, if the human body is constituted by many individual bodies, the idea of the human mind is composed by many ideas of the parts of the bodies.

As bodies interact with each other, imprinting movement or rest, we can say that our body is affected by external bodies or affects them, and whatever happens to the human body, the object of the human mind, must be perceived by the latter. From this Spinoza concludes that the more different ways our body can be disposed (which is to say, can affect or be affected), the more our mind will be capable to perceive. What does Spinoza intend by movement? Since he doesn't give a definition when introducing the term, it is plausible to assume he intended to mean literal movement and that he thought the term was clear by itself; doing an intermediary note here, I (and this is a personal remark and not an explanation present in the *Ethics*) would argue that by movement and rest we could try and be not too strict in the definition; for example, as light reaches our body, there is an affection of the second that is not created by what we would normally define as movement.

From the previous paragraph, it follows that the human mind perceives the human body and the world around through the affections of the first, since the idea of other objects in themselves (as opposed to through modifications of our body) cannot be in the human mind (which is constituted by the idea of the human body). What happens when the human body is affected by an external body? The human mind will perceive it and will regard that external body as present (since it will contain an idea that posits the existence or presence of that object) until the body is affected by an affect that excludes that presence. But Spinoza goes further and says that, if later, the different parts of the human body (recall that the human body itself is constituted by many smaller bodies) move in a way that their surfaces (previously changed by the movement or affection imprinted by the external object) interact in that same manner, once again the mind will regard that object as present. Spinoza calls this imagining. If it happens that the human body is affected by two or more external objects at the same time, when it subsequently imagines one it will immediately recollect the others. Spinoza calls this memory – a connection of ideas involving the nature of things outside the human body and which are in the mind according to the order and connection of the affections of the body. In this way, our mind goes from thought to thought and this process goes differently between different individuals, since in each one these associations have ordered the images of things in the body as he has been accustomed. I find it interesting to think of this notion as something that today we could parallel with the association model of Jaspers about the flux of the psychic life and the constellation of ideas, an array of associative possibilities built upon past experiences, at least in part socially and culturally conditioned.

One of the, maybe less intuitive, consequences or conclusions that follows from the previous arguments is that neither can the body determine the mind to think nor can the mind determine the body to move or rest (or to do anything else if there is anything else, in Spinoza's words), since the mind and the body are one and the same thing, conceived now under the attribute of thought now under the attribute of extension; the order or connection of things is one, the order and connections of actions and passions of our body is, by nature, at one with the order of actions and passions of the mind.

We then get to the III chapter of the *Ethics*, concerning the affects. But there's two points that need to be made before we continue. First, it's necessary to point out that, to Spinoza, ideas differ among themselves (and the same goes for bodies) and is possible that one is more excellent than the other, which is to say that one may contain more reality (be more perfect) than the other. Second, no thing can be destroyed except through an external cause, since it would be contrary to the nature of anything to contain in itself that which can destroy it (for the definition of anything affirms its essence and doesn't deny it). From this it follows that each thing, as far as it can by its own power, strives to persevere in its living. This striving for perseverance is, to Spinoza, *appetite* or *desire*, the only difference between these two being that desire is appetite together with the consciousness of that appetite.

The human body can be affected in many ways, in which its power of acting can be diminished, increased or, alternatively, can be rendered neither greater nor lesser. If that power is diminished or increased, there's a passing to a state of lesser or greater perfection, respectively. Consequently, the mind can undergo changes and pass to a greater or lesser perfection, for the idea of any thing that aids or restrains our body's power of acting aids or restrains our mind's power of thinking. These passions (Spinoza defines passions as these changes when mind is acted on with ideas from affections of the body) explain the affects of *joy* and *sadness*. By joy, Spinoza understands what follows that passion by which the mind passes to a state of greater perfection; by sadness, that passion by which it passes to a state of lesser perfection. These, together with appetite, constitute the three primary affects, for the rest arise from them.

The mind, by imagining, as described earlier, regards the object as present; so, the mind, as far as it can, will strive to imagine those things that increase or aid the body's power of acting (and, consequently, the mind's power of thinking since the order of ideas is the same as the order of things); on the contrary, when imagining those things that diminish the body's power of acting, it will strive to recollect things which exclude their existence. From this, Spinoza derives the definition of love and hate: *love* is joy with the accompanying idea of an external cause; *hate* is sadness with the accompanying idea of an external cause. Moreover, since when the body is affected by two or more external objects at the same time, the mind will immediately recollect the others when imagining one of them, and the imaginations of the mind indicate the affects of our body more than the external objects themselves, the same will happen to affects; i.e. if the body is affected by two affects at once, when it is subsequently affected by one of them it will be affected by the other. It follows that things can be the accidental cause of joy, sadness or desire. An object can be a cause of joy or sadness by, for instance, the fact that it has a likeness to something that is a cause of that affect, it is possible to love or hate some things without an apparent cause. Through this notions, we could say Spinoza would explain phenomena like conditioning or Pavlovian reflexes.

Exploring this last notion of simultaneous affects further we reach the concept of "*vacillation of the mind*" (Spinoza's concept which I would argue could be paralleled to our modern concept of ambivalence). What happens if a thing that usually affects us with an affect of sadness is like another which usually affects us with an equally great affect of joy? A constitution of the mind arises from two contrary affects, and we shall at the same time love and hate that thing.

With this kind of "plays" of the three primary affects, Spinoza goes on to explain the wide range of affects humans can experience. Since when the mind imagines anything it regards it as present, the affect of joy or sadness for a present thing is the same than for a past or future thing; however, since it usually happens that those who have experienced many things vacillate regarding things past or future, the affects which arise in this conditions are not so constant (they are generally disturbed by images of other things). So *hope* is an inconstant joy arisen from an image of a future or past thing whose outcome we doubt; *fear* an inconstant sadness arisen from an image of a doubtful thing; when the doubt involved is removed, hope becomes *confidence* and fear becomes *despair*. Finally, *gladness* is a joy arisen from the image of a past thing whose outcome we doubted, and *remorse* a sadness opposite to gladness.

If we imagine something we love to be affected by something else with joy or sadness, we too will be affected accordingly (for the thing we love is a cause of joy to us and so we will rejoice in anything that affirms it, i.e. affects it with joy, and hate anything that negates or destroys it). In this terms, *pity* is a sadness born from injury to

another; Spinoza doesn't name the joy arisen from another's good. *Favor* is love towards one who has done good to another, and the opposite *indignation*. Since what affects with sadness something that we pity, also affects us with sadness, we will strive to destroy or negate that thing's existence, which is to say that we strive to free the pitied thing from its suffering; so, *benevolence* is a desire to do good born out of pity. This kind of imitation of affects is the greater the more we imagine something to be like us, and extends to the third kind of primary affect, desire, so that *emulation* is desire for a thing arisen in us from the fact that we imagine others like us to have the same desire.

If we look on the previous paragraph from another perspective, we could say we would be affected with hate by someone/something that affects with joy something we hate and vice-versa. This and similar affects of hate are related to *envy*, the hate disposing a man to feel joy at another's misfortune and sadness at another's good fortune.

Man strives to do what he imagines other men to look on with joy, and is averse to doing what he imagines men to be averse to. This striving is *ambition*. The joy with which we imagine the actions of another by which he strove to please us is *praise*, the opposite *blame*. What will happen if we imagine ourselves the cause of joy or sadness? Since man is conscious of himself through the affections by which he is determined to act, one who has done something which he imagines affects others with joy will be affected with joy together with a consciousness of himself as the cause (and will regard himself with joy). The opposite goes with sadness. So, joy or sadness accompanied by the idea of an internal cause, arisen from the fact the man believes himself praised or blamed is, respectively, *love of esteem* and *shame*; otherwise, joy accompanied by the idea of an internal cause would be *self-esteem*, and the opposite sadness *repentance*.

This same reasoning goes for the multitude of other affects we can imagine: *scorn*, *overestimation*, *remorse*, *humility*, *pride*, *despondency*, *gratitude*, *cruelty*, *mercy*, *cowardice*, *daring*... All this born from the interplay of the three primary affects, joy, sadness and desire. To Spinoza, only affects related to joy or desire relate to the mind in so far as it acts (i.e. it is capable of understanding); the affects related to sadness relate to the mind in so far as it is acted upon, since, by definition, they mean a diminishing of the mind's power. I'd like to end this exposition with a remark on *longing*. According to Spinoza, he who recollects a thing by which he was once pleased desires to possess it in the same circumstances as when he was first pleased by it. Since it is possible that something is the accidental cause of joy (if it affects the body at the same time as the cause of joy), the person will desire to possess it all together with the thing that pleased him, i.e. he will desire the thing together with all the same circumstances and, one of those circumstances lacking, the lover will be saddened; this sadness, born from the absence of the thing loved (or accidentally loved), is *longing*. It is an interesting thought to wonder that, according to this argument, it would be possible to long in the presence of the thing loved by the absence of something else (accidentally associated), and, moreover, to not know what the absence is amidst the multitude of circumstances.

Conclusion

The entirety of the *Ethics* is not explored here, but an exposition was made on the several definitions and causes of the affects that the human mind experiences. Several of Spinoza's ideas, even greatly separated in time and coming from a totally different perspective (a philosophical and metaphysical one) find resonance with concepts that would later be developed by different authors in the psychiatric and psychotherapeutic field. At the very least, Spinoza offers a wide lexicon to think about affectivity and a different way to look at how the affects by which we charge external objects (being it other people, things, places, circumstances) develop and forces us to think about what affects or causes we don't recognize in our own lives.

Bibliography

Spinoza, B.D. (1996) *Ethics : Penguin Classics*. Reimpression. Translated by E. Curley. Penguin Publishing Group.

Some issues on biomedical law and mental health: ethical and legal reflections on the protection of transgender persons

Elena Atienza Macías

“Ramón y Cajal” Researcher of the Spanish Ministry of Science and Innovation, Faculty of Law,
University of Deusto, Donostia-San Sebastian Campus
E-mail: elena.atienza@deusto.es

Abstract

The study of transsexuality requires an interdisciplinary approach that contemplates not only the aspect of Law but also other disciplines such as Medicine. In Spain, a controversial debate has arisen since the publication of Law 4/2023 for the real and effective equality of trans people and for the guarantee of the rights of LGBTBI people. This legislation grants the right to this group to define their sex in the Civil Registry from the age of 16, without the need for an approving medical opinion or a period of prior hormone treatment. From the prudence required by an issue of such complexity, we agree that transsexuality should not be identified as a disease and that its recognition through registry changes cannot be conditioned to the imposition of surgical interventions or unwanted hormone treatments. This could be a good starting point and the object of this new law.

Keywords: biomedical law, health law, mental health, transgender

Introduction

The most controversial point of the Spanish transgender legislation is that it grants the right to define one's sex in the Civil Registry from the age of 16, without the need for an approving medical opinion or a period of prior hormone treatment. With the solid and emotionally powerful argument of avoiding stigmatising requirements and unjust and unnecessary suffering, this new law makes each person's sexual identity depend exclusively on the will expressed by that person. This is an interpretation of what is known as gender self-determination, built on the assertion that biological sex does not exist. Legally, it seems complex to assume that a person's membership of a specific group – to which the law recognises rights, protects and makes them the recipient of compensatory policies – can depend exclusively on the will expressed by that person. Among other things because this may affect other people and conflict with their rights.

1. Transsexuality, gender reassignment and intersexuality

1.1. State of the art

The study of transsexuality requires an interdisciplinary approach that takes into account not only the legal aspect – especially the fundamental rights dimension – but must also be complemented by contributions from other disciplines such as medicine, psychology, sociology, ethics and philosophy, without forgetting that it has been the subject of intense debate in politics, with the consequent legal shifts that this issue has been experiencing.

In Spain, the approval of Law 3/2007, of 15 March, regulating the registry rectification of the mention of a person's sex was a real milestone, and even more so the framing of this issue within the framework of art. 10. 1 EC, which proclaims the dignity and free development of the personality – and implicitly the recognition of a controversial “right to sexual identity” -, with the transcendental result, as far as this analysis is concerned, being the suppression of the presupposition of sexual reassignment surgery as an inexcusable requirement for the modification of the registry, which had been demanded by jurisprudence (through Court rulings).

The most notable advantage of this law is that it does not require surgical intervention for the change of name to take place.

However, it has the disadvantages of requiring hormone treatment for two years and of requiring a psychiatric diagnosis, known as “gender dysphoria”, in order to apply it. It was also an essentially civil law law – limited to the scope of the Civil Registry – which did not respond to all the demands of the affected groups, which have always been aimed at a comprehensive or multidisciplinary Gender Identity Law that regulates transsexuality in all its aspects, including that relating to health care.

1.2. Definition and concept

1.2.1. *Origins and terminological clarifications*

Transsexuality is not strictly speaking a recent reality (what is relatively recent is its surgical treatment thanks to the progress of medicine); it has existed since very ancient times and in different cultures, although it is in our time that it has acquired a marked social and scientific entity.

The first definition dates back to 1953 and was coined by Harry BENJAMIN as “the irreversible desire to belong to the opposite sex to that genetically established and to assume the corresponding role and to resort, if necessary, to hormonal and surgical treatment aimed at correcting this discordance between the mind and the body”.

The terminology used to designate the phenomenon under examination is not uniform and this is reflected in the text of Law 3/2007 itself: on the one hand, the Explanatory Memorandum of this law speaks of “transsexuality” and “change of gender identity”, on the other hand, Art. 4 of “diagnosis of gender dysphoria” and of “medical treatments to accommodate physical characteristics to those corresponding to the claimed sex” or “sexual reassignment surgery”, while the Second Final Provision refers to cases of “gender dysphoria”. All in all, “transsexuality” is the term we have chosen not only because it is the most widespread but also because it is precisely the one defended by the transsexual community itself and by psychologists.

However, the underlying idea refers to the transsexual as a person whose sexual or gender identity is contrary to their biological sex, in short, their sexual identity is in conflict with their anatomy. This is the psychosexual syndrome suffered by those who present a discordance between the sex that they psychologically feel as their own and the one that anatomically and registrally corresponds to them due to their organs, which makes them resort to medical-surgical treatment to correct this discordance, subsequently ensuring that their new reality is reflected in the Civil Registry.

1.2.2. *Distinction between related concepts*

a) Transsexuality and intersexuality

The differential diagnosis must first of all be made with intersexuality. An intersex person is considered to be a person who cannot be biologically identified unequivocally as belonging to the male or female gender on the basis of chromosomal, hormonal and/or anatomical particularities. In this sense, the individual presents a sexual ambiguity that is usually expressed through the simultaneous presence of male and female sexual organs, i.e. biological and physiological elements of both sexes concur.

It differs from hermaphroditism, although it is sometimes used as a synonym since, in its classical conceptualisation, hermaphrodites incorporate both sexes in their entirety and in intersexuals, as we pointed out earlier, the concurrence of indices of both sexes varies in each case.

It also differs from transsexuals in that the latter is an individual who does have an unequivocal biological sex but feels that he or she belongs psychologically to the other sex, which is why he or she often opts to undergo medical interventions to align his or her body with his or her sexual identity. This is why the transsexual condition is more complex, as it generates even more social rejection than intersexuality, as it is not possible to resort to purely physiological reasons – as can be done in intersexuality – to justify this discordance.

b) Transsexuality, homosexuality and transvestism

As has been the case in other areas, in the legal sphere there has commonly been confusion between sex, gender and sexual orientation. Thus, transsexuality was not legally recognised and was equated with homosexuality. The homosexual person, on the other hand, is well established in his or her gender and there is no hint of doubt as to his or her sexual identity, and it is precisely following its decriminalisation in 1979 that we can begin to speak of the regulation of issues relating to transsexuality independently.

In transvestism, on the other hand, there is no aversion to one's own anatomical sex, and the subject finds in dress fetishism a means of satisfying the libido, but without any doubt as to their sexual identity.

c) Transsexuality and sexual reassignment surgery

The concepts of transsexuality and sexual reassignment surgery are also commonly identified, with this medical-surgical treatment constituting the channel used by transsexuals to adapt the anatomical or biological sex that nature has given them to the one they really live and feel, or the psychosocial one. From a medical point of view, therefore, sexual reassignment surgery would consist of surgical procedures that transsexual women and men

undergo to, in effect, harmonise their anatomical sex with their sexual identity. It may focus on the genitalia – called genital reconstruction or reassignment surgery – and may include operations such as vaginoplasty, metadoioplasty or phalloplasty. There are also operations to feminise or masculinise non-genital sexual characteristics, such as mastectomy or facial surgery.

The first such surgery to be made public was performed on George (later Christine) JORGENSEN in Copenhagen on 3 December 1952. This sparked an intense and controversial legal debate about the admissibility or criminalisation of this medical practice.

1.3. Approach from a medical perspective

Since 1980, transsexuality has been classified as a mental disorder. As a consequence of this classification, there is a medical diagnosis attached to the dissociation between biological sex and socially ascribed gender, known in psychiatry as “gender dysphoria” which, broadly speaking, refers to the anxiety associated with the conflict between sexual identity and assigned sex. This is echoed in Law 3/2007, which requires a diagnostic report on gender dysphoria as one of its prerequisites.

In recent years, an increasing number of prestigious experts and researchers have been defending the decataloguing of transsexuality as a mental illness. Among the reasons put forward in favour of its depathologisation (not de-medicalisation, as comprehensive health care is one of the historical demands of this group, not on the basis of an illness but on the basis of a so-called “significant clinical discomfort”) is that this would help to eradicate the stigmatisation of the transsexual population as “ill”, an assumption that increases social rejection and generalised transphobia.

Reflecting these demands was the publication by the WHO of a new edition of its disease manual (ICD-11), which came into force in February 2022 to replace the one in force since 1990 (ICD-10). The new edition of this disease guide replaced the term “transsexualism” with “gender incongruence”, defined as a condition related to a person’s sexual health, rather than as a mental and behavioural disorder. It is not only the name and the status in the manual (in the chapter on “sexual health conditions”) that is changed, but also the definition.

The change that has been made is an achievement for the transgender community, which is calling for further progress towards the full depathologisation of transgenderism. This would mean that it would no longer be called and defined as “an incongruity”, but as an expression of human diversity.

However, transsexuality would no longer be listed as a mental disorder in the most comprehensive international disease manuals.

1.4. Legal approach

1.4.1. Law 3/2007 and the situation before Law 4/2023

Before the entry into force of Law 4/2023, trans persons (of Spanish nationality and of legal age) could only obtain a change of name and sex under Law 3/2007.

Article 4 of this law required an administrative procedure before the Civil Registry, in which the applicant trans person had to prove:

- (i) having been diagnosed with gender dysphoria through a medical or clinical psychological report
- and (ii) have been “medically treated for at least two years to accommodate their physical characteristics to those corresponding to the claimed sex”. This last requirement was not required in exceptional situations (when there were health or age reasons that made it impossible to follow the medical treatment accredited by a medical certificate).

Law 4/2023, of 28 February, for the real and effective equality of trans persons and for the guarantee of the rights of LGTBI persons” modifies the procedure for the rectification of the sex and name of trans persons, eliminating any requirement of a medical or psychological report as well as medical or surgical procedures.

This last point implies a depathologisation of the process, a historical demand of the trans community, accepting the so-called self-determination or self-determination of gender. In this way, Law 4/2023 represents a significant advance in the protection of the rights of trans people compared to its predecessor, Law 3/2007.

Despite the fact that the law avoids the word “self-determination”, most probably for political reasons (the draft bill did include it in more than twenty occasions), the procedure for the rectification of sex and registered name established by the law applies, in practice, the free determination of gender. According to the law, the change of registration could take approximately four months at the most. This procedure is based on three administrative steps:

1. The trans person must initiate an application at any Civil Registry office, which will summon him/her to an appearance upon receipt of the application.
2. At this first appearance, the person must choose their new name, if they do not wish to keep their current name, and they will be informed of the legal consequences of changing their registered sex, as well as the assistance and information measures that are available.
3. Within a maximum period of three months, the person interested in the change of registration shall be summoned again for a second appearance where, after ratifying his or her willingness to make the change, the change shall be made within a maximum period of one month.

1.4.2. *Who is affected?*

The procedure previously described for gender self-determination is the one that the law sets out for persons over 16 years of age.

In the case of persons between 14 and 16 years of age, they must be assisted by their legal representatives, appointing a legal guardian in the event of disagreement between the legal representatives and the minor.

On the other hand, persons between 12 and 14 years of age must request judicial authorisation to carry out the change of registration; it will be the judge, in these cases, who will have to “accredit the necessary maturity of the minor and the stability of his or her will to rectify the mention of his or her sex in the register”. This wording has clear echoes of the ruling of the Constitutional Court (Judgment 99/2019) described above.

The text therefore excludes any person under 12 years of age from being able to make the change of sex and name in the registry. Law 4/2023, by setting an age threshold, automatically excludes the possibility for children under 12 years of age to obtain a change of sex and name in any event.

Conclusions and openness to further questions

In this regard, in Spain we already have Law 4/2023, of 28 February, for the real and effective equality of trans people and for the guarantee of the rights of LGTBI people. This regulation grants the right to this group to define their sex in the Civil Registry from the age of 16, without the need for an approving medical opinion or a period of prior hormone treatment, i.e., by their own free will.

In this sense, it generates many doubts in public opinion. Such as:

On the one hand, how will this rule affect the current laws on gender-based violence? The gender aggravating factor in a crime of aggression is applied “when acts are carried out that imply domination by a man towards a woman because she is a woman”. In the event that the man had changed his sex in the civil registry, the assaulted woman would still be exposed to his physical superiority.

Likewise, what will happen to the categories of sporting competitions?

Also, what will happen to certain intimate situations, such as changing rooms, saunas or public toilets?

Furthermore, what will happen to women’s prisons?

This is an influential and necessary social debate in parallel to the action of the legislator.

Bibliography

- Armaza Armaza, E.J., & Atienza Macías, E. (2013). El tratamiento jurídico de las intervenciones en el aparato reproductor humano: esterilización, castración química y cirugía de reasignación sexual. In A. Palomar Olmeda/ J. Cantero Martínez (Dirs.), *Tratado de Derecho Sanitario, Vol. II*. Pamplona: Aranzadi – Thomson Reuters.
- Atienza Macías, E., (2022). Identidad sexual y sexualidad. In C.M. Romeo Casabona; P. Nicolás Jiménez & S. Romeo Malanda (Coords.). *Manual de Bioderecho*, Madrid: Dykinson.
- Hidalgo García, S. (2023). *Transsexualidad: sexo, género e identidad jurídica LGTBIQ+ y ley trans de 2023*. Pamplona: Aranzadi.

Acknowledgements

“Ramón y Cajal” 2021 grants from the State Plan for Scientific, Technical and Innovation Research, period 2021-2023 (Grant Ref. RYC2021-033628-I). Research Project “Experiencias para la promoción de los derechos humanos de las mujeres trans” (Ref.20/2023) of the Basque Government and Research Project PID2022-136743OB-I00 “El Derecho Penal ante los retos actuales de la Biomedicina” 2022 call for Knowledge Generation projects funded by MCIN, AEI and FEDER.

Curar o que não é doença: as terapias de conversão sexual na homossexualidade

Helena João Gomes, Raquel Alves Moreira, Joana Pereira Correia

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

E-mail: helena.j.gomes@ulsne.min-saude.pt; raquel.moreira@ulsne.min-saude.pt;

joana.correia@ulsne.min-saude.pt

Resumo

A homossexualidade foi considerada doença mental até 1973, altura em que foi removida da segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-II). As “terapias de conversão sexual”, também chamadas de “terapias de reorientação sexual” ou “terapias de reparação” correspondem a um conjunto de práticas feitas com o objetivo de alterar a orientação sexual de um indivíduo. Apesar de, atualmente, se saber que a homossexualidade não é uma doença e de não existir qualquer evidência científica que sustente a eficácia de tais “terapias”, estas continuam a ser aplicadas. Pelo contrário, existe evidência de que estas práticas podem ser perigosas, com consequências para a saúde mental e física dos indivíduos. Em Portugal, o projeto-lei que visa a sua criminalização foi aprovado na Assembleia da República em abril de 2023. Deste modo, a aplicação destas práticas levanta múltiplas questões éticas e discussão no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental.

Palavras-chave: homossexualidade, terapias de conversão, homofobia, psiquiatria

Abstract

Homosexuality was recognized as a mental illness until 1973 when it was removed from the second edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II). “Sexual conversion therapies,” also known as “sexual reorientation therapies” or “reparative therapies,” are a set of practices that aim to change or alter a person’s sexual orientation. Despite current knowledge that homosexuality is not a disease and the absence of scientific evidence supporting the effectiveness of such “therapies”, they continue to be practiced. On the other hand, there is evidence that these practices can be dangerous, with consequences for individuals’ mental and physical health. In Portugal, the bill to criminalize these practices was approved in the *Assembleia da República* in April 2023. Therefore, applying these practices raises multiple ethical questions and discussions within the Psychiatry and Mental Health fields.

Keywords: homosexuality, sexual conversion therapies, homophobia, psychiatry

Introdução

A perspetiva conservadora da homossexualidade remonta à visão da homossexualidade como um pecado, perversão, desvio ou até mesmo um crime. Evidências arqueológicas sugerem que a homossexualidade existe desde os primórdios da espécie humana (Cuesta & Diez, 2006). Porém, ao longo da história da humanidade, a população homossexual foi perseguida, condenada, torturada e morta. Registos históricos apontam para o início da pena de morte para homossexuais no império chinês de Gengis Khan, uma prática que se estendeu a diversos impérios e governos, da Idade Média até aos dias de hoje, atingindo quase todos os países europeus, incluindo Portugal (Peressoni Luz, 2020).

Em Portugal, a homossexualidade foi legalizada pela primeira vez pelo Código Penal em 1852. Porém voltou a ser criminalizada na revisão de 1886, através dos novos artigos 70.º e 71.º. Esta criminalização perpetuou-se no Código Penal até 1982 (Pereira, 2023).

Teorias acerca da Homossexualidade

A Homossexualidade como uma Doença

As primeiras pesquisas científicas realizadas na área da sexualidade humana, defendiam que a homossexualidade era uma doença, um desvio do comportamento normal e que, como tal, necessitava de acompanhamento por profissionais da área da saúde mental (Krafft-Ebing, 1965).

Além disso, foram apontadas várias causas (pré- e pós-natais) para um indivíduo ser homossexual, nomeadamente: alterações genéticas; eventos intrauterinos; malformações fetais; disfunções nos órgãos genitais/tamanho do pénis; doenças endócrinas; perversão (segundo Kraft-Ebing); problemas psíquicos (segundo Freud); a presença de um pai hostil; superproteção materna e história de abuso sexual.

Estas teorias vieram legitimar a homofobia, transformando o que antes se baseava em fundamentos religiosos e morais, numa suposta evidência científica, passando a ser quase consensual que os homossexuais eram doentes, alimentando o preconceito e a sua exclusão. As heranças desta teoria permanecem até aos dias de hoje, contribuindo para a estigmatização dos homossexuais (Drescher, 2015) (Herek, 2000) (Meyer, 2003).

A Homossexualidade como Imaturidade

Estas teorias, de natureza psicanalítica, consideravam que “sentimentos ou comportamentos homossexuais” ao longo do desenvolvimento seriam normais até à heterossexualidade na idade adulta. Deste modo, defendiam que a homossexualidade se tratava de uma fase transitória, parte do crescimento normal. Assim, a homossexualidade no adulto era encarada como uma alteração do desenvolvimento, mas não como uma doença (Drescher, 2015).

A visão de Freud da homossexualidade é complexa. Por um lado, defendia que esta seria uma alteração do desenvolvimento e que a heterossexualidade na idade adulta correspondia à norma, por outro lado, existem registos de uma carta escrita por Freud à mãe de um paciente homossexual, onde referia:

“Homosexuality is nothing to be ashamed of, no vice, no degradation, it cannot be classified as an illness, but a variation of sexual function”.

Mais tarde, Freud afirmou ter aplicado terapias de reparação a uma paciente, sem sucesso, concluindo que seria improvável que qualquer tentativa para alterar a orientação sexual de um indivíduo fosse eficaz (American Psychological Association, 2009).

A Homossexualidade como uma Variação do Normal

Esta tese defende que a homossexualidade é um fenómeno que ocorre naturalmente, sendo uma diferença natural, que afeta uma minoria das pessoas. Logo, não considera a homossexualidade como uma doença, um desvio da conduta, nem como algo negativo que deve ser evitado (Drescher, 2015).

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

No final do século XIX e início do século XX, com o crescimento da Psiquiatria e com o período pré e pós-guerra, surge a necessidade de criação de uma referência universal para a classificação das doenças mentais. Nesse sentido, influenciada pela Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publica, em 1952, a primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) (Peressoni Luz, 2020) (Martinhago & Caponi, 2019).

A homossexualidade (“homossexualismo”) foi considerada doença mental desde a 1ª edição do DSM, tal como já acontecia na CID, desde 1948. No DSM-I, era classificada como um “desvio sexual” (Laurenti, 1984).



Figura 1. Cronologia do diagnóstico de homossexualidade nos sistemas de classificação das doenças mentais

Com o desenvolvimento social e com a presença de lutas pelos direitos humanos e LGBT, em 1973, a homossexualidade foi removida como diagnóstico do DSM-II, tendo sido substituída pelo termo “Perturbação de Orientação Sexual”. No DSM-III foi classificada como “Perturbação de Homossexualidade Egodistónica”, mantendo-se a visão da homossexualidade como patologia. Em 1987, a APA removeu, finalmente, a Perturbação de Homossexualidade Egodistónica do manual e, apenas em 1990, a homossexualidade foi removida, pela OMS, da CID-10. (Peressoni Luz, 2020) (Drescher, 2015).

Um dos grandes marcos da despatologização da homossexualidade ocorreu em 1972, numa conferência da APA, quando um psiquiatra, Dr. John E. Fryer, surgiu com uma máscara a cobrir o rosto e disse “*I am a homosexual. I am a psychiatrist*”. Com esta frase, iniciou um discurso acerca do preconceito das sociedades de psiquiatria contra os homossexuais. A identidade de Dr. Fryer só foi confirmada em 1994 e Fryer dedicou grande parte da sua atividade profissional a ajudar pacientes homossexuais. Após a sua morte, a APA criou o Prémio John E. Fryer para galardoar profissionais cujo trabalho se destaca no contributo para a saúde mental da população LGBTQI+. (Eugenios, 2022)



Figura 2: Dr. Fryer na conferência da APA, em 1972

Atualmente, não existe qualquer evidência que suporte que a homossexualidade é uma doença. Efetivamente, os estudos têm demonstrado que orientações sexuais diversas são ubíquas e que existe uma variabilidade substancial na orientação sexual entre diferentes indivíduos e do mesmo indivíduo ao longo da vida. (Drescher, 2015).

A Associação Médica Mundial afirma que “a homossexualidade não representa uma doença, mas uma variação normal no espectro da sexualidade humana” (World Medical Association, 2013).

Terapias de Conversão

O termo Terapia de Conversão refere-se a qualquer prática realizada com o objetivo de modificar a orientação sexual, identidade ou expressão de gênero de alguém. Estas práticas assentam na crença de que as orientações não-heterossexuais são desvios do normal, refletindo uma doença, uma perturbação, ou um pecado e que, portanto, devem ser alteradas.

Existem vários termos para as designar, nomeadamente: Terapias de Reparação, Terapias de Reorientação Sexual, Terapias Reintegrativas, Cura Gay e Esforços de Mudança de Orientação Sexual (Independent Forensic Expert Group, 2020).

Estas práticas são aplicadas em crianças, adolescentes e adultos de todas as regiões do mundo, sendo realizadas por psiquiatras e médicos de outras especialidades, psicólogos, sexólogos, padres, líderes espirituais, curandeiros, familiares e membros da comunidade. Além disso, são aplicadas em vários locais, particularmente, em contextos em que há alguma autoridade, como hospitais, instituições religiosas e instituições de acolhimento para jovens. Em alguns países, as terapias de conversão são impostas pela polícia, juízes e outras autoridades judiciais.

As terapias de conversão podem assumir diversas formas, nomeadamente, Terapia Individual e de Grupo (exploração da história pregressa e eventos de vida com o objetivo de encontrar uma causa para a homossexualidade);

Farmacoterapia (incluindo antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos e administração de hormonas sexuais); Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento através dos Movimentos Oculares (EDMR) (o indivíduo recebe estimulação bilateral, através de estímulos visuais, táteis ou auditivos enquanto se recorda de uma memória traumática); Eletroconvulsivoterapia (ECT); Terapia de Aversão (incluindo choques elétricos nas mãos ou nos genitais ou administração de fármacos causadores de náuseas ao mesmo tempo que são apresentados estímulos homoeróticos); Exorcismo; Privação de Comida ou Alimentação Forçada; Isolamento Social Forçado; Hipnoterapia; Violação “corretiva”; Humilhação, Violência Física e Verbal e Lobotomia. (Independent Forensic Expert Group, 2020).

Evidência Científica

Apesar do termo “terapia”, não existe evidência científica que suporte qualquer benefício terapêutico da sua aplicação (Cochran, 2014).

Em 2009, a Associação Americana de Psicologia conduziu uma revisão sistemática que concluiu “os resultados de pesquisas cientificamente válidas indicam que é improvável que os indivíduos sejam capazes de reduzir a atração por indivíduos do mesmo sexo ou aumentar a atração sexual por outro sexo através de [esforços de mudança de orientação sexual]” (American Psychological Association, 2009).

Em 2016, a Associação Mundial de Psiquiatria publicou uma nota afirmando “não há evidências científicas sólidas de que a orientação sexual possa ser alterada” (World Psychiatry Association, 2016).

Portanto, qualquer prática que tente alterar a orientação sexual de um indivíduo não tem evidência científica, pelo que é altamente improvável que tenha algum tipo de eficácia. (Independent Forensic Expert Group, 2020). Assim, as “terapias” de conversão são práticas não científicas e não éticas.

Consequências Físicas e Psicológicas

As chamadas “terapias” de conversão representam uma forma de discriminação, estigmatização e rejeição social. Muitas destas práticas assemelham-se a procedimentos que são internacionalmente reconhecidos como **tortura** (agressões físicas e verbais, violação, nudez forçada, alimentação forçada ou restrição de comida, medicação forçada, isolamento).

Embora os psicofármacos, a eletroconvulsivoterapia e psicoterapias tenham eficácia demonstrada para determinadas doenças psiquiátricas, não existe qualquer evidência para serem aplicados em outras circunstâncias.

Particularizando, em alguns países praticam-se terapias de conversão com eletroconvulsivoterapia sem anestesia, induzindo convulsões, que além do impacto psicológico associado, podem causar fraturas ósseas, luxações articulares, lesões musculares, traumatismo cranioencefálico, perda de peças dentárias e complicações cardiovasculares. Relativamente aos psicofármacos, quando utilizados sem indicação ou sem o consentimento do indivíduo, podem agravar o sofrimento psicológico e o trauma associado. Sabe-se que os antidepressivos, os ansiolíticos e os antipsicóticos são utilizados neste contexto com o objetivo de reduzir a libido e, no caso particular dos antipsicóticos, são também usados pela falsa crença de que a homossexualidade está associada a sintomatologia psicótica, sendo fármacos com vários efeitos adversos conhecidos (Independent Forensic Expert Group, 2020).

Todas as formas de terapia de conversão são **humilhantes e discriminatórias**, logo, todas podem causar **sofrimento psicológico**, nomeadamente, sentimentos de culpa, vergonha, frustração e desilusão, associando-se a diminuição da autoestima, sintomas de ansiedade e depressão, dificuldades nas relações interpessoais e isolamento social, comportamentos autolesivos e aumento do risco de suicídio (Dehlin, 2015) (Douglas, 2002).

Está ainda descrita na literatura a associação entre a exposição a terapias de conversão e o desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-traumático (Independent Forensic Expert Group, 2020).

Sabe-se também que as crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis a estas consequências, apresentando maior risco de abandono escolar, envolvimento em comportamentos de risco, comportamentos autolesivos, abuso de substâncias, quadros ansioso-depressivos, sintomas somáticos e perturbações da personalidade (Fjellstrom, 2013).

Além dos riscos para a saúde mental, estão também descritas inúmeras **consequências físicas**, nomeadamente, aumento do risco de doenças gastrointestinais, doenças dermatológicas e enxaqueca.

Sabe-se ainda que, quanto mais longa for a exposição a estas práticas, quando é aplicada por profissionais de saúde e quando estão envolvidas figuras de autoridade, maior o risco de consequências ao nível da saúde física e mental. (Independent Forensic Expert Group, 2020).

O Papel dos Profissionais de Saúde

Efetivamente, as terapias de conversão colocam em causa vários Direitos Humanos, nomeadamente, o **direito à privacidade**, à **autodeterminação** e à **não discriminação**.

A homossexualidade não é uma doença, pelo que, os profissionais de saúde não têm qualquer papel no seu “diagnóstico” e “tratamento”.

Os princípios bioéticos da beneficência e da não-maleficência fazem com que os médicos estejam proibidos de oferecer tratamentos que são reconhecidos como não eficazes e que, pelo contrário, são potencialmente perigosos. Deste modo, se um indivíduo procurar ajuda médica na esperança de mudar a sua orientação sexual, o profissional de saúde deve esclarecer que as terapias de conversão não têm qualquer eficácia e reforçar que a homossexualidade não é uma doença, tentando compreender os motivos que levaram a pessoa a procurar tais práticas. Assim, mesmo que o indivíduo afirme que se quer submeter a estes procedimentos, essa vontade está condicionada pela crença de que ser homossexual é errado e não aceitável. Consequentemente, qualquer intervenção psicoterapêutica dever-se-á focar, não na orientação sexual do indivíduo, mas no seu sofrimento e conflitos entre a sua orientação sexual, identidade, religião, normas sociais e princípios internalizados (World Medical Association, 2017)

As Terapias de Conversão em Portugal

Em abril de 2023, foi aprovado na Assembleia da República, o projeto-lei que proíbe e criminaliza estas práticas. Assim, Portugal tornou-se no quarto país europeu a proibir as terapias de conversão (apenas França, Malta e algumas regiões de Espanha o faziam) (Alexandre, 2023).

A posição da Ordem dos Médicos

Em julho de 2023, o Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos publicou um parecer acerca deste tema, afirmando o seu compromisso com a promoção de práticas baseadas na evidência e a garantia de respeito pela diversidade de todas as pessoas, defendendo que a diversidade na orientação sexual e identidade de género correspondem a expressões normais e não a doenças, pelo que, devem ser respeitadas em todos os contextos. Além disso, nesse parecer, fica claro que a posição da Ordem dos Médicos é a de que as “terapias” de conversão não têm qualquer evidência científica, não respeitando os padrões e princípios da prática médica (Direção do Colégio da Especialidade de Psiquiatria, 2023) (Maia, 2023).

Desafios Futuros

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) defende que não basta criminalizar e que é necessário conhecer aprofundadamente a realidade das terapias de conversão em Portugal, recomendando que seja feito um estudo no país e que, desta forma, sejam assegurados os recursos necessários para apoiar as vítimas. Além disso, defende que é preciso “implementar a verdadeira transformação na sociedade”, que passa por campanhas de sensibilização junto da sociedade civil, grupos profissionais e religiosos e promover a proibição destas práticas e a sua publicidade (Maia, 2023).

Conclusão

A homossexualidade é reconhecida como uma variação normal da sexualidade humana e não como uma doença, pelo que, não existe qualquer tratamento para modificar a orientação sexual. Além disso, as terapias de conversão não apresentam eficácia demonstrada, logo, a sua aplicação é uma prática não científica e não ética. Estas práticas associam-se a sofrimento psicológico, aumentando o risco de doença mental e suicídio, sobretudo quando aplicadas em crianças e adolescentes e durante longos períodos. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde estejam informados acerca dos riscos destas práticas e da importância de respeitar a orientação sexual de todos os doentes, devendo, por isso, recusar a participação nestas “terapias” e reportar colegas que o façam.

Além disso, as organizações de saúde e os governos devem desenvolver estratégias, de modo a criminalizar estes procedimentos e a sua promoção e a proteger e oferecer apoio às vítimas.

Bibliografia

Alexandre, Y. (2023). *Parlamento aprova proibição e criminalização de ‘terapias de conversão’ sexual*. Expresso. <https://expresso.pt/sociedade/2023-12-22-Parlamento-aprova-proibicao-e-criminalizacao-de-terapias-de-conversao-sexual-828ccd37>

- American Psychological Association. (2009). *Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*.
- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., Marais, A., Vieira, E. M., & Reed, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), 672-679. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.135541>
- Cuesta, J. A., & Diez, M. G. (2006). Diversity and meaning of Palaeolithic phallic male representations in Western Europe. *Actas Urologicas Espana*, 30(3), 254-267. [https://doi.org/10.1016/s0210-4806\(06\)73438-6](https://doi.org/10.1016/s0210-4806(06)73438-6)
- Dehlin, J. P., Galliher, R. V., Bradshaw, W. S., Hyde, D. C., & Crowell, K. A. (2015). Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members. *Journal of counseling psychology*, 62(2), 95-105. <https://doi.org/10.1037/cou0000011>
- Direção do Colégio da Especialidade de Psiquiatria. (2023). *Resolução sobre as “Terapias” de Conversão LGBTI+ do Colégio de Psiquiatria – Ordem dos Médicos*. Ordem dos Médicos – Portal Oficial. <https://ordemdosmedicos.pt/resolucao-sobre-as-terapias-de-conversao-lgbti-do-colegio-de-psiquiatria/>
- Drescher J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Eugenios, J. (2022, 2 de maio). *‘I am a homosexual. I am a psychiatrist’: How Dr. Anonymous changed history*. NBC News. <https://www.nbcnews.com/nbc-out/out-news/-homosexual-psychiatrist-dr-anonymous-changed-history-rcna26836>
- Fjelstrom, J. (2013). Sexual orientation change efforts and the search for authenticity. *Journal of Homosexuality*, 60(6), 801-827. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.774830>
- Garcia, M. R. V., & Mattos, A. R. (2019). *“Terapias de Conversão”: Histórico da (Des)Patologização das Homossexualidades e Embates Jurídicos Contemporâneos*.
- Haldeman, D. C. (2002) Therapeutic Antidotes: Helping Gay and Bisexual Men Recover from Conversion Therapies, *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5(3-4), 117-130, DOI: 10.1300/J236v05n03_08
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 19-22.
- Independent Forensic Expert Group (2020). Statement on conversion therapy. *Journal of forensic and legal medicine*, 72, 101930. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101930>
- Krafft-Ebing, R. (1965). *Psychopathia Sexualis*; Wedeck. H., Trans.; Putnam: New York, USA.
- Laurenti, R. (1984). Homossexualismo e a Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde Pública*, 18(5), 344-347. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101984000500002>
- Maia, A. (2023). *Terapias de conversão sexual: Conselho de Ética diz que não basta criminalizar e quer conhecer realidade do país*. PÚBLICO. <https://www.publico.pt/2023/05/30/sociedade/noticia/terapias-conversao-sexual-conselho-etica-nao-basta-criminalizar-quer-conhecer-realidade-pais-2051434>
- Maia, A. (2023). *Terapias de conversão. A diversidade sexual não é uma doença, diz Ordem dos Médicos*. PÚBLICO. <https://www.publico.pt/2023/08/13/sociedade/noticia/terapias-conversao-diversidade-sexual-nao-doenca-ordem-medicos-2060123>
- Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 16(1), 73-90. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Pereira, A. C. (2023). *Homossexualidade, prostituição e adultério deixaram de ser crime há 40 anos*. PÚBLICO. <https://www.publico.pt/2023/01/01/sociedade/noticia/homossexualidadeprostituicao-adulterio-deixaram-crime-ha-40-anos-2033324>
- Peressoni Luz, B., & Henrique Toresan, L. (2020). Homossexualidade, Psicopatologia e Saúde Mental. *Psicopatologia crítica: Perspectivas do Sofrimento Existencial*, 1(1). Recuperado de <https://koan.emnuvens.com.br/psicopato/article/view/48>
- World Medical Association. (1948). *Declaration of Geneva*. World Medical Assembly; Rev. 2017.
- World Medical Association. (2013). *Statement on Natural Variations of Human Sexuality*. World Medical Assembly.
- World Psychiatric Association. (2016). Position statement on gender identity and same-sex orientation, attraction, and behaviours. *World Psychiatr*, 15(3), 299-300.

Psiquiatria como ferramenta de opressão política: a esquizofrenia progressiva

João Costa Pedro¹, Marta Santana²

¹ Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

² Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José

E-mails: jcp.jcostap@gmail.com; martaptsantana@gmail.com

Resumo

O abuso político da Psiquiatria refere-se à apropriação de diagnósticos psiquiátricos e do seu tratamento com o intuito de obstruir os direitos humanos fundamentais de certos grupos de indivíduos e minorias.

Com esta revisão, pretende-se realizar uma análise crítica do papel histórico da Psiquiatria como potencial ferramenta política, usando o exemplo da Esquizofrenia Progressiva (*sluggish schizophrenia*), proeminente na União Soviética na década de 60.

Este diagnóstico era utilizado de forma sistemática como forma de remoção de dissidentes políticos até à sua exclusão das classificações nosológicas russas após expulsão da União Soviética da Associação Psiquiátrica Mundial em 1983 e posterior reforma governamental de 1986.

A esquizofrenia progressiva centrava-se não em sintomatologia psicótica mas em sintomas de psicopatia, hipocondria, pessimismo e conflito com a autoridade, levando a internamentos compulsivos em instituições médico-penais de pessoas identificadas como disruptoras, sem necessidade de julgamento, para tratamento coercivo psicofarmacológico e eletroconvulsivo, transformando oposição política em patologia.

Palavras-chave: direitos humanos, opressão, esquizofrenia progressiva

Abstract

Political abuse in psychiatry refers to the appropriation of psychiatric diagnosis and treatment for the purpose of denying the fundamental human rights of certain groups of individuals and minorities.

In this review we intent to perform a critical analysis of the historic role of Psychiatry as a political tool, using the example of sluggish schizophrenia, a pervasive diagnosis in the Soviet Union in the 1960s.

This diagnosis was systematically used to remove political dissidents up until its exclusion from Russian nosologic classifications following Russian expulsion from the World Psychiatric Association in 1983 and further political reform in 1986.

The diagnosis was focused not in psychotic symptoms but in a syndrome of psychopathy, hypochondria, pessimism and conflict with authority. This led to compulsory treatments in penal medical institutions of people identified as disruptive, without need of trial, for coercive psychopharmacologic and electroconvulsive treatment, transforming political opposition into pathology.

Keywords: human rights, oppression, sluggish schizophrenia

Introdução

O abuso político da Psiquiatria refere-se à fabricação ou apropriação de diagnósticos psiquiátricos e do seu tratamento com o intuito de obstruir os direitos humanos fundamentais de certos grupos de indivíduos e minorias (van Voren 2010, Helmchen; Sartorius 2010).

Através da revisão da literatura científica disponível, pretende-se realizar uma análise crítica do papel histórico e atual da Psiquiatria como ferramenta política e as suas consequências, usando o exemplo do diagnóstico de esquizofrenia progressiva (*sluggish schizophrenia*), proeminente na União Soviética nas décadas de 60 e 70 (Korolenko; Kensin 2002).

Psiquiatria como ferramenta de opressão política

A literatura refere-se ao abuso político da Psiquiatria, também conhecido como *Psiquiatria Punitiva*, como a apropriação da especialidade e dos seus profissionais, através da revisão de critérios de diagnósticos e tratamento

com o objetivo de obstruir o acesso a direitos humanos de determinados indivíduos ou grupos numa sociedade. Ou seja, trata-se de uma ação deliberada de fabricar um diagnóstico psiquiátrico em cidadãos que de outra forma não o teriam, e que consequentemente não necessitariam de qualquer intervenção médica, ou da utilização de um diagnóstico psiquiátrico para invalidar e retirar um indivíduo da esfera pública de forma coerciva (van Voren 2010, Helmchen; Sartorius 2010). As definições de *perturbação mental* esbatem-se de forma propositada para incluir a insurgência e desobediência política como sintoma, possibilitando a perseguição.

A especialidade de Psiquiatria foi historicamente envolvida em múltiplas instâncias de abuso de direitos humanos em todo o mundo, sendo os exemplos da Alemanha Nazi e da União Soviética no século XX os mais frequentemente descritos (Korolenko; Kensin 2002, Holder 1977).

A Psiquiatria possui um potencial inerente para a sua instrumentalização com fins políticos, possivelmente mais do que qualquer outra especialidade médica. O estabelecimento de um diagnóstico de perturbação mental permite ao estado prender ou privar da liberdade qualquer cidadão contra a sua vontade e instituir um tratamento coercivo com o racional de proteção do interesse geral da sociedade e para “ajudar” e “tratar” o indivíduo. O uso da Medicina como motivação para o afastamento da sociedade de determinado cidadão fornece uma alternativa a procedimentos legais complexos e públicos, assim como permite a prisão política sem julgamento. A presença das vítimas em hospitais dificulta o acesso a representação legal e possibilita a aplicação de penas sem fim determinado. O estigma associado à doença mental leva a que os indivíduos sejam ostracizados e as suas opiniões e posições políticas desacreditadas (van Voren 2010, Helmchen; Sartorius 2010).

A Esquizofrenia Lentamente Progressiva

Em russo, *Vyalotekushchaya Shizofreniya*, foi um termo cunhado na década de 30 pela médica soviética de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Grunia Sukhareva, referindo-se na sua conceção inicial a uma apresentação de esquizofrenia na segunda infância (Zajicek 2018). Neste período histórico, a Psiquiatria soviética tentava encontrar novas formas de diagnosticar e prevenir a esquizofrenia nas suas fases mais iniciais e de identificar quais os sintomas que a melhor diferenciariam de outras perturbações mentais limítrofe, como a neurose ou a psicopatia. Desta forma, novos conceitos clínicos de esquizofrenia foram criados, incluindo a esquizofrenia “ligeira” e “progressiva”, desaparecendo o consenso científico sobre esta perturbação mental e os seus limites sintomáticos.

O diagnóstico ganha maior notoriedade na literatura e prática clínica na década de 60 pela denominada “Escola de Moscovo”, liderada por Andrei Snezhnevsky, diretor do Instituto de Psiquiatria Nacional e criador do sistema de classificação de doenças mentais soviético (Korolenko; Kensin 2002). O modelo soviético da doença implicava a existência de três tipos principais de esquizofrenia: a contínua, associada a um prognóstico reservado e sem remissão clínica, que por sua vez se subdivide em evolução rápida (maligna) e evolução insidiosa (progressiva); a periódica com remissão total; e a combinada com remissão parcial de sintomatologia (Lavretsky 1998).

O diagnóstico de esquizofrenia progressiva centrava-se em sintomas gerais de psicopatia, hipocondria, pessimismo, má adaptação social e conflito com a autoridade. Bastava a presença destes sintomas para formalizar o diagnóstico “esquizofrenia progressiva com poucos sintomas”. A despersonalização e sintomas ansiosos também eram frequentemente reportados. Os sintomas psicóticos não eram essenciais para o diagnóstico, levando a uma definição ampla do que era considerado patológico e incluído no espectro das perturbações psicóticas (Ougrin 2006).

As pessoas que padeciam desta patologia poderiam funcionar de forma tendencialmente normal em sociedade. Os sintomas assemelhar-se-iam frequentemente a uma patologia ansiosa, afetiva ou perturbação da personalidade. Segundo a literatura publicada neste período, os pacientes com sintomas de paranoia apresentavam *insight* para a sua condição, contudo sobrestimavam o seu valor e papel pessoal na mudança da sociedade que se inseriam. Segundo o psiquiatra contemporâneo Viktor Styazhkin, Snezhnevsky diagnosticava um delírio reformista em todo e qualquer caso que um paciente desenvolvesse um novo princípio de conhecimento humano ou criasse um ideal utópico para a felicidade ou para o bem da humanidade (Styazhkin 1992). Segundo o próprio Snezhnevsky, “as pessoas eram capazes de funcionar em sociedade e só com o olhar treinado podem ser notadas ligeiras alterações da personalidade”. As referidas *alterações da personalidade* teriam relevância clínica e implicavam um tratamento, já que “podem apresentar ideias grandiosas de reformar a sociedade e tentam disseminar ideias reformistas patológicas em terceiros” (van Voren 2010, Helmchen; Sartorius 2010).

Durante as décadas de 60 e 70, apenas o sistema de classificação de perturbações mentais soviético incluía *ideias reformistas*, *procura incessante da verdade* e *convicções religiosas* no *cluster* sindromático de perturbações paranoides.

Consequentemente, a Psiquiatria soviética classificava de forma consciente as críticas ao sistema político e propostas de reforma como pensamentos delirantes. O diagnóstico de esquizofrenia progressiva e de estados paranoides com delírio de reformismo eram exclusivos da União Soviética, também presente esporadicamente nos países sob a sua esfera de influência política e ideológica. Este diagnóstico nunca foi reconhecido em nenhum outro sistema de classificação ou por organizações internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde ou a Associação Mundial de Psiquiatria (van Voren 2010, Helmchen; Sartorius 2010).

A prevalência do diagnóstico na Psiquiatria soviética foi gradualmente aumentando e em 1974, a União Soviética reportava cerca de cinco a sete casos de esquizofrenia por mil habitantes, comparando com três a quatro no Reino Unido. Na década de 80, a União Soviética reportava três vezes mais casos de esquizofrenia *per capita* quando comparada com os Estados Unidos da América, e duas vezes mais do que a Áustria, Japão ou Alemanha Ocidental. A cidade com maior prevalência no mundo de esquizofrenia era a capital soviética Moscou.

Abuso político do diagnóstico e crítica internacional

Segundo a Global Initiative on Psychiatry, o abuso político e instrumentalização de diagnósticos psiquiátricos na União Soviética surgiu da apreciação ideológica de que oposição ao regime soviético igualaria doença mental. Ou seja, não existiria razão lógica para a oposição a um sistema sociopolítico considerado o melhor do mundo. Consequentemente, o diagnóstico de Esquizofrenia Progressiva ia ao encontro deste pensamento e explicaria o comportamento desviante decorrente dessa crença como patológico. Esta seria a racionalização de muitos psiquiatras soviéticos para o porquê de alguém, aparentemente de forma voluntária, abandonar a sua felicidade, família e carreira por uma convicção tão oposta ao que a sociedade acreditava e se fundava. Apesar das muitas premissas controversas, as hipóteses de Snezhnevsky adquiriram imediatamente o estatuto de dogma inerente à Psiquiatria soviética deste período (van Voren 2009).

O diagnóstico de Esquizofrenia Progressiva era, à semelhança da Esquizofrenia Paranoide, o mais prevalente nos dissidentes políticos presos. Eram reconhecidos como doentes mentais com base em sintomas descritos como pensamentos antissoviéticos, assim como sintomatologia acessória mais abrangente e subjetiva.

O diagnóstico era utilizado de forma sistemática para remover forças de oposição à política soviética, levando a internamentos involuntários em instituições médico-penais de pessoas identificadas como disruptoras, afastando-as dos grandes centros populacionais e urbanos, perdendo a sua influência social e capacidade de mobilizar apoio popular.

As motivações para o internamento coercivo prendiam-se com tentativas de emigração, de distribuir documentos ou livros proibidos, de participar em protestos e manifestações, ou envolvimento em atividades religiosas proibidas (Chodoff 1985). De acordo com a doutrina de ateísmo estatal, as crenças religiosas das pessoas identificadas eram consideradas uma indicação de doença mental que requeria tratamento psiquiátrico.

A decisão de exílio era muitas vezes oficialmente fundamentada apenas na avaliação psiquiátrica que formalizava o diagnóstico. A polícia secreta soviética rotineiramente encaminhava dissidentes políticos para avaliação por Psiquiatria e estabelecimento de diagnóstico, com o objetivo de desacreditar a oposição ao regime como um produto inevitável de uma mente enferma. Desta forma, os processos legais eram muitas vezes ultrapassados sem necessidade de julgamento público e mediático, sob a justificação da necessidade de tratar uma pessoa em sofrimento mental.

Consequentemente, as pessoas diagnosticadas iniciavam um programa de tratamento compulsivo, envolvendo medicação antipsicótica em doses sobreterapêuticas, assim como outros tratamentos como a terapia electroconvulsiva em condições precárias de higiene e segurança clínica. Este tratamento era instituído frequentemente por tempo indeterminado, levando a consequências físicas e mentais nefastas, por vezes irreversíveis, chegando mesmo a levar à morte (van Voren 2010, Helmchen; Sartorius 2010, Chodoff 1985).

A nível internacional, a década de 70 viu a crítica ocidental tornar-se mais incisiva, resultado da maior prevalência de esquizofrenia reportada na população russa e suspeita de instrumentalização da especialidade. Os vários artigos científicos publicados internacionalmente sobre o diagnóstico contribuíram para a discórdia e suspeita global (Merskey; Shafran 1986). Os artigos analisados eram descritos como não convencionais, extensos e por vezes incompreensíveis na terminologia técnico-científica utilizada. Os dados clínicos cingiam-se a uma descrição breve sociodemográfica dos pacientes, de forma dispersa pelo texto e os critérios de diagnóstico não eram especificados, mas sim deduzidos pela descrição clínica, com sintomatologia heterogênea e vaga. Não existiam quaisquer estudos de fiabilidade entre

pares e a necessidade de replicação dos estudos nunca era formalmente considerada, apenas a opinião do autor era reconhecida como dogma e evidência suficiente para as conclusões explanadas e para a pertinência do diagnóstico e tratamento.

Concluía-se que o conceito de esquizofrenia da escola de Snezhnevsky possibilitaria que os traços de personalidade esquizóide fossem considerados sinais precoces de um desenvolvimento inevitável, progressivo e insidioso de um processo patológico esquizofreniforme. O mesmo era também aplicado a múltiplas outras perturbações de personalidade, que eram englobadas na síndrome alargada de Esquizofrenia Progressiva.

Em 1980, num período em que se acumulavam as críticas internacionais à metodologia científica soviética e ao próprio regime, o comité especial para o abuso político de Psiquiatria da Royal College of Psychiatrists convida Snezhnevsky a responder a acusações. Este comité, estabelecido em 1978 pela associação britânica, que previamente teria honrado Snezhnevsky como *corresponding fellow*, exige respostas a críticas sobre a sua responsabilidade na prisão política e tratamento coercivo psiquiátrico do dissidente político Leonid Plyushch (Levine 1981). Snezhnevsky recusa a audiência e abandona a associação, escrevendo:

“O Royal College tomou a função muito dúbia de intervir nos assuntos internos de associações psiquiátricas nacionais e usa os doentes mentais com objetivos políticos. Espero sinceramente que nenhum dos seus membros acredite seriamente que na União Soviética pessoas mentalmente saudáveis possam de forma forçosa ser colocadas em instituições psiquiátricas”

A Associação Psiquiátrica Soviética acaba por posteriormente abandonar igualmente a Associação Mundial de Psiquiatria em 1983, após pressão da comunidade científica internacional para alterar os critérios de diagnóstico e ameaça de expulsão (Merskey; Shafran 1986). Apenas no ano de 1986 começam a existir os primeiros indícios de alteração dos sistemas de classificação e principalmente da mudança da prática e abuso de diagnósticos psiquiátricos como ferramenta política contra dissidentes, consequente da reforma governamental e tentativa de liberalização do regime soviético por Mikhail Gorbachev.

Após contínua pressão e condenação internacional científica e governamental, assim como a posterior dissolução da União Soviética, o diagnóstico deixou de ser categorizado como Esquizofrenia na versão russa da classificação internacional de doenças (OMS, 2019).

A atualidade do diagnóstico

Ainda que o diagnóstico já não esteja inserido nos critérios de classificação russos para a Esquizofrenia, o termo russo *vyalotekushchaya* continua a ser usado na literatura científica, sendo traduzido para inglês não como *sluggish* mas como *slowly progressive*. Este conceito é agora incluído como um tipo de perturbação esquizotípica e continua a ser utilizado na prática clínica russa (OMS, 2019).

Em 2010, a Associação Psiquiátrica Independente Russa denunciou que um dos discípulos de Snezhnevsky, Smulevich, autor de literatura extensa na clínica e diagnóstico de Esquizofrenia Progressiva na década de 70 e 80, estaria novamente a influenciar a prática clínica nacional, através da sobreprescrição de medicação antidepressiva e antipsicótica em casos identificados como inapropriados, em doses não terapêuticas e por médicos não psiquiatras. Segundo o próprio Smulevich: “Agora tudo mudou ligeiramente, a esquizofrenia progressiva foi transformada na perturbação esquizotípica. Acho que isto não é o fim dos ensinamentos de Snezhnevsky já que após um tempo tudo volta à rotina. Não vai ser uma simples repetição, mas vai ter uma nova direção” (Smulevich 2014).

A descrição de *delírio de reformar* continua a ser utilizada como sintoma e a condicionar tratamento involuntário psiquiátrico, assim como outros sintomas inespecíficos que condicionam a manutenção da apropriação política da especialidade de Psiquiatria no regime atual russo. O caso da manifestação na Praça Bolotnaya em Moscovo no ano de 2012 é um exemplo recente da atualidade da discussão. O diagnóstico foi dado a Mikhail Kosenko, um dos acusados, forçando a sua hospitalização sem julgamento com a confirmação do diagnóstico inicial de Esquizofrenia Progressiva, depois alterado para Esquizofrenia Paranoide (Sputnik International 2013).

Considerações Finais

Esta revisão demonstra como a elaboração de sistemas de classificação que colocam excessivo peso no diagnóstico de doença latente e sintomatologia inespecífica pode colocar em risco os direitos e a liberdade de cada cidadão. A Medicina e especificamente a Psiquiatria, pelo seu papel central no tratamento de patologias mentais, tem de ser

isenta de pressões políticas e ideológicas, de acordo com um código deontológico e ético ancorado na proteção dos direitos dos cidadãos, com e sem perturbação mental.

Com este objetivo, são essenciais critérios clínicos claros, revistos por pares, e focados na psicopatologia e etiopatogenia, para assim evitar tornar patológica a normal natureza humana e levar à desvirtuação e instrumentalização da especialidade.

Bibliografia

- Chodoff, P. (1985). Ethical conflicts in psychiatry: The Soviet Union vs. the U.S. *Psychiatric Services*, 36(9), 925-928.
- Helmchen, H., & Sartorius, N. (2010). *Ethics in Psychiatry: European Contributions*. Springer. ISBN 978-90-481-8720-1. p. 491-3.
- Holder, E. (1977). The abuse of psychiatry for political purposes. *Journal of Child Psychotherapy*, 4(3), 108-110.
- "ICD-10 Fifth Edition" (PDF). apps.who.int. p. 5. Retrieved 10 October 2023.
- Korolenko, C. P., & Kensin, D. V. (2002). Reflections on the past and present state of Russian psychiatry. *Anthropology Medicine*, 9(1), 51-64.
- Lavretsky, H. (1998). The Russian concept of schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 537-557.
- Levine, S. (1981). The Special Committee on the political abuse of psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 5(5), 94-95.
- Merskey, H., & Shafran, B. (1986). Political hazards in the diagnosis of 'sluggish schizophrenia.' *British Journal of Psychiatry*, 148(3), 247-256.
- Ougrin, D., Gluzman, S., & Dratcu, L. (2006). Psychiatry in post-communist Ukraine: Dismantling the past, paving the way for the future. *Psychiatric Bulletin*, 30(12), 456-459.
- Smulevich, A; Morozov, P [Original Russo traduzido: Консон Г.Р. Бунт Карамазова – болезнь или появление гостя из Преисподней? (2014). *Психология и Психотехника*, 4(4), 437-448.
- Sputnik International. (2013). *Russian protester committed to psychiatric hospital over Riot*. Retrieved from <https://sputnikglobe.com/20131008/Russian-Protester-Ordered-to-Undergo-Psychiatric-Treatment-Over-Riot-184006505.html>
- Styazhkin, V. (1992). Diagnosis of a Paranoid (Delusional) Personality Development in the Forensic Psychiatric Expert Examination. *American Psychiatric Press*. ISBN 978-0-88048-667-5. p. 65-68.
- van Voren, R. (2009). Political abuse of psychiatry – an historical overview. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 33-35. doi:10.1093/schbul/sbp119
- Zajicek, B. (2018). Soviet psychiatry and the origins of the sluggish schizophrenia concept, 1912-1936. *History of the Human Sciences*, 31(2), 88-105.

Hospital Colônia de Barbacena: um campo de concentração?

Margarida Bicho, João Mendes Coelho, Beatriz Peixoto

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

E-mails: margaridabicho165@gmail.com, jdmcoelho@gmail.com, beatrix_peixoto@hotmail.com

Resumo

O Hospital Colônia de Barbacena, criado em 1903, ficou famoso pelos piores motivos. Inicialmente concebido para fornecer tratamento aos pacientes, tornou-se num centro de tortura a vários níveis, com sobrelotação, condições de vida insalubres, abuso físico e negligência.

Por lá passaram milhares de pacientes, portadores de doença mental, mas também pessoas consideradas apenas socialmente indesejáveis pelas autoridades.

Um dos aspectos mais trágicos da história prende-se com a morte de dezenas de milhares de pacientes por doenças infecciosas e desnutrição. Os corpos dos pacientes falecidos eram frequentemente enterrados em sepulturas sem identificação, aumentando ainda mais o legado sombrio do hospital.

A crescente consciencialização pública das condições deploráveis da instituição através dos meios de comunicação e de várias ações judiciais levaram a várias denúncias e consequentemente ao encerramento da instituição em 1980. Ainda assim, muitas das ocorrências só foram descobertas vários anos depois.

Palavras-chave: loucura, violência, desumanização

Abstract

Colônia de Barbacena Hospital, created in 1903, became famous for the worst reasons. Initially designed to provide treatment to patients, it became a multi-level torture center, with overcrowding, unsanitary living conditions, physical abuse and neglect.

Thousands of patients passed through there, suffering from mental illness, but also people considered merely socially undesirable by the authorities.

One of the most tragic aspects of the story concerns the deaths of tens of thousands of patients due to infectious diseases and malnutrition. The bodies of deceased patients were often buried in unmarked graves, further adding to the hospital's dark legacy.

Growing public awareness of the institution's deplorable conditions through the media and various legal actions led to several complaints and consequently to the institution's closure in 1980. Still, many of the incidents were only discovered several years later.

Keywords: madness, violence, dehumanization

Introdução

O Hospital Colônia de Barbacena, traz consigo uma narrativa obscura que se desdobra desde a sua fundação em 1903. Emergindo num contexto histórico marcado pelo “Movimento Higienista”, este hospital viveu em primeira mão a intersecção entre ideologias sanitárias e as complexidades e estigmas vividos na saúde mental. À medida que o Brasil enfrentava desafios cruciais na busca por melhores condições de saúde da população, o hospital inicialmente concebido como um espaço de luxo para a população mais avantajada, rapidamente sofreu metamorfose em algo bastante distante desse propósito inicial. À medida que as práticas higienistas ditavam a necessidade de isolamento de grupos considerados “indesejáveis” pela sociedade, o hospital transformou-se num epicentro de mudanças e contradições.

Longe da sua concepção original, o Hospital Colônia de Barbacena tornou-se, infelizmente, um símbolo de desumanização, com episódios de tortura que escoaram além das paredes físicas da instituição.

Neste texto é realizada uma viagem sobre a história, evolução e desafios que moldaram o destino do Colônia ao longo do tempo.

A controvérsia e as práticas desumanas

O Hospital Colônia de Barbacena, localizado em Barbacena, Minas Gerais, tem uma história que remonta à sua fundação em 1903, altura crítica na história do Brasil quando decorria o chamado “Movimento Higienista” (final do século XIX e início do século XX).

O Brasil do final do século XIX enfrentava desafios significativos relacionados à urbanização rápida, industrialização incipiente e a chegada de uma onda imigratória. A modernização e a busca por um progresso levantaram preocupações relacionadas com a saúde pública, criando um terreno fértil para o desenvolvimento de ideias higienistas. Esta corrente ideológica procurava melhorar as condições sanitárias e de saúde da população, algo que seria crucial para o desenvolvimento económico e social do país. A regulação do espaço urbano constituía um dos pilares fundamentais do movimento, assim como a segregação de grupos considerados “indesejáveis” pela sociedade. Indubitavelmente, uma época em que as atitudes da sociedade em relação à doença mental estavam ainda em evolução, com grande estigma associado. A compreensão limitada sobre a saúde mental e a falta de tratamentos eficazes, contribuíram para a criação de instituições asilares, destinadas a isolar e cuidar destes indivíduos. A ideia por detrás destas instituições estava alinhada com a visão higienista de que o isolamento de pessoas com doença mental era necessário para proteger a saúde da população em geral.

Originalmente concebido para ser um hospital de luxo para a elite e para fornecer tratamento aos pacientes nele integrado, tornou-se um manicómio, um centro de desumanização, de reclusão, com tortura a vários níveis, durante a ditadura de Getúlio Vargas, o Estado Novo (1937-1945).

Ao longo do século XX, o Hospital Colônia de Barbacena começou a ser associado a práticas desumanas e condições precárias de tratamento. A finalidade do hospital foi deturpada ainda nos seus primeiros anos, onde já havia registo de queixas sobre as condições inapropriadas oferecidas no atendimento aos pacientes no ano de 1914.¹ Os pacientes eram frequentemente negligenciados, sujeitos a um abandono desumano que perpetuava o estigma associado às doenças mentais naquela época.

Se o objetivo passava pelo tratamento de pessoas com doença mental, a população deste hospital era muito mais variada e, na maioria dos casos, não existia uma avaliação adequada das condições de saúde mental. Aliás,

“Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. (...) O Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos.”²

A maioria destas pessoas, que vinham de várias partes do país, eram levadas para o hospital através de uma linha férrea que conectava a estação ferroviária de Barbacena ao hospital. Esta era uma prática comum em instituições psiquiátricas e asilares no século XIX e início do século XX, uma forma considerada prática e conveniente para o transporte de pessoas em larga escala, especialmente quando as instituições estavam localizadas em áreas afastadas da cidade. O uso de vagões abarrotados para transportar pacientes é parte da história tenebrosa desta instituição onde existia marcada violação dos direitos humanos, e um dos motivos pelo qual foi comparada a um campo de concentração nazi. “Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali.”² Homens eram separados das mulheres e todos eram destituídos da sua identidade, muitas vezes adquirindo o nome de um animal.

Em 1961, o hospital que originalmente tinha capacidade para 200 camas, apresentava cerca de cinco mil pacientes. Esta prática de sobrelotação ao longo do tempo originou condições insalubres, falta de espaço e, essencialmente, de atenção individualizada aos pacientes. “Alguns pavilhões não tinham camas, mas capim, que era colocado para secar ao sol durante o dia e sobre o qual muitos internos nus morreram durante as noites frias da Serra da Mantiqueira (...).”³

A falta de saneamento adequado contribuía para a propagação de doenças e aumentava o sofrimento dos pacientes. Em períodos de maior lotação, em média morriam cerca de 16 pessoas por dia. Um dos aspectos mais trágicos da história prende-se com a morte de cerca de 60 mil pacientes ao longo de oito décadas, maioritariamente por doenças infecciosas e desnutrição, o que também contribuiu para a origem do termo “holocausto brasileiro”. “Enquanto adoecimento destacou-se: tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, pneumonias, sofrimento mental, Leptospirose e doenças gastrointestinais.”³

Havia relatos de pacientes submetidos a violência física por parte dos funcionários do hospital. Estes abusos incluíam espancamentos, uso indevido de contenção física e tratamento cruel com punições físicas e tratamento degradante.

“Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou

cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença.”²

Muitos eram isolados socialmente, perdendo contato com familiares e com a comunidade em geral. O isolamento a que frequentemente eram submetidos era marcante e refletia-se em sintomas psicopatológicos graves que perduravam por muitos anos.

Muitas mães e grávidas ficavam sem os seus filhos e outras cobriam-se a si mesmas com fezes, evitando assim que os funcionários se aproximassem. As crianças igualmente sofriam. A maioria não aprendia a falar, a ler ou a escrever – “(...) as crianças recebiam o mesmo tratamento – eletrochoque, camisa de força, aprisionamento, abandono, banhos gelados (as que sobreviveram passaram toda a vida dentro do hospital).”³ Eram frequentemente submetidas a condições precárias, negligência, abusos físicos e psicológicos.

“Em Barbacena, elas passaram a dividir com os outros pacientes as condições degradantes do hospital. E, apesar de existir uma ala infantil, ela era tão desbotada quanto as outras. A diferença é que lá, em vez de camas de capim, havia berços onde crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os berços eram colocados no pátio, e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles.”²

Nas décadas de 60 e 70, o hospital esteve envolvido em programas de esterilização forçada, especialmente de mulheres e sem o seu consentimento. Esta prática, além de ser uma violação dos direitos reprodutivos, era parte de uma ideologia eugénica que procurava controlar a reprodução de determinados grupos socialmente marginalizados. A ideia por detrás desta prática estava alinhada à noção de “limpeza social” onde a remoção ou controle destes grupos era vista como uma maneira de aprimorar a sociedade. A estigmatização das pessoas com perturbações mentais e a classificação destas como parte da “escória” social, permitiam a aplicação de medidas extremas, como esterilizações forçadas, em nome da eugenia. Mas do Colônia continuavam a surgir relatos chocantes, alguns dos quais apenas descobertos vários anos mais tarde.

Inúmeros tipos de métodos entendidos como “de tratamento” foram utilizados de forma totalmente indiscriminada, como os eletrochoques ou lobotomia. “(...) um procedimento que existia desde 1938 para o tratamento de doenças mentais, sendo alvo de muitas controvérsias, no Colônia era realizada da pior forma, bem como a lobotomia, uma intervenção cirúrgica considerada bárbara e desumana da psicocirurgia, muitos dos métodos aplicados tinham a finalidade de contenção e intimidação dos internos, e não de um tratamento em si.”¹ Os pacientes morriam do choque. “Em determinados dias os eletrochoques eram tantos e tão fortes que a sobrecarga derrubava a rede do município.”²

Muitos não conseguiram salvar-se deste tormento.

“Sônia cresceu sozinha no hospital. Foi vítima de todos os tipos de violação. Sofreu agressão física, tomava choques diários, ficou trancada em cela úmida sem um único cobertor para se aquecer e tomou as famosas injeções de “entorta”, que causavam impregnação no organismo e faziam a boca encher de cuspe. Deixada sem água, muitas vezes, ela bebia a própria urina para matar a sede. Tomava banho de mergulho na banheira com fezes, uma espécie de castigo imposto a pessoas que, como Sônia, não se enquadravam às regras. Por diversas vezes, teve sangue retirado sem o seu consentimento por vampiros humanos que enchiam recipientes de vidro, a fim de aplicá-lo em organismos mais debilitados que o dela, principalmente nos pacientes que passavam pela lobotomia. A intervenção cirúrgica no cérebro para seccionar as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo era recorrente no Colônia.”²

Os corpos dos pacientes falecidos eram frequentemente enterrados em sepulturas coletivas sem identificação, e sem caixões, não havendo qualquer notificação às famílias.

“Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do hospital foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém os questionasse. (...) A aula na faculdade estava marcada para as 9h10, e o professor, então com trinta e quatro anos, fazia questão de pontualidade. Estava a poucos minutos de descobrir que aquele não era um dia igual aos outros. Ao iniciar a subida da rua Espírito Santo, sentiu algo estranho no ar. Próximo à escola de farmácia e odontologia, viu duas moças que passavam em frente ao portão da faculdade colocando a mão no nariz, numa evidente demonstração de repugnância. A atitude das jovens chamou sua atenção. Estranhou ainda mais ao perceber que os alunos não estavam aglomerados na

porta da escola como de costume. Chegou a pensar que havia se equivocado de data, já que aos sábados não tinha aula. Lembrou-se, contudo, de que era sexta-feira, porque havia combinado de se encontrar com um amigo no clube, à noite, para colocar o papo em dia. – Uai, cadê os alunos? Será que meu relógio parou? – questionou-se Ivanzir, um pouco confuso. Resolveu conferir e percebeu que os ponteiros estavam funcionando. Lembrou-se também do sino do Granbery, sempre preciso, e concluiu que estava no horário e dia certos. Ao se aproximar do portão, um forte odor o atingiu com violência. Pareceu que, dentro do prédio, havia centenas de ratos mortos já em estado de putrefação. O que provocava isso? Seu “nariz de farmacêutico” descartou o gás sulfídrico utilizado algumas vezes por alunos em brincadeiras de mau gosto. Resolveu enfrentar o mal-estar, avançando escola adentro. Ao final do corredor, Ivanzir surpreendeu-se com o que viu. No pátio interno da faculdade havia dezenas de cadáveres espalhados pelo chão em grotescas posições. Parecia que um maníaco sexual havia passado por ali. Os corpos das mulheres, com as saias ou camisolas erguidas, pernas abertas, desnudando sua intimidade. Os homens, com as calças e cuecas – sujas umas, imundas outras – baixadas. As fisionomias eram pálidas, esqueléticas. Barbas crescidas, cabelos desgrelhados, pareciam egressos de um manicômio. O cheiro não deixava dúvida de que estavam mortos havia dias. O farmacêutico ficou atônito.”²

Esta era uma prática ilegal, especialmente quando não havia consentimento adequado dos familiares dos falecidos.

Repercussões e mudanças na percepção da saúde mental

À medida que a sociedade progrediu e as normas éticas evoluíram, o Hospital Colônia de Barbacena enfrentou um crescente escrutínio. A progressiva consciencialização pública das condições deploráveis da instituição, preocupação com os direitos humanos e mudança significativa nas políticas e legislação de saúde mental, originou investigações rigorosas, a partir de várias denúncias feitas por parte de ativistas e organizações de direitos humanos, assim como protestos públicos, divulgados através dos meios de comunicação social. As várias ações judiciais decorrentes de várias denúncias levaram ao encerramento da instituição em 1980. Os pacientes que sobreviveram foram transferidos para outras instituições ou serviços de saúde mental comunitários. No entanto, a reintegração na comunidade exigia enfrentar preconceitos e superar barreiras estigmatizantes, assim como recursos comunitários adequados a garantir o suporte necessário para estes pacientes.

Apesar do grande impacto na saúde, com a reabilitação os pacientes foram recuperando capacidades humanas básicas, como escolher algo, decidir quando tomar banho ou que roupa vestir. A adaptação ao medo e o desenvolvimento de mecanismos de sobrevivência destes pacientes dificultou o abandono de rotinas dos anos intramuros no Colônia. Assumir que podiam acumular pertences ou comer à vontade parecia uma tarefa exigente.

No início, os terapeutas acreditavam que alguns dos pacientes eram mudos porque ficavam sem pronunciar uma única palavra por inúmeros anos. Até que um dia recuperavam a fala.

As práticas cruéis perpetradas nesse período destacam não apenas a falta de compreensão sobre a saúde mental, mas também a ausência de direitos humanos fundamentais para aqueles considerados “pouco desejáveis” pela sociedade.

Hoje, o Hospital Colônia de Barbacena serve de dolorosa lembrança de um passado manchado por práticas desumanas e negligência, incentivando a reflexão sobre a importância de garantir o respeito aos direitos fundamentais de todos, independentemente de sua condição de saúde mental.

Conclusão

O Hospital Colônia de Barbacena representa um capítulo sombrio na história da saúde mental do Brasil. A sua trajetória é marcada por práticas desumanas e violações dos direitos humanos, uma abordagem totalmente equivocada no tratamento de pessoas com perturbações mentais.

Hoje é designado Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e adaptou-se a novos padrões de atendimento, métodos de tratamento aprimorados e foco no bem-estar do paciente. A 16 de agosto de 1996 foi inaugurado o “Museu da Loucura”, uma referência cultural dentro do hospital, em memória da história do antigo manicômio, contrastando com a atual abordagem ao tratamento de pacientes com doença mental.

Bibliografia

1. Coelho, G.G., Sousa Rodrigues, I.H.H. de, & Silva, K.M.C. (2021). Holocausto brasileiro: da violação dos direitos à construção de uma sociedade sem manicômios. *Revista de Ciência Sociais da UFMS*, 2(24), 48-66.
2. Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. 1. Ed. 1973, São Paulo: Geração Editorial, .
3. Pacheco Pena, M., Pereira, L. S. D., Azevedo, D. L., Barbosa, A. L. J., Gomes, C. A. D. A., Silva, C. F., & Soares, C. L. G. (2018). Hospital Colônia de Barbacena: fatores de risco e adoecimento em espaço psiquiátrico. *Revista de Trabalhos Acadêmicos – Universo Belo Horizonte*, 1(3).
4. Neto, O. D. C. M. (2018). Necropolítica da colonialidade no Brasil: segregação e desumanização no Hospital Colônia de Barbacena e na Cracolândia, em São Paulo. “*Meridional. Revista Chilena de Estudios Latinoamericanos*, (11), 149-177.
5. Neto, F. K., & Dunker, C. I. L. (2017). Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. *Psicologia em revista*, 23(3), 952-974.

Épidémies dans les principautés roumaines entre 1700-1830

Chicoș Bogdan Horia

Centre clinique des maladies rhumatismales Bucarest, Ion Stoia

E-mail : b_chicos@yahoo.com

Résumé

La maladie infectieuse avec la plus grande propagation, fréquence et nombre de victimes entre 1700 et 1830 dans les Principautés Roumaines fut la peste. Causes : agglomérations de population, conflits militaires, famine, mauvaise hygiène. Prophylaxie : fêtes, restaurants, commerce – arrêtés ou limités, frontières fermées, cordons sanitaires, quarantaines à durée variable, abandon des villes, hospitalisation, incendie des maisons. Mesures thérapeutiques douteuses. Hôpitaux construits exclusivement pour la peste. Durant les guerres le choléra fut présente pour peu de temps. La variole qui fit de nombreuses victimes sur la planète n'était pas fréquente, probablement dû à la vaccination. La peur dominait la société. Pas d'importantes différences entre les mesures préventives du passé et celles de l'épidémie Covid 19. La vaccination controversée anti-Covid 19 a cependant eu un effet favorable, considérant les effets modérés de la vaccination contre la grippe.

Mots clés : peste, thérapie, sentiments, troubles du comportement

Abstract

The infectious disease with the greatest spread, frequency and number of victims between 1700 and 1830 in the Romanian Principalities was the plague. Causes: population agglomerations, military conflicts, famine, poor hygiene. Prophylaxis: parties, restaurants, trade – stopped or limited, closed borders, sanitary cordons, variable quarantines, abandonment of cities, hospitalization, burning of houses. Doubtful therapeutic measures. Hospitals built exclusively for the plague. During the wars cholera was present for a short time. The smallpox which made many victims on the planet was not frequent, probably due to vaccination. Fear dominated society. No significant difference between the preventive measures of the past and those of the Covid 19 epidemic. However, the controversial anti-Covid 19 vaccination had a favorable effect, considering the moderate effects of the flu vaccination.

Keywords: plague, therapy, feelings, behavioral disorders

Le but de cette communication est de voir quelles sont les similitudes et les différences concernant l'attitude de la population roumaine envers les épidémies du passé et la pandémie de la Covid 19. Le travail a été fait par l'étude des sources historiques et contemporaines.

* * *

La peste est une maladie très grave causée par *Yersinia pestis* transmise par les puces des rongeurs. Au XVIII^e-ème siècle, la peste était l'épidémie la plus fréquente dans les Principautés Roumaines, avec le plus grand nombre de victimes. Les Principautés Roumaines étaient la Valachie (au nord les Carpates, au sud le Danube) et la Moldavie (à l'est le Dniestr, à l'ouest les Carpates) à ce moment-là sous domination ottomane, mais également disputés par les empires tsariste et autrichien. La stabilité politique était faible. Entre 1711 et 1821 les sultans ont nommé 31 princes provenant d'onze familles orthodoxes, grecques ou macédoniennes, établies à Istanbul.

Contre la peste, la *méthode la plus efficace était la fuite* des zones contaminées et la quarantaine, moyens également utilisés en Occident. Le souverain et les boyards s'isolent dans des monastères, les pauvres utilisent des abris improvisés dans les champs. La peste fut quasi-endémique jusqu'en 1830 (Samaritan, 1938, p. 354) (Barbu, 1967, p. 72). Elle a été introduite dans le pays par des navires et des armées turcs engagés dans de fréquents conflits militaires¹ (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 60). Pour le Siècle des Lumières, la quarantaine sur la ligne du Danube, la frontière avec l'Empire ottoman, n'était pas possible car elle aurait empêché le contrôle des Turcs sur les terres roumaines.

Les dirigeants quittent les capitales et se réfugient dans leurs propriétés où la densité de population est faible : le prince de Valachie quitte la capitale Bucarest et se réfugie à 70 km au nord plus d'un an (mai 1706-mars 1707) la situation se répète avec le nouveau prince en 1716 (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 70).

¹ Cette terrible maladie fait des ravages en Moldavie.... Elle est apportée par des commerçants turcs et grecs de Turquie (rapporté par Adam Chenot (1721-1789) médecin chef de Transylvanie

Les épidémies de peste au XVIII^e-ème siècle ont été fréquentes ayant une durée totale d'environ 25 ans (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932) On a décidé de construire des hôpitaux spécialisés. En Valachie, l'hôpital St. Visarion (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 146) qui était une annexe de l'hôpital St. Pantelimon (achevé en 1750) pour les malades de la peste et l'hôpital Dudești (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 149), le dernier bâti en 1793 quand le nombre de malades de peste était très élevé².

L'Hôpital Dudești³ avait 40 chambres, il était équipé d'annexes séparées (12 boxes) pour les contacts. La dernière grande épidémie de peste prendra fin en 1813. Après 1830 l'hôpital sera moins utilisé, il fut transformé en hôpital pour maladies vénériennes (1851), fut moins soigné, et en 1893 il cesse d'exister (Barbu, 1967, p. 158). Cette fin du plus grand hôpital de la ville, au moment de sa construction, puis de son abandon prouve l'ampleur de l'épidémie de peste et la *crainte de son utilisation* à nouveau après la disparition de la peste.

En Moldavie, les dirigeants et la noblesse se sont réfugiés dans les monastères, les pauvres dans les champs. Près de Iasi, la capitale de la Moldavie, le lieu de refuge était sur un terrain donné par un citoyen plus riche et un abri y fut construit. On le trouve plus tard sous l'administration de l'hôpital Sf. Spiridon (Barbu, 1967, p. 158). (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 100)⁴ de Iasi. Tous les hôpitaux se trouvaient dans les locaux d'un monastère. Celles-ci disposaient de biens fonciers issus de donations qui assuraient l'exploitation.

Afin de prévenir et d'arrêter les épidémies, d'autres mesures ont également été prises : la division de la ville en arrondissements, personnel qui avait généralement traversé la maladie et s'en était remis. D'abord les médecins ont évité de s'impliquer. Il existe des dispositions pour la détection et l'hospitalisation des malades, des contacts, l'isolement/quarantaine, pour les enterrements, la désinfection, la médication.

Lors des épidémies, la situation est catastrophique : les personnes qui s'occupent de l'identification des malades, des suspects, des admissions, des funérailles, de la désinfection sont regroupées en une corporation bien définie (1674) (Samaritan, Medicina și farmacia în trecutul românesc vol III asistența publică, 1938, p. 41). Ils décidaient qui était malade, ce qui a conduit à des abus.

Des *scènes cauchemardesques* sont racontées lors de l'épidémie de 1792 à Bucarest : «... nous avons chargé 15 morts, nous en avons enterré 14, un s'est enfui... Les gitans des résidences noble menacent les gens qui y veulent entrer. Les prêtres mettaient la communion à la porte et s'enfuyaient. Certaines rues étaient barricadées avec des branches, des rochers, pour que les fléaux ne viennent pas. Les fenêtres étaient recouvertes de papier bleu pour empêcher la peste d'y entrer. Les chiens, les souris, les poulets mouraient. De certaines rues, on entendait les cris d'une mère dont le sixième enfant était en train de mourir. Au bord de la rivière, une mère dont toute la famille est décédée a un enfant d'un an. La mère a soif, boit de l'eau, meurt. La jeune fille reste seule, un aigle la rattrape, l'emmène dans la forêt et la dévore». (Gomoiu, 1923, pg. 158, 159).

Durant l'épidémie de 1813 à Bucarest 300 personnes meurent par jour il y a un total de 90 000 décès dans tout le pays. En 1795-1796, il y eut 10 000 morts à Bucarest. «La mère a laissé les enfants, le mari la femme (au profit des gens qui s'occupaient des enterrements). Ces gens (*cioclii, choclii*) étaient ivres, débauchés, avaient un mouchoir rouge autour du cou, allaient de maison en maison avec une charrette pour voler. Ils jetaient des chiffons contaminés dans les cours des riches maisons. Personne n'a pas eu le courage de s'y opposer. Ils prenaient les malades ou les morts sur leur dos, les jetaient dans la charrette, les uns sur les autres, et portaient pour Dudești (vers l'hôpital). Le patient est rarement arrivé vivant à l'hôpital. Un coup dans la tête a fait ce que la maladie faisait en 2-3 jours. Ceux qui arrivaient vivants étaient jetés au champ. La population s'est révoltée et a tué 10 de ces gens. Une tentative a été faite pour arrêter les atrocités. (Gomoiu, 1923, pg. 173, 174). Au début de l'épidémie de la Covid 19, l'hospitalisation des personnes malades et contacts était obligatoire⁵.

En Moldavie, les personnes qui s'occupaient de l'identification des malades, des funérailles faisaient *peur* à tout le monde. Sous prétexte de désinfecter des maisons contaminées ou prétendument contaminées, ils volaient et mettaient le feu :... après cet incident, d'innombrables familles se sont retrouvées dans le dénuement car à la mort des vieillards, les enfants qui avaient grandi parmi des étrangers ne savaient pas contrôler l'héritage, en l'absence de

² Le 16 septembre 1792, hôpital Saint-Pantelimon : 74 décès entre le 18 juin et le 31 juillet ; 248 patients guéris au 31 juillet ; 204 morts du 1er au 31 août ; 116 patients guéris ; 334 hospitalisés, soit un total de 976 cas (Samaritan P. G., Peste (La Peste), 1932, p. 145).

³ Un village à la périphérie de Bucarest.

⁴ Les hôpitaux portent le nom de saints orthodoxes qui protègent la santé.

⁵ Au début de l'épidémie de la Covid 19 le transport vers l'ambulance s'est fait par l'isolette.

documents, et certains ont fini par se soumettre à d'autres maisons nobles comme domestiques, afin de gagner leur pain quotidien». (P. Samarian cite V. A. Ureche).

Fin 1795, la peste a éclaté à Iassi, la capitale moldave, dans la maison d'un marchand grec. A cette occasion, beaucoup de documents familiaux ont été détruits, car les foules, sous prétexte de guérir les maisons, les ont jetées dans le feu, de nombreux procès ont éclaté ce qui a complètement appauvri de nombreuses familles honnêtes et enrichi de nombreuses personnes sans conscience». (Samarian, Ciuma (La Peste), 1932). P. Samarian rapporte des faits similaires à l'épidémie de peste en France, à Lyon en 1628-1629, à Gênes (1656) et de Marseille (1720).

La décision du souverain du 2 avril 1795 de construire un nouvel hôpital de peste à Dudești s'est concrétisée en juillet 1796 lorsque l'hôpital était prêt. La lettre – de fondement – de l'hôpital du 1er juillet 1796 au point 5 tente de changer le nom du personnel (*cioclii*, *chioclii*) qui a fait *horreur* parmi la population (les gens qui identifiaient les malades et faisaient les enterrements) en celui des résidents de l'hôpital.⁶ La *mémoire collective* était *si forte* que le nom de la guilde est resté inchangé. Les méfaits commis par ceux-ci sont consignés dans la correspondance des deux bien connus écrivains et politiciens appréciées par certains comme exagérées : «Les *cioclii* prenaient les cadavres à mains nues, les chargeaient dans des charrettes puis les jetaient dans des fosses spéciales, creusées à l'extérieur de la ville... L'apparition des *ciocli* provoquait la *peur* et l'*horreur*. Même les infectés *craignaient* leur contact empoisonné. Beaucoup de malades, qui ne voulaient pas être touchés par leurs mains pour être transportés vers les hôpitaux, coururent aux champs, mais hélas ! peu d'entre eux se sont échappés». (Samarian, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 197, 198). Les *senti-ments de peur* envers la peste sont tellement forts qu'on cède des propriétés pour éviter tout contact. (Archives Nationale fonds du diocèse de Buzau, LXXXVIII/5)⁷. (Archives Nationales fonds Documents Muntești, LXXII/6)⁸

L'attitude des autorités a suivi les indications des médecins les plus savants, Adam Chenot et Gustav Orreus. Adam Chenot (1721-1789) a étudié la médecine à Vienne. Il a contracté la peste, mais il a survécu. (Samarian, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 61-63). Il fut envoyé combattre la peste dans les villes Brașov (Kronstadt) en 1755 et Sibiu (Hermanstadt) en 1758, qui appartenaient alors à l'Empire Autrichien. En 1774, il était le médecin en chef de la Transylvanie. Il écrivit «Tractatus de peste» (1766), «Historia pestis Transylvaniae annorum 1770 et 1771» (posthume). (Samarian, Ciuma (La Peste), 1932, p. 60). Il est concerné de la prophylaxie individuelle, prophylaxie publique. Il parle d'éviter les contacts, de fortifier le corps.

Seuls ceux qui ne sont pas suspects peuvent quitter la localité ; dans les localités contaminées, tous les étrangers doivent être soigneusement examinés. Les localités contaminées doivent être isolées par un cordon sanitaire. Mesures de quarantaine de durée variable. Inhumation rapide des cadavres sur lesquels de la chaux sera versée. Déclaration des cas de maladie. Isolement et prise en charge des malades. Désinfection des objets par lavage, ventilation, fumée, eau bouillante. Il faut apprendre la population distinguer la peste des autres maladies. Des personnes ayant des instructions précises concernant la peste pour les localités affectées. Deux visites par jour dans des maisons suspectes. Suspects hospitalisés, lavés. Maisons contaminées fermées, avec fenêtres et cheminées bouchées. Brûlures de soufre. La maison blanchie à la chaux. Les objets sans valeur brûlés. Si six semaines passaient et des cas nouveaux n'apparaissaient pas, la maladie était déclarée éteinte. (Samarian, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 61-63).

1813, le 3 juillet le prince de Valachie, ordonne au métropolite de Valachie de donner 5030 thalers des revenus des trois monastères à l'hôpital de Dudești, pour prévenir la peste qui est apparue dans plusieurs villages. (Archives Nationales ANR, SANIC, fonds Eglise Supérieure de Wallachia, CDXI/3Item 2 of 67)⁹.

1814, le 17 février le prince de la Valachie, ordonne au métropolite de la Valachie, suite au déclin de l'épidémie de peste, faire laver, fumer et aérer les maisons infectées dans tous les quartiers de la ville. (Archives Nationales Fonds Mitropolia Țării Românești (Archives Nationale fonds du diocèse de Buzau, LXXXVIII/5), – Valachie – CDXI/6)¹⁰

⁶ «Qu'il y ait 60 personnes pour le travail des malades qui portent le nom de résidents de l'hôpital... protégés de tous les maux».

⁷ 1637 (7145) 22 mars Nedelco donne à Gligorie demie-hectare de vignoble, des outils et de l'argent, propriétés de son frère, Tudor, pour entrer dans sa maison pour faire sortir sa femme et ses fils, et les enterrer, car ils sont morts de la peste, et on ne trouva personne pour les enterrer.

⁸ 1657 (7166) 27 septembre Petre Epure certifie aux prêtres Neșuțu et à ses fils qu'il leur a donné, du temps du prince Mihai des pommiers, lors de l'épidémie de peste, lorsque sa femme et ses trois enfants sont morts, sans service religieux.

⁹ «Votre Éminence, Père Métropolite, sait que pour les dépenses nécessaires des hôpitaux de Dudești, lorsqu'il y a eu un danger de peste, il faut céder les revenus des trois monastères, Tismana, Cozia et Câmpulung avec leurs annexes...

¹⁰ «Que les employés du ministère de l'intérieur doivent obliger tous les propriétaires des maisons à nettoyer leur maison et les objets par lavage, fumées, ventilation...»

1814, le 20 février Rapport à l'Eglise Supérieure de Valachie concernant les mesures à prendre pour nettoyer les maisons infectées par la peste, ainsi que la mention dans les livres de malédiction que personne n'est autorisé à cacher les malades de la peste. (Archives Nationales Fonds l'Eglise Supérieure de Valachia, CDXI/7)¹¹

Gustav Orraeus fut le médecin en chef de l'armée russe (1769) et accompagna l'armée à Iasi. Il écrivit „Descriptio pestis, quae anno 1770 in Jassi et 1771 in Moscua grassata est. Petersb. 1784”. Il montre que „la peste a été propagée à Iasi par un soldat. La peste à Iasi doit son origine à une guerre étrangère”. La peste atteint la Pologne et Moscou. (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, p. 101).

Description de la peste par le Dr Gustav Orraeus (1739-1811) : fièvre maligne avec taches, gonflements, plaies. Affecte les personnes grosses qui guérissent plus difficilement que les personnes cachectiques et lymphatiques. Pendant la peste, d'autres épidémies s'arrêtent.¹² Transmission par inhalation, ingestion, agglomération des bains publics, contact avec les vêtements des malades, une nuit suffit jusqu'à la mort. Signes cliniques : abdomen plein de gaz, splénomégalie, exophtalmie, hyperhémie conjonctivale, parotidite, diminution de la sensibilité cutanée. Les cadavres n'ont pas de rigor mortis. La convalescence est plus rapide que dans les autres maladies fébriles. (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 101-105).^{13, 14}

1771 : Dr. Gustav Orraeus „Il ne reste plus rien en Valachie et en Moldavie, même les Russes sont obligés de s'approvisionner de Pologne... L'armée russe est dans un état misérable... la peste et d'autres maladies ont fait de grands ravages... La peste a détruit mille fois plus de Russes que les Turcs n'en ont pas détruit. De Silistra (sud du Danube) à ici (Iași) nous avons trouvé des villages désertés par la maladie». Dans le „Registre annuel” de Londres, il note que „le pays occupé par les Russes est tellement ruiné qu'il ne peut pas faire face aux dépenses de la guerre, il n'a même pas eu de quoi se maintenir”. (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 112, 113)

Mesures prophylactiques

Obstruction de la circulation des personnes et de leurs biens peut éviter la propagation des épidémies. Dans les Principautés Roumaines, les premières mesures de quarantaine n'ont pu être prises qu'après 1774, car dans leur religion, les Turcs croyaient que le destin ne pouvait pas être empêché. (Samaritan, Medicina și farmacia în trecutul românesc, vol III Asistența publică, 1938, p. 343).

Existe des documents qui prouvent que l'Empire des Habsbourg a fermé les frontières en plusieurs reprises : avril 1758, novembre 1760 pour 42 jours de quarantaine et en août 1762 pour 12 jours à Brașov (Kronstadt), (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 96, 98, 100).¹⁵

Quarantaine 40 jours à l'hôpital St. Visarion en novembre 1784. (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 123, 137) après quarantaine «quelques jours» à Silistra sur le Danube (novembre 1784). Quarantaine à la frontière de la Valachie avec la Moldavie pour 6 jours. (octobre 1790).¹⁶

La prévention de la propagation de l'épidémie par des cordons sanitaires : à Bucarest les barrières sont fermées, plusieurs maisons de malades sont incendiées (1784). (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, pg. 119, 120)

La présence des mendiants est interdite. Les pauvres ont été arrêtés de quitter les monastères. (Samaritan, Ciuma (La Peste), 1932, p. 168).

1827, Le 3 septembre, le Pacha de Nicopole, confirme au prince la réception d'une lettre demandant, qu'en raison de la peste, la circulation soit faite par une seule route et que personne ne passe pas par d'autres régions de la Valachie. (Archives Nationales, Fonds des documents turcs, 1073Article 9 sur 67).

1817, le 13 juin Le Bureau de la Quarantaine délivre à un marchand autrichien, résidant à Bucarest, la preuve qu'il a passé 5 jours de quarantaine à Timișoara (Archives Nationales, Collection Nouvelles Acquisitions, MMDCXXI/52Article 10 sur 67)

¹¹ „...Après cela, si Votre Sainteté trouve un moyen d'introduire dans les livres les cela malédictions, c'est-à-dire que personne ne doit cacher, ni oser cacher les malades de la peste désormais...”

¹² Pendant l'épidémie de la Covid 19, on n'a pas parlé d'autres maladies infectieuses.

¹³ „... ils achetèrent des vêtements à Iași à bas prix à des familles riches mortes de la peste et les revendaient en Pologne”.

¹⁴ „ils ne ressent aucune douleur au pincement”.

¹⁵ Pour la Covid 19, au début de l'épidémie, isolement et hospitalisation obligatoire n'importe la présence ou l'absence des signes de la maladie, après congé médical 14 jours, maintenant 5 jours de congé médical.

¹⁶ L'incertitude auprès de la prophylaxie et du traitement de la Covid 18 n'a pas disparu.

1832, le 24 juin Rapport du général Pavel Kiseleff établissant des mesures pour prévenir et combattre la propagation de l'épidémie de peste dans les quarantaines de Galati et Brăila, avec les troupes russes. (Archives Nationales ANR, SANIC, fonds du Comité de la quarantaine, dossier 2445/1832, files 9 à 10 Item 11 of 67)¹⁷

Commerce : en 1772 la Commission sanitaire autrichienne décide que les moutons venant de Valachie doivent être mis en quarantaine pendant trois semaines, la laine est lavée ; les bergers seront mis en quarantaine pendant 42 jours (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 144)

La vente des boissons se fera à la maison pas dans les restaurants (juillet 1792, mars 1795), la suspension des fêtes. (Juillet 1792). (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, p. 140.169)

Loi du 28 mars 1795 : Les commerçants ne doivent pas toucher l'argent (les monnaies). Elles seront déposées initialement dans le vinaigre. Les marchands de vieux vêtements cesseront leurs activités. Les fêtes de Pâques vont arrêter.¹⁸ Les marchands fumigeront les boutiques avec du soufre. Les cafés (répandus dans l'Empire ottoman) vendront du café à la fenêtre ; Interdiction d'accès des femmes aux tavernes. Cependant, les processions religieuses avec des reliques anti-peste étaient autorisées. Le 25 juin 1795 la tête du Saint Visarion, qui protège contre la peste, est amenée au monastère de Văcărești. Le prince y est venu avec toute la suite. (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, pg. 170, 182)

Les prêtres obligés de tenir des registres des décès et des naissances (1784). Personnel nommé pour gérer l'épidémie (Novembre 1786) (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, pg. 125, 129-130).

Les hospitalisation des nobles se font avec le consentement du prince et ceux qui guérissent à l'hôpital paieront des frais. Les Chiocli sont punis par la mort s'ils commettent des actes graves (meurtre, vol, corruption (novembre 1786) (Samaritan, Ciurma (La Peste), 1932, pg. 133, 134).

Au début de 1814, il fut ordonné de fermer l'activité des barbiers qui pratiquaient également des extractions dentaires. (Barbu, 1967, p. 186).¹⁹

Le cholera

La première épidémie de choléra en Europe éclate en 1830 en Russie. Le point de départ fut l'Inde en 1817, après elle passa à la Perse et à la Turquie. Par la mer Caspienne, elle est arrivée aux Pays Roumains en 1831 et de là au reste de l'Europe. Le 31 décembre 1830, un rapport diplomatique français écrit que la peste fait des ravages en certaines territoires du nord du Danube.

Le choléra apparu en Moldavie, venant de la Russie (Mai 1831), ne put être arrêté par la quarantaine, parce que l'influence russe aurait été diminuée dans les terres roumaines.

Le 26 mai 1831, un autre rapport diplomatique français montre que le choléra „fait des ravages dans cette malheureuse ville (Iasi)”. La maladie a été signalée à Bucarest le 22 juin. Le choléra ravaga les Principautés. La source dit, à propos de Iasi, qu'il s'agit d'une „tombe ouverte, qu'en général tous les médecins sont morts, que les premiers décès sont apparus dans les maisons nobles et dans certaines familles il n'y a pas eu de survivants, les rues sont pleines de morts et ne sont plus de chariots pour les charger”.

A Bucarest, les vastes marais qui l'entourent représentent un inconvénient. „La maladie a frappé un certain nombre de personnes et dès le 15 août 1831 elle s'est arrêtée d'un coup et jusqu'à aujourd'hui personne n'a pas été atteint ; par peur, Bucarest a été déchirée, la plupart des nobles et des marchands ont quitté la ville et le nombres des victimes a été évidemment plus petit qu'à Iasi” (l'évêque de Bucarest).

En Moldavie, les cas ont diminué fin juillet 1831 en raison de la fuite de la population des zones contaminées. Le 6 juillet 1831, Kiselef¹⁶ vient de Iasi à Bucarest et prend des mesures antiépidémiques. Deux cordons sanitaires ont été dressés dans le sud (nord du Danube).

Une quarantaine fut instituée le passage étant autorisé seulement dans deux zones. Le 12 septembre 1831, l'épidémie de choléra est jugée terminée. Du rapport de Kiselef, nous apprenons que dans les deux Principautés, il y avait 33 350 malades, dont 20 128 sont décédés. Sur une population de 2 871 162 habitants, un patient sur

¹⁷ Pavel Kiseleff, général rus, entre 1829 et 1834, dirigea l'administration militaire russe de la Valachie, contribua à la réorganisation administrative des deux Principautés Roumaines.

¹⁸ Pour les fêtes de Pâques 2020, la participation de la population fut interdite.

¹⁹ Pendant l'épidémie de la Covid, les cabinets dentaires et les services médicaux ont été longtemps fermés et restreints.

45 est tombé malade et un patient sur 142 est décédé. À Bucarest, il y a eu 2169 décès. Après d'autres sources à Bucarest, qui comptait 90 000 habitants en 1831, 15 000 tombèrent malades, dont 5 000 moururent.

Les maisons seront désinfectées par le lavage. (Archives Nationaux), SANIC, fond Comité des Quarantaines dos. 1571/1831, f. 114) (Chicos, 3 iunie 2009).

La variole

Dans les Pays Roumains, les documents n'ont pas enregistré d'épidémies de variole, bien que cette maladie affectât périodiquement l'Europe. Ont été consignés des régions avec une mortalité accrue. Ce fait était certainement dû à la vaccination pratiquée par les habitants depuis longtemps.

Les gens avaient l'habitude de vacciner avec le pus trouvé dans les lésions des mamelles des vaches malades.

Le médecin Giacomo Pylarino, (la première décennie du XVIII -ème) utilisa la variolation depuis 1701. Cette technique d'inoculation était souvent dangereuse et seul Edward Jenner (1749-1823) la perfectionna en 1796. Il est reconnu comme le père de cette acte médical, et Pasteur a donné le nom de *vaccin* aux techniques d'immunisation contre les maladies infectieuses à la mémoire éternelle d'E. Jenner.

A partir des revenus locatifs de certaines maisons de Iasi l'administration des hôpitaux de la Moldavie pourrait soutenir un certain nombre de malades et vacciner les enfants pauvres contre la variole (fin du XVIII -ème).

La vaccination contre la variole commença aussitôt sans l'opposition des habitants et en 1802 la méthode se généralisa à Bucarest et dans autres villes.

Les mesures contre la variole, maladie présente surtout en Transylvanie (à ce moment-là sous domination autrichienne), se sont matérialisées aussi par la traduction en roumain des livres auprès la variole. Le clergé est sollicité de conseiller la population pour accepter le vaccin antivariolique. La vaccination contre la variole effectuée simultanément à Sibiu, Târgu – Mureș, Cluj, Brașov, (importantes villes en Transilvanie) en 1801-1802 a déterminé une prophylaxie évidente.

Les médecins communaux ont l'obligation de la vaccination antivariolique. Le 12 avril 1815, l'aide de prêtres est sollicitée pour faire convaincre la population de l'utilité du vaccin pour les enfants. Une habitude nocive introduite par un médecin consistant à mettre du sel sur le corps des nouveau-nés pour les protéger contre la variole a été arrêtée (début du XIX -ème). (Chicos, 3 iunie 2009)

* * *

Les grandes épidémies de la période 1738-1831 causèrent, à Bucarest en 1738, a une population de cc. 50 000 habitants, 10-20 000 victimes (20-40%), en 1813-1814 à cc. 80 000 habitants, 25-40 000 victimes (31-50%), en 1828-1831 à cc. 90 000 habitants, 4 500-10 000 (5-11 %). La population de Botoșani (une ville du nord de la Moldavie) était entre 1770-1774 de 3876 âmes qui formaient 533 ménages; en 1805 il y avait 1017-1070 ménages et entre 11,954-7781 habitants. En 1791, la Valachie comptait 1 520 000 habitants, la Moldavie 979 700 habitants en 1774, et la Transylvanie 1 490 000 habitants en 1789.

* * *

Conclusions

L'attitude de peur de la population envers les infections n'a pas changé. Les mesures prophylactiques sont presque les mêmes. Actuellement, les mesures thérapeutiques sont différentes, l'utilisation du vaccin anti-Covid 19, outre des effets indésirables, dont certains éventuellement redoutables, a eu aussi des effets bénéfiques.

References

- Barbu, G. (1967). *Arta vindecării în Bucureștii de odinioară*. București: Editura științifică.
- Chicos, B. H. (3 iunie 2009). *Medicina Românească în Secolul Luminilor*, Teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București.
- Gomoiu, V. (1923). *Din istoria medicinei și a învățământului medical în România (înainte de 1870)*. București: Tipografia Cultura.
- Samarian, P. G. (1932). *Ciuma (La Peste)*. București: Institut de arte grafice E Marvan.
- Samarian, P. G. (1938). *Medicina și farmacia în trecutul românesc vol III asistența publică*. București: Editura Bucovina.

Monogamia: biologia ou cultura?

Maria Pires Cameira, Patrícia Abreu

Hospital Júlio de Matos – ULS São José

E-mails: mariapirescameira@ulssjose.min-saude.pt; patriciaabreu@ulssjose.min-saude.pt

Resumo

Na maioria das pessoas, as relações sexuais, românticas e íntimas têm um papel importante na realização pessoal e bem-estar individual e interpessoal. A monogamia é um fenómeno raro no reino animal, ocorrendo em apenas 3-5% do total das mais de 5000 espécies de mamíferos. Como a maioria dos mamíferos, os humanos não são estritamente monogâmicos. A monogamia social tem uma forte conexão com fatores culturais, como por exemplo, a religião. As relações poliamorosas ganharam visibilidade nos media desde que o termo “poliamor” foi criado no início da década de 1990. Por outro lado, existe um forte estigma associado a relações não-monogâmicas consensuais, associando-as a consequências nefastas, como, por exemplo, um aumento das doenças sexualmente transmissíveis, o que a investigação tem contrariado. O intuito deste trabalho é a exploração das motivações e obstáculos à diversidade relacional do ponto de vista neurobiológico, cultural e sociopolítico.

Palavras-chave: sexologia, monogamia, não-monogamia, poliamor

Abstract

In most individuals, sexual, romantic, and intimate relationships play an important role in personal fulfillment and interpersonal well-being. Monogamy is a rare phenomenon in the animal kingdom, occurring in only 3-5% of the total of over 5000 mammal species. Like most mammals, humans are not strictly monogamous. Social monogamy has a strong connection to cultural factors, such as religion. Polyamorous relationships have gained visibility in the media since the term “polyamory” was coined in the early 1990s. On the other hand, there is a strong stigma associated with consensual non-monogamous relationships, linking them to harmful consequences, such as an increase in sexually transmitted diseases, which research has contradicted. The purpose of this work is to explore the motivations and obstacles to relational diversity from neurobiological, cultural, and sociopolitical perspectives.

Keywords: sexology, monogamy, non-monogamy, polyamory

Introdução

As relações sexuais, românticas e íntimas têm um papel importante na realização pessoal e bem-estar individual e interpessoal. A monogamia é um fenómeno raro no reino animal, ocorrendo em apenas 3-5% do total das 5000 espécies de mamíferos. Como a maioria dos mamíferos, os humanos não são estritamente monogâmicos. A monogamia social tem uma forte conexão com fatores culturais, como a religião. As relações não-monogâmicas consensuais é um termo “guarda-chuva” para designar as relações em que os parceiros explicitamente concordam com o estabelecimento de relações românticas e/ou sexuais com outras pessoas. Podem ser de vários tipos desde *swing*, relações abertas a poliamor. Cerca de 5% dos norte americanos vivem em relações não-monogâmicas consensuais. Por outro lado, existe um forte estigma, associando-as a consequências nefastas, como o aumento das doenças sexualmente transmitidas, que a investigação tem contrariado.

Sexualidade e a evolução humana

A Saúde Sexual corresponde ao bem-estar físico, emocional e mental em relação com a sexualidade, que requiere uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, livres de coação, discriminação e violência. Por outro lado, a sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida; engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem sempre todas são vividas ou expressas. Acrescenta-se ainda que a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais. (OMS, 2016)

A forma como a sexualidade é experienciada não é estática nem totalmente compreendida. O debate sobre se os seres humanos são inerentemente monogâmicos ou não-monogâmicos é antigo e complexo, e poucas são as temáticas suscitam tamanha controvérsia e reatividade emocional. Debate-se se a monogamia corresponde primariamente a um traço genético, biológico ou se é determinado pela cultura e/ou de que forma ocorre esta interação dinâmica. (Brandon, 2016)

A investigação acerca desta temática apresenta inúmeras fragilidades. Conceber o comportamento de acasalamento humano de uma perspectiva científica é, de facto, um desafio, exigindo a separação do conhecimento científico das questões morais, éticas e religiosas, bem como da experiência pessoal e opinião. (Scoats & Campbell, 2022)

Do ponto de vista biológico, os seres humanos contemporâneos são descendentes diretos dos grandes símios, compartilhando 99% do código genético com esses ancestrais. A compreensão evolutiva do comportamento de acasalamento humano foi proposta por Charles Darwin em 1859. Ao contrário da sua teoria original, que o objetivo do comportamento de acasalamento era a sobrevivência da espécie, a teoria evolutiva moderna propõe mais precisamente que a reprodução garante a transmissão do DNA, ou mais precisamente, a sobrevivência do DNA. (Brandon, 2016)

As populações de primatas consistentemente favorecem três estratégias primárias de acasalamento: monogamia de curto prazo, de longo prazo e a poligamia. A monogamia social e sexual de longo prazo, como enaltecida nas culturas ocidentais quotidianas, é rara no reino animal. Aproximadamente, somente 3-5% dos mamíferos são considerados monogâmicos social e sexualmente. Até mesmo espécies que se pensava acasalarem para toda a vida agora são conhecidas por se envolverem em acasalamento extra-par ocasional. Por exemplo, as aves eram amplamente consideradas monogâmicas sexual e socialmente, mas os testes genéticos revelam que apenas cerca de 10% das aves socialmente monogâmicas são sexualmente monogâmicas. (Brandon, 2016)

Apesar de centradas em ideias cisheteronormativas, apresentam-se várias perspectivas apoiadas por alguns estudos. Segue-se uma abordagem simplificada da perspectiva evolutiva, neurobiológico ou sociocultural:

Fundamentos evolutivos da Monogamia

• Investimento Parental e Sobrevivência da Prole:

Do ponto de vista evolutivo, mudanças nas limitações geográficas, padrões de migração e acesso a alimentos podem ter resultado numa neurobiologia cada vez mais complexa nos seres humanos. À medida que os bebés nasciam com cérebros maiores e mais complexos, mais nutrição e esforço materno eram necessários para garantir a sobrevivência. A presença de outra figura, pelo menos durante vários anos, permitia que uma mãe passasse menos tempo a procurar alimentos e mais tempo a cuidar da prole. Além disso, foi sugerido que a experiência de se apaixonar pode ter sido uma adaptação evolutiva para facilitar a formação de pares com o intuito de criar com sucesso uma criança até à maturidade relativa. (Brandon, 2016)

A abordagem poliamorosa desafia a ideia da monogamia estrita como a única estratégia evolutiva, podendo aumentar a diversidade genética dentro de uma população. (Scoats & Campbell, 2022)

• Certeza da Paternidade Masculina vs Paternidade Extra-par:

A monogamia leva a uma menor incerteza masculina em relação à paternidade, porque capitaliza a fecundidade, o que geralmente promove um maior investimento paterno na sua prole genética.

No entanto, estudos genéticos mostraram que em relacionamentos monogâmicos, nem todos os descendentes partilham o mesmo pai e estão descritos vários benefícios na coparentalidade extra-par. (Brandon, 2016)

• Fatores Ecológicos:

A escassez de recursos pode reforçar ainda mais os comportamentos monogâmicos, minimizando a competição por parceiros. Por outro lado, o ambiente e a distribuição de recursos, leva a que alguns ecossistemas favoreçam a parentalidade cooperativa e o vínculo entre casais. (Scoats & Campbell, 2022)

Fundamentos Neurobiológicos da Monogamia

• Oxitocina e Vasopressina:

Hormonas como a oxitocina e a vasopressina, influenciadas geneticamente, desempenham papéis cruciais na ligação emocional entre pares. (Curtis, Liu, Aragona, & Wang, 2006)

- **Sistema de Recompensa Dopaminérgica:**

O sistema de recompensa do cérebro, envolvendo a libertação de dopamina, está implicado no prazer e na motivação associados ao amor romântico. Variações genéticas em genes dopaminérgicos podem influenciar a sua predisposição. (Curtis, Liu, Aragona, & Wang, 2006)

Variações genéticas nestes mecanismos poderão contribuir para as diferenças individuais nas escolhas relacionais.

Fundamentos socioculturais da Monogamia

- **Normas Sociais e Crenças Religiosas:**

Diferentes culturas encaram a fidelidade e o compromisso de formas distintas, que moldam a expressão de relacionamentos. (Brandon, 2016)

- **Considerações Económicas e Legais:**

Fatores económicos, incluindo direitos de propriedade, herança e alocação de recursos, podem incentivar parcerias monogâmicas em determinadas sociedades, proporcionando estabilidade no contexto da distribuição de propriedade e riqueza. (Brandon, 2016)

- **Estabilidade Social e Cooperação:**

Alguns estudos indicam que parcerias monogâmicas contribuem para a estabilidade social ordenada e um crescimento relativamente rápido, ao reduzir a competição por parceiros e minimizar conflitos dentro das comunidades, com diminuição das taxas de criminalidade. (Mogilski JK, 2020)

- **Mudanças na Dinâmica Cultural:**

As normas culturais não são estáticas e podem evoluir ao longo do tempo. Os últimos anos testemunharam uma maior aceitação de modelos de relacionamento não monogâmicos, refletindo a mudança de valores e normas sociais. (Scoats & Campbell, 2022)

Teoria do Ciclo de Vida

A teoria do ciclo de vida prevê que os indivíduos variem o seu comportamento sexual, reprodutivo, parental, familiar e social de acordo com os desafios físicos e sociais impostos ao longo do seu desenvolvimento. A biologia evolutiva representa um dos subsectores das influências biológicas dentro deste paradigma, e sugere que os humanos estão equipados para exibir estratégias de acasalamento flexíveis. Prevê-se que os organismos variem adaptativamente na forma como alocam tempo e recursos limitados para o crescimento e reprodução. Esta variação pode ser dividida de forma significativa em duas estratégias predominantes: uma história de vida lenta, em que os indivíduos adiam o desenvolvimento sexual e a reprodução (ou seja, investem mais em relativamente menos descendentes) e uma história de vida rápida, em que os indivíduos experimentam maturidade sexual mais cedo e produzem uma maior quantidade de descendentes (ou seja, investem menos em relativamente mais descendentes). Cada estratégia prepara um organismo para extrair valor do seu ambiente de acordo com os desafios físicos e sociais que enfrenta ao longo do desenvolvimento. Em ambientes relativamente mais estáveis (por exemplo, alto estatuto socioeconómico, baixa taxa de mortalidade), a reprodução adiada e restrita permite que os recursos sejam canalizados para alguns descendentes com maior probabilidade de sobrevivência. Em ambientes imprevisíveis, a reprodução acelerada reduz o risco de investir demasiado profundamente num único filho quando esse investimento é improvável de compensar. Estudos indicavam que pessoas em NMC tinham mais probabilidade de relatar um ritmo de vida acelerado do que aqueles em relacionamentos monogâmicos. No entanto, tal não se tem comprovado, com a existência de relações NMC duradouras. (Mogilski JK, 2020)

Curiosamente, indivíduos dentro de relações NMC reportaram menor aversão a germes, mais interesse em relações curtas, as mulheres tiveram um desenvolvimento pubertário mais precoce, uma variedade maior de necessidades satisfeitas e promoção do crescimento pessoal. (Mogilski JK, 2020)

Relações não-monogâmicas consensuais/éticas

É um termo “guarda-chuva” que inclui relações em que os parceiros concordam com o estabelecimento de relações românticas e/ou sexuais com outras pessoas. Podem ser de vários tipos desde *swing*, relações abertas a

poliamor, por exemplo. Cerca de 5% dos norte-americanos vivem em relações não-monogâmicas consensuais, 25% já esteve neste tipo de relação em algum momento da vida, enquanto que 12% reporta que este tipo relacional seria o seu relacionamento ideal. (Fairbrother N, 2019)

Os estudos recentes demonstram que relações não-monogâmicas consensuais têm iguais ou maiores a satisfação pessoal, qualidade relacional, funcionamento e bem estar psicológico, relatando menor insegurança e ciúme. Por outro lado, não existe uma maior probabilidade de envolvimento em relações sexuais não-protetidas. E o estigma moral em relação a este tipo relacional origina um aumento da associação intuitiva com relações mais promíscuas e com aumento de infeções sexualmente transmissíveis, o que a investigação tem contrariado, mostrando terem maior literacia e estratégias de prevenção mais seguras. (Mogilski JK, 2020)

Distinguir infidelidade de CNM

A infidelidade, definida como interações sexuais com alguém que não seja o parceiro principal, é comum entre casais casados e a viver em união de facto, com estimativas que variam de 13,3% a 37,5% de homens e mulheres na sua relação atual. O impacto da infidelidade na experiência sexual é prontamente reconhecido. No entanto, o adultério é apenas uma consequência da escolha de modelo relacional. Na prática, as perceções das pessoas sobre o seu comportamento de acasalamento ideal e real são nuances e pertinentes para sua experiência sexual. À medida que as liberdades sexuais e as oportunidades se expandem nas culturas ocidentais, os profissionais de saúde são cada vez mais desafiados a incorporar o impacto do comportamento de acasalamento na conceptualização e tratamento de preocupações e disfunções sexuais. (Brandon, 2016)

Aplicação do modelo de Stress de Minorias

A teoria do Stress de Minorias defende que minorias sociais (como populações LGBTQIA+, minorias étnicas ou raciais ou pessoas não-monogâmicas, por exemplo) vivenciam stressores específicos adicionais aos stressores quotidianos, que podem ser cumulativos e podem levar ao comprometimento da saúde física e mental. Assim, existe um forte estigma relativamente a relações não-monogâmicas consensuais, que se amplifica em vários contextos (por exemplo, parentalidade e serviços de saúde); tipo de relação NMC (poliamor vs. swing) e interseção com outras identidades (etnia, orientação sexual, entre outras). (Witherspoon RG, 2021)

Para reduzir o estigma e melhorar os serviços prestados em Saúde Mental, em 2021 a divisão da APA, Society for the Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, criou formalmente o Committee on Consensual Non Monogamy (investigação, prática clínica, educação e divulgação). (APA, 2019) Fornecendo as seguintes recomendações:

- Perguntas que possibilitem sempre a resposta aberta (ex: “Qual é a sua estrutura/identidade relacional?”);
- Promover espaço para múltiplos parceiros íntimos participarem dos cuidados;
- Não confundir estrutura relacional com status relacional (ex: “Sou poliamoroso e estou solteiro agora);
- Atitude não julgadora perante dinâmicas com o qual o profissional não está familiarizado.

Serviços de saúde sem estereótipos ou barreiras

O respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos reconhecidos internacionalmente, como o direito ao mais alto padrão alcançável de saúde e o direito à não discriminação, exigem que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de alta qualidade e economicamente acessíveis, incluindo aqueles relacionados a sexualidade e saúde sexual, sem discriminação. (OMS, 2016)

Os técnicos de saúde não devem assumir que o doente mantém uma relação íntima orientada nos valores da monogamia, construindo uma barreira estigmatizante/quebra da relação terapêutica. (APA, 2019)

A literacia em diversidade relacional é um componente importante para o entendimento de comportamentos sexuais, relações românticas e bem-estar. É fundamental a promoção de uma visão livre de preconceitos, para uma melhoria de cuidados. (Scoats & Campbell, 2022)

Considerações Finais

O comportamento relacional humano é uma interação complexa de biologia, genética e cultura. Reconhecer a natureza diferenciada desses fatores é crucial para uma compreensão abrangente das relações humanas. É necessário

um maior investimento em investigação acerca dos vários tipos de relações não-monogâmicas consensuais em diferentes grupos, culturas e circunstâncias, a fim de estabelecer motivações, implicações e níveis de satisfação.

Torna-se fundamental tomar medidas para que os profissionais de saúde sejam familiarizados com conceitos como poliamor e outras formas NM de relacionamento, a fim de proporcionar os melhores cuidados de saúde possíveis.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association. (2019). *Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons*.
Obtido em Março de 2024, de <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>
- Brandon, M. (2016). Monogamy and Nonmonogamy: Evolutionary Considerations and Treatment Challenges. Em *Sexual Medicine Reviews* (pp. 343-352).
- Curtis, J. T., Liu, Y. L., Aragona, B. J., & Wang, Z. (2006). Dopamine and monogamy. *Brain Research*.
- Fairbrother N, H. T. (2019). Open Relationship Prevalence, Characteristics, and Correlates in a Nationally Representative Sample of Canadian Adults. *J Sex Res*.
- Mogilski JK, M. V. (2020). Life History and Multi-Partner Mating: A Novel Explanation for Moral Stigma Against Consensual Non-monogamy. *Front Psychol*.
- OMS. (2016). Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei. doi: ISBN 978-65-86232-36-3
- Scoats, R., & Campbell, C. (2022). What do we know about consensual non-monogamy? *Current Opinion in Psychology*.
- Witherspoon RG, T. P. (2021). Exploring Minority Stress and Resilience in a Polyamorous . *Arch Sex Behav*.

George III – de rei culto a rei louco, a “grande experiência”

Marta Rebelo, Francisca Pais, José Abrantes

Departamento de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde Santa Maria

E-mail: marta_segadaes@hotmail.com; franciscacpais@gmail.com; jsobral.abrantes@gmail.com

Resumo

A doença mental não escolhe grupos sociais, atinge todos sem exceção. No entanto, este tipo de problemas nem sempre foram entendidos pela população em geral, nem pelas elites.

Em séculos anteriores, a mentalidade conduzia à ocultação deste tipo de problemas – ninguém queria ter um “louco” na família e muito menos quando a perturbação mental atingia quem governava.

George III, nasceu a 4 de junho de 1738, em Londres, primogénito de Frederico, Príncipe de Gales e Augusta de Saxe-Gotha e faleceu a 29 de janeiro de 1820. Sucedeu no trono a seu avô, George II, em 1760. Monarca extremamente culto, dotado de uma biblioteca bem recheada, um observatório astronómico e com interesses no desenvolvimento agrícola, foi cedendo gradualmente à debilidade física e mental.

Ao analisar a figura de George III, procuramos identificar, partindo da revisão da literatura, o tipo de doença mental que o teria afetado e tratamentos efetuados.

Palavras-chave: doença mental, George III

Abstract

Mental illness does not choose social groups, it affects everyone without exception. However, this type of problem has not always been understood by the general population, nor by the elites.

In previous centuries, the mentality led to the concealment of this type of problem – nobody wanted to have a “madman” in the family, and even less so when the mental disorder affected those in power.

George III was born on 4 June 1738 in London and died on 29 January 1820. His parents are Frederick, Prince of Wales and Augusta of Saxe-Gotha. He succeeded his grandfather, George II, on the throne, in 1760. An extremely cultured monarch with a well-stocked library, an astronomical observatory and interests in agricultural development, he gradually gave in to physical and mental weakness.

In analysing the figure of George III, we have tried to identify, based on a review of the literature, the type of mental illness that affected him and the treatments he underwent.

Keywords: mental health, George III

Introdução

A doença mental foi e, em alguns casos, ainda é, um estigma que muitos procuram esconder! Se nos reportarmos aos séculos XVIII e XIX e à família real, tal situação ganha foros de um enorme significado.

Males de foro psíquico ensombraram alguns dos monarcas europeus, como foi o caso de George III da Inglaterra. Este, nascido a 4 de junho de 1738, em Londres, filho mais velho de Frederico, príncipe de Gales e Augusta de Saxe-Gota, neto do rei Jorge II, teve um longo reinado, foi um rei culto e extremamente bem preparado, embora a doença o tenha afetado profundamente.

Pretende-se com o presente trabalho mostrar, através de uma revisão não sistemática da literatura, a personalidade do rei, o tipo de doença mental que o teria afetado e tratamentos efetuados.

George III – de rei culto a rei louco, a “grande experiência”

Georges III, extremamente bem preparado para as suas funções políticas, sofreu inúmeros revezes, quer na sua vida pessoal provocados pelas doenças sofridas, quer na sua condição de monarca pela necessidade de ter sido substituído por regências, pelo confronto com Napoleão e, em especial, pela perda das colónias americanas.

A sua educação particular preparou-o para a política com a aprendizagem de línguas, francês, latim, inglês e alemão, além da matemática, história, geografia e direito. Apesar da sua educação religiosa, foi um rei inovador pelos interesses culturais que manifestou. Introduziu o inglês como língua oficial e estudou sistematicamente

ciências e agricultura para além de química, física e astronomia, ciência à qual se dedicou tendo mesmo construído um observatório astronómico em Kew.

Durante a sua vida, George III teve episódios de comportamento errático, confusão mental, instabilidade emocional e alucinações. Estes deram origem a diversificadas discussões científicas que aventavam as hipóteses de porfíria ou doença mental.

Ao longo do tempo, psiquiatras, historiadores, entre outros, têm debatido esta questão, procurando para ela uma explicação plausível. Recentemente, a divulgação de documentação dos arquivos reais, designada *Georgian Papers*, veio permitir um melhor conhecimento e estudo do rei e seus problemas de saúde. No entanto, a saúde do rei George III tem sido debatida desde o século XIX.

Em julho de 1855, Isaac Ray, psiquiatra americano, pioneiro em psiquiatria forense, publicou no *American Journal of Insanity*, Vol XII, um artigo designado *The Insanity of King George III*, onde considerou que o rei sofria de mania. Baseado em cartas e diários de figuras da corte, registos de debates parlamentares, memórias e biografias concluiu que o rei sofreu cinco “ataques... de duração comparativamente curta, nenhum deles [exceto o último] continuando obviamente além de seis meses”.

Já no século XX, Manfred Guttmacher, um jovem psiquiatra americano, teve acesso à documentação dos Arquivos Reais de Windsor. Esta, permitiu-lhe estudar o rei George e concluir que este sofreria de psicose maníaco-depressiva, provocada pela “contaminação neuropática” de origem familiar, mas também pelo impacto de sua educação e subsequentes frustrações sexuais e políticas, às quais cada um dos episódios maníacos pode estar associado.

Na década de 60 do século XX, os psiquiatras Ida Macalpine e Richard Hunter (1966) defenderam que o monarca sofria de ataques recorrentes de porfíria aguda intermitente, diagnóstico posteriormente alterado para a condição mais ligeira, a porfíria variegada. A tese defendida por estes dois psiquiatras baseou-se na análise dos sintomas que o rei apresentava como fraqueza muscular, cegueira, rouquidão vocal, itéricia obstrutiva, dores abdominais e urina descolorida. Destacaram episódios esporádicos e de curta duração.

Estes dois psiquiatras pesquisaram os Arquivos Reais existentes na Biblioteca do Palácio de Lambeth, onde tiveram acesso a alguns dos relatórios médicos. Foi com base nestas pesquisas que diagnosticaram porfíria ao rei e, posteriormente, escreveram uma História da Psiquiatria.

Sabendo que os sintomas mais comuns da porfíria são dor abdominal, sensibilidade à luz, afetação do sistema nervoso e musculoesquelético, sintomas acompanhados, a nível neuropsiquiátrico, por irritabilidade, inquietação, insónia, agitação psicomotora, cansaço e depressão. Porque persistiram os referidos psiquiatras na tese da porfíria?

Recentemente, estudos refutam a tese de Macalpine e Hunter, entre os quais Peters e Wilkinson (2010) que consideraram que a metodologia histórica que conduziu a esta hipótese, baseada na sintomatologia clínica, está incorreta. Sendo especialista em porfíria, Peters está habilitado para refutar a posição de Macalpine e Hunter e, de acordo com o mesmo, as alegações de urina descolorida foram demonstradas como sendo baseadas em evidências “extremamente fracas”.

Em 2005, Cox *et. al.* relataram que pela análise de cabelos obtidos de George III, não foi possível obter ADN genómico, mas a análise de metais revelou concentrações elevadas de arsénio, o que de facto interfere com o metabolismo e a possibilidade de este ter contribuído para os episódios graves e prolongados de doença do rei.

Quando se iniciaram os problemas de saúde mental do monarca?

Apesar de ter nascido dois meses prematuro, a infância e a adolescência de George III decorreram, do ponto de vista médico, sem problemas.

A sua ascensão ao trono em 1760, com 22 anos de idade, pode ter sido o momento do despoletar da sua perturbação mental, pois está comprovado que na primavera de 1765 o rei teve uma infeção nas vias respiratórias superiores, que se manifestava por tosse, febre e anorexia (com visível perda de peso) e insónias, quadro que provavelmente terá despoletado um episódio depressivo.

A situação afigurou-se grave na medida em que houve a preocupação em determinar uma lei de regência, o *Minority of heir to the crown Act 1766*. Nesta refere-se a “última indisposição de Sua Majestade” que levou a ponderar a situação da governação de regência pela mãe ou pela esposa, a rainha Carlota, caso “fosse do agrado de Deus pôr termo à vida de Sua Majestade, enquanto o sucessor é de tenra idade”.

A personalidade do rei, tímido, propenso à tristeza e melancolia aliado aos acontecimentos políticos que teve de enfrentar foram contribuindo para o agravamento do estado de saúde mental do monarca.

Em 1788 os sintomas da doença manifestaram-se num episódio grave que o deixou incapaz de governar, tendo assumido a regência o príncipe de Gales. De acordo com Peters (2010) a causa parece ter sido um episódio recorrente de itéricia obstrutiva, diagnosticada como “concreções do ducto biliar” por Sir George Baker, o seu médico sénior,

que recomendou um período de convalescença em Cheltenham. O Rei e a sua família direta apreciaram claramente as férias e estava fisicamente muito ativo, um provável quadro de hipomania. No seu regresso a Windsor, em outubro, teve o seu episódio mais prolongado de doença mental que durou até março de 1789.

Deste episódio há relatos da equipa de médicos que tratou o rei e que reportavam a situação diariamente ao príncipe regente, o Príncipe de Gales. Estes relatórios, presentes nos Arquivos Reais, permitem aferir a situação que o rei atravessava, que sinais e sintomas manifestava. Descreviam os seus hábitos alimentares e rotinas de sono, que variavam entre 30 min e 7h.

O episódio, dado a sua gravidade, foi necessário chamar o Dr. Francis Willis, um médico que administrava um asilo em Lincolnshire.

As mensagens que este médico e o Dr. Richard Warren enviaram é significativamente distinto daquilo que Greville (1751-1824), tenente-coronel do 1st Foot Guards, descreveu no seu diário, o que nos leva a supor que as informações enviadas pelos médicos tinham um teor político.

A mensagem enviada por G Baker, T. Gisborne e F. Willis dizia *“His Majesty was yesterday in the afternoon less calm, had an indifferent night, & is calm this morning. – His Legs, which appeared last night by accident during his agitations, are this morning in a good state.”* (Extrato da carta de 26 de dezembro 1788)

No entanto, a descrição apresentada no diário de Robert Fulke Greville (1788) referia que

“The report of this morning stated that H My had had about 5 hours sleep, & the Bulletins mentioned that He had a good night & was quiet in the morning. Afterwards in the course of the day He became troublesome & turbulent, & so much that recourse to Coercion became necessary & He was confined on his Couch – Such sudden transitions appeared strange to me, but I was informed by the best authority Mr Dundas that in the Morning when in bed, & when He was reported quiet, He was as deranged as possible, & had been so for some time – Among his Extravagancies of the Moment He had at this time his part of the Bed Clothes under his bed – had taken off his Night Cap, & got a Pillow Case round his head, & the Pillow was in the bed with Him, which He called Prince Octavius, who He said was to be new born this day – This clearly accounted to Me for the after disturbance of the morning, & there were proofs too strong, that things were were not now always explained as they happened, & that a turn was given how these were to be thought of...”

De acordo com T. Peters, (2011, 262) “o rei teve outros episódios, mas mais leves, em 1801 e 1804, que são documentados de forma menos intensa, mas os registos médicos identificam-nos claramente como episódios de perturbação bipolar, com mais episódios maníacos”.

A partir de 1804, a visão do rei deteriorou-se progressivamente, inicialmente no olho direito e depois no esquerdo, situação que foi evoluindo até à quase cegueira, em 1810, devido a cataratas bilaterais. Tendo em atenção esta situação do monarca, os médicos consideraram seriamente a possibilidade de uma cirurgia, mas esta não foi efetuada. O facto de necessitar continuamente de um secretário para lhe tratar da extensa correspondência, pode ter afetado ainda mais a sua, já débil, condição mental. A morte, em outubro de 1810, da princesa Amelia, sua filha, deteriorou o seu estado sanitário que evoluiu para a mania crónica com características de demência. Terá sido esta última crise, ocorrida na década de 1810-20 (Peters e Beveridge, 2010), que provocou a nomeação do Príncipe de Gales, em fevereiro de 1811 como Regente, aparentemente com o acordo tácito do Rei.

Durante este período um dos médicos do rei, Sir Henry Halford, entre 5 de outubro de 1811 e 29 de janeiro de 1812, descreveu que o rei tinha delírios, com necessidade de contenção física e descuido da higiene pessoal. Há, também, referência a uma espécie de cerimónia religiosa conduzida pelo rei inscrita no quadro delirante.

“H. M. said Grace audibly, & solemnly, and then observed all the rest of his religious ceremonies deliberately crossing himself on the forehead & breast, & mentioning the Favorites [Lady Pembroke and Lady Caroline ?Damer] in whose names as well as his own, he ate the bread & drank the water & terminating the whole with an anthem. H. M. had not used any ceremonies of this kind the day before.”

Extrato da carta de novembro 1811

Estas manifestações do rei demonstravam-se em delírios de grandeza verbalizando o poder de ressuscitar as pessoas dos mortos e enviar pessoas para o submundo. Frequentemente teria alucinações auditivo-verbais, comunicando com a Princesa Amelia, falecida.

“[George III] had a long conversation with Princess Amelia as if she was in the Room with him, and gave her a minute account of all the particulars of Her Funeral”.

Extrato da carta de 10 de novembro 1811, Dr Matthew Baillie

De acordo com Peters e Beveridge (2010, 34) o rei mostrava “*excitação*” e um aumento da atividade geral “*continuava sem qualquer diminuição ao longo do dia*”; na pressão do discurso “*falava quase incessantemente*”; desinibição “*O seu discurso tinha ocasionalmente uma mistura de grosseria, tão diferente da maneira naturalmente casta do Rei quando estava de saúde*”.

O seu estado de saúde flutuava, alturas em que parecia feliz a sorrir e cantar e outras alturas em que mandava os médicos para o inferno, ficando tão furioso que tinha de ser contido. Também eram descritas fases em que estaria aparentemente bem e lúcido.

Entre 1812 e 1816 foram trocadas imensas cartas entre a Princesa Mary e o seu irmão, nas quais se denota o impacto que a doença teve no rei e na sua família.

“My dear Brother, more irritation has appeared today the King has talked a great deal & been very out of temper with his imaginary company this evening”.

Extrato da carta de 13 setembro 1812, Princesa Mary

Na sua oitava década de vida, o Rei parece apresentar um declínio cognitivo significativo com grande impacto nas suas capacidades mentais (Warren et al., 1996, 230).

Peters (2015) efetuou uma análise da sintomatologia apresentada pelo rei, confirmando que provavelmente George III apresentava diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar tipo I e, na sua última década, demência.

As alegações de surdez, de acordo com os relatórios médicos dos médicos assistentes e psiquiatras de George III, não foram confirmadas (Peters e Beveridge, 2010, 84).

Para esconder a verdadeira extensão de sua doença, George foi transferido sob coação do Castelo de Windsor para a relativa privacidade de Kew.

Distintos médicos foram chamados a cuidar do monarca sem que o problema fosse realmente diagnosticado e solucionado. Entre eles, conta-se Sir Henry Hallford (1766-1844), formado em Rugby, Oxford e Edimburgo, exerceu a sua atividade em Londres, a partir de 1792. Médico de vários membros da família real, não tinha habilitações específicas para o tratamento de perturbações mentais. Por isso, outros médicos foram consultados. Em 1805, William Heberden Jr., que tinha tratado a rainha foi, também médico do rei. Contudo, também ele tinha pouca experiência com doenças mentais.

Matthew Baillie e Henry Reynolds são também chamados a tratar o rei sem resultado. Assim, perante este conjunto de médicos da corte incapazes de diagnosticar o problema, a família real procurou o Dr. Francis Willis, considerado um especialista em problemas de saúde mental.

O tipo de tratamento que este utilizou para o rei iniciou-se com a prescrição de uma dieta leve, consumida apenas com uma colher ou com as mãos para não se magoar ao utilizar talheres, em particular, a faca. Inibiu-o também de utilizar lâmina de barbear. No seu diário, a 2 de março de 1801, Willis refere

“His Majesty fever increased in ye afternoon and his night having been very restless and unquiet at ye recommendation of Dr. Reynolds his Majesty’s feet were put into hot water and vinegar for half an hour. Soon after this His Majesty put on such an appearance of being exhausted, that his life was despaired of – his pulse too had rapidly increased. At 8 o’clock that evening, Doctors Gisborne and Reynolds, Doctors John and Robert Willis would consult together and give their opinion of the state of the King: ... Immediately upon Dr. John and Robert Willis perceiving ye exhausted state of ye King, they gave him a strong dose of bark (Peruvian bark contained quinine) which had the effect of composing him and putting him to sleep for an hour and a half which he had not had for I think, nearly 48 h before which time too he had been in a very restless and unquiet state. He waked with a slower pulse and in every respect appearing better; ... the medicines of today since 2 o’clock were chiefly composed of musk and bark – his nourishment jellies and wine.” (Pearce, 2017, 198)

Arsénico, purgantes, antimónio eram utilizados para o seu tratamento. Outro tipo de tratamentos utilizados Willis eram a terapia ocupacional como caminhar pelos jardins e exercer tarefas rotineiras que o mantivessem ocupado e o que se designou de “tratamento moral” baseado em medidas humanas e paternalistas que substituíam

alguns, embora não todos, os métodos físicos brutais da época: purga, sangria, drogas tóxicas e camisas de força. Os tratamentos compassivos (morais) tinham sido introduzidos por William Tuke (1732-1822) que fundou o The Retreat em York, e o West Riding Lunatic Asylum em Wakefield, geridos de forma semelhante.

“Os tratamentos aplicados ao rei reduziram-no a uma figura infantil. Se ele ficava maníaco ou superexcitado, era colocado numa camisa de força (o seu “colete odiado”).

Não tinha garfo e faca na hora das refeições, o que significava que muito do que ele comia era ralado para poder ser comida com uma colher ou com as mãos.

O rei não tinha permissão para sair de casa sozinho e teve que ganhar privilégios como ver sua família ou usar talheres.” (Pearce, 2017, 198)

A sua reputação foi tal que, em Portugal, foi decidido que este alienista viesse tratar a rainha D. Maria I.

Outro médico ao serviço do rei foi Samuel Foart Simmons, formado em Edimburgo. Este foi consultado sobre as recaídas do rei George III em 1801 e 1804. Quando lhe atribuíram a responsabilidade exclusiva pelo rei, deixou Windsor.

Conclusão

A revisão da literatura permite-nos comprovar a existência de diversos episódios de perturbações mentais às quais Ida Macalpine e Richard Hunter atribuíram à porfíria. Este diagnóstico foi corroborado por Timothy Cox e Martin Warren. No entanto, estudos mais recentes refutaram essa tese e indicaram outras possibilidades. Contudo, são os estudos destes psiquiatras que vão despoletar uma extensa discussão clínica, artigos e correspondência em revistas científicas.

O revelar de documentação que até agora estava vedada aos investigadores permitiu com maior acuidade apresentar resultados sobre as crises sofridas pelo monarca e suas características, indicando igualmente as medidas que foram tomadas pelos médicos da época em particular o doutor Willis. Estudos que utilizam o diagnóstico informático e análise da caligrafia permitiram apurar um diagnóstico mais objetivo de perturbação mental

Deste modo, atualmente, é consensual que o Rei George III padecia de perturbação afetiva bipolar, que progrediu posteriormente para demência.

Bibliografia

- Cox, T. M., et al. (2005). *King George III and porphyria: an elemental hypothesis and investigation*. Lancet; 366: 332-335.
- Dr. Francis Willis, *George III's Doctor 1718-1807* – Brasenose College. <https://www.bnc.ox.ac.uk>.
- Guttmacher, M. (1941). *America's Last King. An Interpretation of the Madness of George III*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Haslam, M. T. (1997). “The Willis family and George III”. *History of Psychiatry*. 8, 539-553.
- Macalpine, I., & Hunter, R. (1966). ‘The “insanity” Of King George III: A Classic Case of Porphyria’, *British Medical Journal*, 8 Jan 1966, 65-71.
- Macalpine, I., & Hunter, R. (1967). ‘A Clinical Reassessment of the “Insanity” of George III and some of its Historical Implications’, *Bulletin of the Institute of Historical Research*, xl(1967), 166-185.
- Macalpine, I., & Hunter, R. (1968). ‘George III's illness and its impact on psychiatry’, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 61, 31-40.
- MED/16/2/6, 24, *Letters from Princess Mary to the Prince Regent*, 13 de setembro de 1812. Acedido a 22 de janeiro de 2024, em *Georgian Papers Online* <http://gpp.rct.uk>.
- MED/16/3/35-67, *Letters from king's physicians to the Prince Regent*, 10 de novembro de 1811. Acedido a 22 de janeiro de 2024, em *Georgian Papers Online* <http://gpp.rct.uk>.
- MED/17/2/17, *Report on George III's state of health by Sir Henry Hallford*, 16 de março de 1811. Acedido a 22 de janeiro de 2024, em *Georgian Papers Online* <http://gpp.rct.uk>.
- Minority of heir to the crown Act 1766*. Acedido a 22 de janeiro de 2024, em <https://www.heraldica.org/topics/royalty/ukregency.htm#1766>
- Pearce, J. (2017). “The Role of Dr. Francis Willis in the Madness of George III”, *European Neurology*. 78: 196-199. Acedido a 12 de dezembro de 2023, em <https://doi.org/10.1159/000479815>.

- Peters, T. J., & Beveridge, A. (2010). 'The blindness, deafness and madness of King George III: Psychiatric Interactions', *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 40, 81-5.
- Peters, T. J., & Beveridge, A. (2010). 'The Madness of King George III: A Psychiatric Re-assessment', *History of Psychiatry*, 21.1, 20-37. Acedido a 12 de dezembro de 2023, em <https://doi.org/10.1177/0957154X09343825>
- Peters, T. J. (2011). "King George III, bipolar disorder, porphyria and lessons for historians", *Clinical Medicine* (London), 261-264.
- Peters, T. J. (2015). "FitzPatrick Lecture: King George III and the porphyria myth – causes, consequences and re-evaluation of his mental illness with computer diagnosis", *Clinical Medicine* (London). Acedido a 12 de dezembro de 2023, em <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-2-168>
- RA MED/16/14, *Doctors' report to Prince of Wales on the morning of 26 December 1788*. Acedido a 22 de janeiro de 2024, em *Georgian Papers Online* <http://gpp.rct.uk>.
- Ray, I. (1855). The Insanity of King George III. In *American Journal of Insanity*, Vol. XII, julho de 1855. doi: 10.7861/clinmedicine.11-3-261
- RCIN 1047014: *Robert Fulke Greville Journal*. Volume 2, outubro de 1788 – 4 de março de 1789. Excerto datado de 25 de dezembro de 1788. Acedido a 22 de janeiro de 2024, em *Georgian Papers Online* <http://gpp.rct.uk>.
- Warren, M., et al. (1996). The maddening business of King George III and porphyria. *Trends in Biochemical sciences*. 21, 229-234.

Psicopatologia em tempos coloniais: revisitar Fanon

Matilde Gomes¹, Afonso Gouveia²

¹ Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de Braga

² Serviço de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

E-mails: matilde.silva.gomes@hb.min-saude.pt; pedroafonso.rg@gmail.com

Resumo

O psiquiatra e filósofo social Frantz Fanon (1925-1961), nascido em Martinica, foi uma figura incontornável no movimento antirracista. Após se tornar psiquiatra em Lyon, foi diretor de um hospital psiquiátrico na Argélia, onde se tornou ativista pela luta anticolonial. As principais contribuições de Fanon para a psiquiatria relacionam-se com a psicologia da opressão e com o que apelidou de psicopatologia social. Segundo Fanon, a colonização é um processo violento que desumaniza o colonizado, negando-lhe o seu passado, a sua essência e os seus valores. Defendia uma perspetiva social sobre a etiologia da doença psiquiátrica, em detrimento do foco exclusivo em mecanismos intrapsíquicos, proclamando que uma psiquiatria que apoie a adaptação do indivíduo a um sistema social injusto é uma psiquiatria que apoia a alienação, sendo patológica em si mesma. Assim, pretende-se refletir sobre o contributo de Fanon relativamente ao anticolonialismo e à importância dos determinantes sociopolíticos no desenvolvimento da psicopatologia.

Palavras-chave: cultura, psicopatologia, colonialismo, Frantz Fanon

Abstract

The psychiatrist and social philosopher Frantz Fanon (1925-1961), born in Martinique, was an indispensable figure in the anti-racist movement. After becoming a psychiatrist in Lyon, he became the director of a psychiatric hospital in Algeria, where he became an activist for the anti-colonial struggle. Fanon's main contributions to Psychiatry relate to the psychology of oppression and what he termed social psychopathology. According to Fanon, colonization is a violent process that dehumanizes the colonized, denying them their past, their essence, and their values. He advocated for a social perspective on the aetiology of psychiatric illness, rather than focusing exclusively on intrapsychic mechanisms, proclaiming that a psychiatry that supports individual adaptation to an unjust social system is a psychiatry that supports alienation, and is pathological in itself. Thus, the authors intend to reflect on Fanon's contribution to anti-colonialism and the importance of sociopolitical determinants in the development of psychopathology.

Keywords: culture, psychopathology, colonialism, Frantz Fanon

Introdução

A expressão psicopatológica de cada indivíduo insere-se incontornavelmente na sua cultura, definida por Geertz como “um sistema de conceções herdadas, expressas em formas simbólicas, através das quais os homens comunicam e desenvolvem o seu conhecimento e as suas atividades.” (Geertz, 2019). No presente texto pretende-se refletir sobre as variações culturais associadas à manifestação de sofrimento psíquico e sobre o modo como o colonialismo, através da subjugação violenta do “outro”, patologizou e penalizou comportamentos culturalmente diversos ou de insurreição política. Pretende-se também discutir a perspetiva pós-colonial, segundo a qual predomina atualmente uma atitude de imperialismo médico que aclama a superioridade das ideias e práticas psiquiátricas ocidentais sobre as práticas terapêuticas indígenas (Cohen, 2020). Paralelamente, os autores recordam a figura de Frantz Fanon e os seus contributos seminais na área da psiquiatria cultural. Pretende-se que este texto alimente uma atitude crítica relativamente às práticas psiquiátricas atuais e aos caminhos que estão por percorrer.

Contributos de Frantz Fanon

O mote para o debruçar sobre o pensamento fanoniano foi o fortuito encontro entre os autores e o recentemente publicado “Escritos Políticos e Psiquiátricos”, compilação de textos de Frantz Fanon, traduzidos por Manuela Ribeiro Sanches (Fanon, 2021c). A tradutora contribui com uma introdução extremamente útil, que contextualiza

a obra de Fanon à escala da sua vida, da supremacia branca vigente na época, dos primeiros movimentos anti-coloniais, da História global e até da História portuguesa na época em que foram escritos. Através do olhar de Manuela Ribeiro Sanches, antevemos um homem de uma honestidade ideológica ímpar, sem medo de atualizar as suas perspetivas conceptuais perante aquilo que observa, de romper com as práticas instituídas, de adotar diferentes posições políticas conforme aquela que melhor serve o valor primordial da liberdade humana.

Aceder ao pensamento de Fanon é uma oportunidade de contactar simultaneamente com duas realidades polarizadas: a “branca” e a “negra”, a “dominante” e a “oprimida”, perdoe-se a generalização. É raro encontrar-se, ainda hoje, pensadores que conheçam tão bem o modo de vida “europeu” como o modo de vida “africano”. Frantz Fanon foi esse pensador, ricamente influenciado por ambas as culturas, o que lhe conferiu a capacidade de elevar os valores humanos fundamentais acima de qualquer preconceito racial, numa época em que isso significava tomar uma atitude revolucionária.

Frantz Fanon: súmula biográfica

Nascido na ilha de Martinica (nas Antilhas francesas) em 1925, Frantz Fanon pertenceu já a uma geração de pequena burguesia, embora fosse descendente de africanos escravizados e forçados a viver nessa região. Viveu uma infância pouco atribulada, tendo tido acesso a educação tal como qualquer criança francesa (Adams, 1970).

Em 1944, convicto do ideal de que a França devia ser livre do jugo nazi, alista-se como voluntário nas tropas francesas, tendo ido combater na Segunda Guerra Mundial, em território europeu, fazendo parte de um dos contingentes maioritariamente composto por tropas “indígenas”. Aí, rapidamente se apercebe da desigualdade conferida, por um lado pelo seu tom de pele (que o colocava no contingente dos “indígenas”) e, por outro lado, da sua proveniência (os antilhanos gozavam de uma superioridade relativa perante os norte-africanos e senegaleses). A compreensão de que tinha uma perspetiva ingénua sobre a igualdade entre os cidadãos franceses terá deixado marcas profundas na visão de Fanon sobre a igualdade. Desiludido e ferido em combate, acaba por regressar a Martinica, tomando a decisão de estudar medicina, o que o obriga a regressar à França europeia (Sanches, 2021).

Inscrive-se na Faculdade de Medicina de Lyon. Ao mesmo tempo, interessa-se por filosofia, assistindo às aulas de fenomenologia de Merleau-Ponty, e sendo influenciado pelos textos de Marx, Heidegger, Sartre e Camus. Acaba por seguir o rumo da psiquiatria, interessado na relação entre a psicologia e neurologia, e entre o domínio individual e social.

Aos vinte e sete anos, inicia funções no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, onde conhece François Tosquelles, célebre psiquiatra catalão exilado em França. Tosquelles defendia a necessidade de uma reforma das instituições psiquiátricas com vista à reinserção do doente nele próprio e na sociedade, e teorizava a participação democrática de médicos, enfermeiros e doentes no processo terapêutico. Tosquelles praticava aquilo que designava de social-terapia: os doentes recebiam terapias variadas, da ergoterapia à psicanálise, e participavam num jornal institucional (Sanches, 2021).

O conhecimento adquirido ao longo de quinze meses em Saint-Alban, perfeitamente alinhado com os valores de Fanon, iria acompanhá-lo quando se candidata a uma vaga de médico psiquiatra no Hospital Psiquiátrico de Blida-Joinville, na Argélia – instituição pioneira no espaço sob dominação colonial francesa. Quando tenta introduzir em Blida-Joinville os métodos aprendidos em Saint-Alban, Fanon defronta-se com dois tipos de dificuldades: por um lado, a carência de recursos humanos e materiais; e por outro lado, a existência de uma “realidade exterior” indecifrável, composta por uma expressão cultural e religião desconhecidas e por um idioma ininteligível. (Butts, 1979) Como implementar planos psicoterapêuticos quando não havia capacidade de comunicação verbal?

As dificuldades impostas pelas diferenças culturais despertaram em Fanon uma grande curiosidade quanto à sua condição dos argelinos e à discriminação a que estavam sujeitos, que tinha já sido notada por Fanon ainda no território francês europeu. Na Argélia, contudo, apercebe-se que a presença dos colonos transforma os colonizados em indivíduos desenraizados de si na sua própria terra. Percebe que a atitude médica de sobrançeria e o desinteresse pela compreensão real dos fenómenos mentais que acometiam os doentes não permitiam um tratamento respeitador e dignificante, e que o pensamento médico estava impregnado de racismo biológico, o que o leva a escrever:

Se a psiquiatria é a técnica médica que tem como propósito permitir que o homem deixe de ser um estranho no seu meio-ambiente, tenho de afirmar que o árabe, alienado permanente no seu país, vive num estado de despersonalização absoluta” (Fanon, 2021a).

Apesar das adversidades, Fanon procura instituir a social-terapia no Blida-Joinville, iniciando a ergoterapia e chegando a criar um jornal da instituição. No entanto, acaba por perceber que as suas tentativas “progressistas” não se enquadram no contexto cultural local nem colhem o interesse dos doentes muçulmanos, incapazes de se identificar com as referências que lhes eram propostas. Compreende que a ignorância relativamente aos costumes e modo de vida argelinos não lhe permite implementar medidas terapêuticas eficazes, e começa a interessar-se pelos modos locais de perceber, interpretar e tratar perturbações mentais (Fanon & Azoulay, 2021). Este interesse por respeitar a cultura local não substituiu o acesso aos tratamentos psiquiátricos biológicos disponíveis, mas antes uma integração dos saberes indígenas e do conhecimento científico, cultivando uma relação bidirecional, em vez de uma imposição unilateral, desrespeitadora dos valores e crenças locais (Butts, 1979).

Em 1958, incapaz de compactuar com a opressão que o regime francês exercia sobre a Argélia, Fanon demite-se do seu cargo. Tornando pública a sua divergência política, é obrigado a exilar-se na Tunísia, onde se envolve ativamente no movimento de libertação argelina, escrevendo artigos para o jornal *El Moudjahid*, órgão da Frente de Libertação Nacional argelina (Sanches, 2021).

Antes de poder assistir à independência da Argélia, que viria a acontecer em 1962, Fanon morre precocemente por leucemia, em dezembro de 1961, aos trinta e sete anos de idade.

Cultura, colonialismo e psiquiatria: qual a relação?

Cultura e psiquiatria

Como ponto de partida para a discussão sobre a relação entre a cultura e a psiquiatria, transcreve-se o texto “Atitude do muçulmano magrebino perante a loucura”, publicado em 1956 (Fanon & Sanchez, 2021), onde Fanon e Sanchez estabelecem as diferenças entre os ocidentais e os magrebinos no modo de lidar com a doença psiquiátrica:

Como se comporta [o magrebino] perante aqueles que, em seu turno, considera serem vítimas de uma doença mental? Gostaríamos, antes de responder a esta questão, de tentar expor qual a atitude do ocidental, nos meios populares, a tal circunstância.

O Ocidente crê em geral que a loucura aliena o homem, que não se poderia compreender o comportamento do doente sem tomar em conta a doença. [...] O doente é um pouco responsável pelos seus enunciados e atos, estando a sua vontade envolvida neles. Se é agressivo, não se deve crer que tal agressividade seja inteiramente do domínio do patológico, ela é, em parte, ambígua, a ela associa-se uma intenção consciente de prejudicar [...] É-se tentado a pensar que escolheu viver como parasita social. [...]

Se há certeza bem estabelecida, ela diz respeito à atitude do magrebino perante a loucura e o seu determinismo: o doente mental é absolutamente alienado, não é responsável pelas suas perturbações [...] O doente é uma vítima inocente do génio ou dos génios que o possuem. Não é culpa sua [...] A coletividade nunca adota uma atitude desconfiada e agressiva em relação ao doente. Em princípio, não é excluído do grupo. Todavia, é possível que o ambiente à volta recorra a meios de contenção. [...] A conduta do doente é interpretada em função das crenças gerais. A sua reputação permanece intacta. A estima e a consideração sociais por uma personalidade perturbada são conservadas. [...] A doença-génio é uma doença accidental; mais ou menos duradoura [...], afetando apenas a aparência, não atingindo o EU que lhe subjaz. Assim, a esperança numa cura é sempre possível. [...] Se a cura é alcançada, o paciente pode, a partir de então, retomar o seu lugar na sociedade sem reacar qualquer desconfiança, nem qualquer ambivalência por parte do grupo. [...] Definitivamente, assistimos no Magrebe a uma articulação harmoniosa de crenças que permite a criação e a aplicação de uma “assistência mental”. [...] Este modo natural da assistência magrebina está imbuído de um espírito profundamente holístico que conserva intacta a imagem do homem normal, apesar da existência da doença. [...]

Se a Europa recebeu dos países muçulmanos os primeiros rudimentos de uma assistência aos alienados, ela trouxe-lhe, em compensação, uma compreensão racional das afeções mentais.

Como está patente no texto transcrito, a necessidade de compreender a “loucura” é transversal a todas as culturas, sendo que, ao longo dos tempos, os significados e explicações atribuídos à expressão psicopatológica foram divergindo, de significados místicos a hipóteses biológicas. A psiquiatria praticada atualmente no ocidente é predominantemente positivista e biológica, influenciada pelo sucesso da medicina científica, por pressões económicas associadas ao crescimento da indústria farmacêutica, à necessidade de rápidos resultados e às políticas baseadas na evidência ou

com potencial de replicabilidade, aliando-se um desdém pela subjetividade ou matérias de interface, como a justiça, relações de poder, política social, etc. Contudo, a psiquiatria continua a ocupar um lugar movediço no terreno da medicina, uma vez que, apesar de todo o esforço classificativo e da evolução das neurociências, ainda não se compreende de modo claro quais são as alterações neurobiológicas universais que justificam o fenótipo observado. A questão de se existirão subsiste. Além disso, a expressão psicopatológica é extremamente variável, variabilidade que se torna mais evidente quando se comparam as apresentações das perturbações mentais no ocidente com as apresentações noutros lugares no mundo (Chakraborty, 1991). Não há dúvida de que há variações etnográficas no significado atribuído à “pessoa” e ao sofrimento mental. Por exemplo, a receção e evolução da psicanálise e de outras formas de psicoterapia em diferentes países relaciona-se com o conceito cultural de “pessoa” em cada região, o que mostra que teoria e a prática psiquiátricas estão contextualizadas nos sistemas sociais e culturais vigentes (Kirmayer, 2018).

Colonialismo e psiquiatria

A era colonial marcou o início do contacto com um “outro” diferente, originando o primeiro confronto cultural. Em geral, as tradições europeias eram consideradas o auge da civilização, pelo que os costumes indígenas eram vistos como primitivos e não civilizados, ou seja, ‘evidentemente’ inferiores e em necessidade de retificação. Esta suposta superioridade europeia, dada como garantida sem questionamentos, era fundamento moral para que as comunidades colonizadas fossem subjugadas e forçadas a viver consoante as normas e instituições determinadas pelos colonos. A criação de asilos psiquiátricos apoiou a subordinação ao regime colonial, quer ao internar indivíduos que contestassem a norma colonial, quer ao permitir estudos comparados de psicopatologia. Sem qualquer fundamento biológico real, criou-se a ideia, sedimentada na psiquiatria, de que as pessoas não ocidentais tinham lobos frontais subdesenvolvidos e tendência a comportamentos primitivos. A este propósito, vale a pena recordar o texto “Considerações Etnopsiquiátricas”, publicado em 1955 (Fanon, 2021b), onde Fanon escreve:

A simples justaposição de textos ou de publicações médicas sobre a psiquiatria dos norte-africanos constitui um exemplo gritante de racismo com pretensões científicas. Convém notar, a este propósito, alguns factos sobre as práticas psiquiátricas no Magrebe que dão que pensar: 1) não há psiquiatria autóctone; 2) a arma essencial da psiquiatria é a psicoterapia, isto é, um diálogo entre o doente mental e o médico; na Argélia, inúmeros psiquiatras não falam a língua local; 3) os testes psicológicos empregados são testes utilizados em países europeus e não tomam de modo algum em consideração a cultura, a sociologia e as condições de vida das massas argelinas. [...]

Foi o Prof. Porot de Argel, em 1918, o primeiro a esboçar uma tentativa de abordagem psiquiátrica do muçulmano. Nas suas “Notas sobre psiquiatria muçulmana”, lembrava, num diagrama robusto, as principais características do indígena norte-africano: nenhuma ou quase nenhuma emotividade; crédulo e sugestionável ao extremo; teimosia tenaz; puerilismo mental, sem o espírito curioso da criança ocidental; propensão para os acidentes e as reações pitiáticas. [...] Em 1934, no Congresso dos Médicos Alienistas e Neurologistas de Língua Francesa (...) o professor Porot podia dizer que o indígena, esse grande débil mental, cujas atividades superiores e corticais são pouco evoluídas, é sobretudo um ser primitivo cuja vida essencialmente vegetativa e instintiva é regulada sobretudo pelo diencéfalo. [...] Assim, para a Escola de Argel, o norte-africano tem uma dominância subcortical. [...] Em 1954, o doutor J. C. Carothers era encarregado pela Organização Mundial de Saúde do estudo etnopsiquiátrico do negro africano. O seu relatório (...) revela-se conforme as conclusões dos autores franceses. A lobotomia, a que a neurocirurgia nos habituou, permitiu ao autor compreender melhor o africano, pois, diz, “a semelhança entre o doente europeu leucotomizado e o primitivo africano é, em muitos casos, total.”

Estas ideias acomodavam que as pessoas racializadas pudessem ser escravizadas e marginalizadas economicamente, com base na sua suposta inferioridade. O racismo tornou-se estrutural, ao ponto de os primeiros estudos em psiquiatria comparativa se focarem em “síndromes relacionados com a cultura”, como o *pibloktoq* e o *amok* (ainda hoje descritos nos manuais técnicos da especialidade), que se pensava estarem unicamente relacionados com crenças e práticas culturais. Essas descrições psicopatológicas não consideraram os contextos em que esses síndromes foram observados. Compreendendo os contextos, poderá verificar-se que os comportamentos “bizarros” dessas comunidades se aproximam de síndromes dissociativos, conversivos ou relacionados com uso de substâncias psicoativas, semelhantes, do ponto de vista psicopatológico, aos que estão descritos nas comunidades ocidentais.

De modo semelhante, estudos epidemiológicos têm demonstrado maior prevalência de psicose em imigrantes africanos. Contudo, o diferencial na prevalência está com maior probabilidade relacionado com stresses vários a que as populações migrantes estão sujeitas, como a marginalização e discriminação sociais, e não com variações biológicas (Kirmayer, 2018).

No passado colonial, a psiquiatria contribuiu, portanto, para a normalização da violência e coerção a que os colonizados foram sujeitos. Esse legado ainda está bem representado na memória coletiva desses povos, e acarreta uma elevada suspeição relativamente às instituições ocidentais (Alemu et al., 2023). Poderá refletir-se se essa aversão se deve apenas à memória repressiva colonial, ou se se relaciona com o facto de os indivíduos africanos não se reverem nas propostas nosológicas e terapêuticas ocidentais, e não se identificarem com a linguagem, os valores, e os significados atribuídos ao adoecer no ocidente.

Dos riscos do neocolonialismo ao papel da psiquiatria culturalmente sensível

A psiquiatria atual serve um neocolonialismo? Trata-se de uma pergunta polémica, sujeita a múltiplas perspetivas, logicamente sem uma resposta imparcial. Começa-se por definir colonialismo e neocolonialismo, progredindo para o papel da psiquiatria nas dinâmicas políticas.

O colonialismo foi, em primeiro lugar, uma operação comercial lucrativa, trazendo riqueza e fortuna para as nações ocidentais através da exploração económica de outros. Assim, o colonialismo e o capitalismo partilham uma relação de apoio mútuo. Na verdade, o nascimento da modernidade europeia foi em muitos aspetos influenciado por esta parceria entre capitalismo e colonialismo, facto que nos deve lembrar que o colonialismo está absolutamente no cerne da história moderna da Europa (McLeod, 2010).

Neocolonialismo, [refere-se ao] controlo de países menos desenvolvidos por parte de países desenvolvidos, através de meios indiretos. O termo neocolonialismo foi usado pela primeira vez após a Segunda Guerra Mundial para se referir à dependência contínua de antigas colónias em relação a países estrangeiros, mas o seu significado logo se ampliou para aplicar-se, de forma mais geral, a lugares onde o poder de países desenvolvidos era usado para produzir uma exploração semelhante à colonial. [...] O termo é agora inequivocamente negativo e amplamente utilizado para se referir a uma forma de poder global na qual corporações transnacionais e instituições globais e multilaterais se combinam para perpetuar formas coloniais de exploração de países em desenvolvimento (Halperin, 2024).

Que relação pode haver entre neocolonialismo e psiquiatria? Fundamentalmente, uma relação sedimentada na superioridade das ideias e dos costumes de um país desenvolvido perante um país “em desenvolvimento” – ou seja, uma necessidade de impor um modo de vida, de “aculturar” uma comunidade segundo os valores ocidentais. De facto, a crença de que a aplicação de intervenções psiquiátricas de cunho ocidental nos países africanos é benevolente, moral e independente de benefícios económicos não resiste a uma análise cuidadosa (Cohen, 2020). Contudo, ignorar as necessidades em saúde mental desses países por receio de ser “imperialista” não comporta uma visão humanista do sofrimento humano.

A solução parece passar por uma visão que alie os saberes ocidentais aos saberes indígenas, sem descuidar destes últimos. Como tal, no documento “Mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0”, a Organização Mundial de Saúde propõe, com efeito, um conjunto de medidas para implementar cuidados de saúde, com a ressalva de que “é um guia modelo e é essencial que seja adaptado à situação nacional ou local. A adaptação deve incluir a tradução para o idioma local e garantir que as intervenções sejam aceitáveis no seu contexto sociocultural e adequadas para o sistema de saúde local” (World Health Organization, 2016). Contudo, este documento não contempla a necessidade de conhecer e aprender com o outro, encontrando-se impregnado da crença de que apenas os ocidentais têm algo a comunicar.

Uma abordagem para a descolonização dos cuidados de saúde mental em África passa pela investigação em saúde mental no local. Essa investigação deve ter por base não só a perspetiva biológica, mas também antropológica, e deve ser desenvolvida predominantemente por investigadores africanos (Alemu et al., 2023; Chakraborty, 1991). É, portanto, essencial que as comunidades possam pensar sobre si próprias sem a “contaminação ideológica” ocidental de como fazer. Dessa forma, a investigação em saúde mental pode abordar as injustiças passadas e presentes, bem como considerar as características culturalmente relevantes associadas ao sofrimento – permitindo que os cuidados de saúde mental permaneçam sintonizados com as necessidades dos contextos africanos contemporâneos (Alemu et al., 2023).

Considerações finais

Decorridos mais de cinquenta anos da independência da maioria das colônias, o colonialismo sobrevive, reinventado, em formas sub-reptícias, menos evidentes, como o neocolonialismo, movimento através do qual a cultura ocidental continua a exercer a sua “superioridade” perante as culturas indígenas/outroza colonizadas.

Nenhuma evidência científica sugere diferenças, do ponto de vista neurológico, entre pessoas “brancas” e “negras”. Contudo, a ausência de diferenças biológicas válidas na gênese psicopatológica não impede que a manifestação de sofrimento varie de região para região: sem dúvida, o sistema de crenças e significados de cada cultura desempenha um papel determinante na não só na expressão psicopatológica, mas também na própria gestão da condição/doença.

Assim, urge invocar alguma humildade quanto à perspectiva de que os tratamentos preconizados no ocidente são universalmente eficazes – quando, na realidade, não foram testados universalmente. Adicionalmente, importa uma atitude de curiosidade perante abordagens culturalmente diversas, com vista a novos modelos mais integrativos.

Referências

- Adams, P. L. (1970). The Social Psychiatry of Frantz Fanon. *American Journal of Psychiatry*, 127(6), 809-814. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.6.809>
- Alemu, R. E. G., Osborn, T. L., & Wasanga, C. M. (2023). The network approach: A path to decolonize mental health care. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1052077>
- Butts, H. F. (1979). Frantz Fanon's contribution to psychiatry: the psychology of racism and colonialism. *Journal of the National Medical Association*, 71(10), 1015-1018.
- Chakraborty, A. (1991). Culture, colonialism, and psychiatry. *The Lancet*, 337(8751), 1204-1207. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)92869-4](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92869-4)
- Geertz, C. (2019). *A Interpretação das Culturas*. LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora.
- Cohen, B. M. Z. (2020). A postcolonial critique of mental health. Em *The Routledge International Handbook of Race, Culture and Mental Health* (pp. 32-42). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315276168-5>
- Fanon, F. (2021a). Carta ao ministro-residente. Em *Escritos Políticos e Psiquiátricos* (pp. 422-425). BookBuilders.
- Fanon, F. (2021b). Considerações Etnopsiquiátricas. Em *Escritos Políticos e Psiquiátricos* (pp. 395-402). BookBuilders.
- Fanon, F. (2021c). *Escritos Políticos e Psiquiátricos*. BookBuilders.
- Fanon, F., & Sanchez, F. (2021). Atitude do muçulmano magrebino perante a loucura. Em *Escritos Políticos e Psiquiátricos* (pp. 410-415). BookBuilders.
- Fanon, F., & Azoulay, J. (2021). A vida quotidiana nos aduares. Em *Escritos Políticos e Psiquiátricos* (pp. 360-373). BookBuilders.
- Halperin, S. (2024). Neocolonialism. *Encyclopedia Britannica*.
- Kirmayer, L. J. (2018). Cultural Psychiatry in Historical Perspective. Em D. Bhugra & K. Bhui (Eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry* (pp. 1-17). Cambridge University Press.
- Sanches, M. R. (2021). Introdução: Frantz Fanon, um percurso impossível? Em *Escritos Políticos e Psiquiátricos*. (pp. 13-46). BookBuilders.
- McLeod, J. (2010). *Beginning Postcolonialism* (2.^a ed.). Manchester University Press.
- World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0* (Version 2.0). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Revisão histórica sobre estigma e doença mental

Patrícia Perestrelo Passos, Maria João Amorim, Filipa Araújo

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

E-mails: patriciaperestrelopastos@gmail.com; maria.lajoso.amorim@ulsam.min-saude.pt;

flipa.araujo@ulsam.min-saude.pt

Resumo

O termo estigma deriva do grego *steizen*, que designa a marca gravada no corpo dos escravos e criminosos para assinalar que estes eram membros da sociedade com menor valor. O seu derivativo em latim, *stigma*, traduz o conceito de «marca de infâmia ou ignomínia». Apesar do estigma da doença mental não decorrer da presença de uma marca física, constitui para os doentes uma importante fonte de sofrimento, representando um obstáculo no acesso aos cuidados de saúde e na concretização de projetos pessoais. A conceptualização contemporânea do estigma deve-se, sobretudo, ao trabalho do sociólogo Goffman. Na sua obra seminal «*Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*», Goffman define sinteticamente o estigma como um «atributo profundamente depreciativo» que se transforma num processo quando um grupo de pessoas atribui uma característica distinta ou marca discriminatória a outro grupo, normalmente minoritário, retirando-lhe direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados.

Palavras-chave: estigma, doença mental, Goffman, Corrigan, psiquiatria

Abstract

The term stigma derives from the Greek word *stizein*, which refers to the mark engraved on the bodies of slaves and criminals to indicate that they were members of society with lesser value. Its derivative in Latin, *stigma*, translates the concept of mark of infamy or ignominy. Although the stigma of mental illness does not result from the presence of a physical mark, it constitutes an important source of suffering for patients, representing an obstacle in accessing healthcare and achieving personal projects. The contemporary conceptualization of stigma is mainly attributed to the work of the sociologist Goffman. In his seminal work «*Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*», Goffman succinctly defines stigma as a «deeply depreciative attribute» that becomes a process when a group of people assigns a distinct characteristic or discriminatory mark to another group, typically a minority, depriving them of rights and privileges that should be associated with them.

Keywords: stigma, mental illness, Goffman, Corrigan, psychiatry

Introdução

O estigma associado à doença mental é um fenómeno tão antigo quanto complexo, cujas definições provêm de diferentes campos do conhecimento, desde a Sociologia, à Psicologia e à Psiquiatria. A história da doença mental tem sido dominada pelo confronto constante entre a perspectiva sobrenatural e moral da doença mental e a perspectiva científica, bem como entre o tratamento humanizado e os «tratamentos» punitivos. O impacto do estigma na vida dos doentes é evidente, representando um importante obstáculo ao seu tratamento e reabilitação. Sabe-se que o estigma prejudica a autonomia, a qualidade de vida e a concretização pessoal e compromete o acesso aos cuidados de saúde, não apenas ao tratamento psiquiátrico, mas também aos cuidados médicos gerais, com consequente aumento da morbilidade e mortalidade desta população vulnerável. Com este artigo pretendemos fazer uma revisão histórica sobre o estigma associado à doença mental, abordando a sua origem, definições, evolução e repercussões.

Estigma e Doença Mental

A relação entre estigma e doença mental remonta aos primórdios da história da humanidade e continua a ser uma questão complexa e multifacetada na sociedade contemporânea. O termo estigma tem as suas raízes na Grécia Antiga e deriva do grego *steizen*, que designa a marca gravada no corpo dos escravos e criminosos para assinalar que estes eram membros da sociedade com menor valor. O seu derivativo em latim, *stigma*, traduz o conceito de «marca de infâmia ou ignomínia» (Arboleda-Florez et al., 2012). Apesar do estigma da doença mental não decorrer da

presença de uma marca física, constitui para os doentes uma importante fonte de sofrimento, representando um obstáculo no acesso aos cuidados de saúde e na concretização pessoal, social e profissional.

A conceptualização contemporânea do estigma deve-se, sobretudo, ao trabalho basilar do sociólogo Erving Goffman, classicamente referido como o autor pioneiro na produção e organização de conhecimento acerca deste fenómeno e das suas implicações na doença mental. Na sua obra «Estigma: Notas sobre a Manipulação de uma Identidade Deteriorada» (1963), Goffman define estigma como «...um atributo profundamente oneroso...» cujo portador «...é reduzido, nas nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída.» (Goffman, 1963). Essa redução causa discriminação, injustiça social e descrédito e, consequentemente, a pessoa com doença mental deixa de ser vista como um todo, passando a ser encarada como alguém menor, comprometendo a sua identidade individual. Goffman define três tipos de identidade (social, pessoal e do Eu) e diferencia-os no que respeita à sua relação com o estigma. Assim, a identidade social consiste na forma como o indivíduo se apresenta ao mundo que o rodeia, incluindo às pessoas que não o conhecem; a identidade pessoal constitui o reconhecimento do indivíduo pelas pessoas que o conhecem; e a identidade do Eu relaciona-se com aquilo que o indivíduo sente sobre si próprio, de forma pessoal, refletindo a sua própria experiência. O processo de estigmatização ocorre principalmente ao nível da identidade social e é baseado em estereótipos, perpetuados por desconhecidos/sociedade. Por sua vez, a identidade pessoal pode ser preservada dos efeitos do estigma se o indivíduo controlar a quantidade de informação partilhada com o seu círculo social (Goffman, 1963).

Ainda em 1963, Becker deu continuidade ao conceito de estigma proposto por Goffman referindo que os grupos sociais criam normas, cujas infrações causam desvios e, em consequência disso, as pessoas infratoras são rotuladas como diferentes das restantes. De acordo com este autor, o estigma não é consequência da atitude de uma pessoa, mas antes da aplicação de normas sociais (Becker, 1963).

No início da década de 1980, Elliot realçou o paradigma social do estigma, considerando que o estigma é uma forma de desvio que leva as outras pessoas a julgarem um indivíduo como ilegítimo para participar na interação social. Isto acontece devido à crença de que pessoas com doença mental não possuem competências e habilidades para realizar tal interação, influenciada pelos juízos sobre a sua perigosidade e imprevisibilidade.

Assente na categorização de Goffman, Jones et al. (1982) definem estigma como a relação existente entre o atributo e o estereótipo, ou seja, é uma característica (atributo) que aproxima a pessoa de características indesejáveis (estereótipo) e, como tal, a pessoa é estigmatizada quando possui uma característica considerada desviante do protótipo ou da norma.

Na tentativa de descrever o processo de estigmatização, Link e Phelan conceptualizaram um modelo constituído por quatro componentes-chave, nomeadamente: atribuir um «rótulo» às diferenças inter-individuais tidas como socialmente relevantes; associar esse «rótulo» a características indesejáveis de acordo com os estereótipos culturalmente vigentes; distinguir o «nós», grupo maioritário e «normal», do «eles», grupo rotulado como significativamente diferente e menor; e, por fim, discriminar, desvalorizar e rejeitar o grupo rotulado, com consequente perda de oportunidades e do estatuto social (Link; Phelan, 2001). Estes autores enfatizam, ainda, que a estigmatização é inteiramente contingente a assimetrias de poder em termos sociais, económicos e/ou políticos e distinguem a discriminação individual da estrutural. Enquanto a discriminação individual é vivida na primeira pessoa, a estrutural manifesta-se de forma indireta e conjuntural, por exemplo, através da alocação de menos recursos à área da saúde mental, comparativamente a outras áreas da saúde (Link; Phelan; Collins, 2004).

Corrigan também se dedicou extensamente ao estudo do estigma da doença mental, dando importantes contributos para a sua definição e compreensão. Este autor decompõe o processo de estigmatização em quatro componentes: (Corrigan, 2004)

- Sinais/indícios: indicadores manifestos que podem assinalar a presença de doença mental (por exemplo, comportamento excêntrico ou bizarro), embora de forma falível;
- Estereótipos: estruturas de conhecimento generalizadas, aprendidas pela maioria dos elementos de um determinado grupo social;
- Preconceitos: respostas cognitivas e afetivas negativas ao estereótipo;
- Discriminação: comportamento ativo de exclusão ou evitamento em resposta ao preconceito.

Corrigan propôs, então, o Modelo Cognitivo-Social para explicar o estigma, resultado da integração dos quatro componentes anteriormente referidos (Corrigan, 2000) (Figura 1).

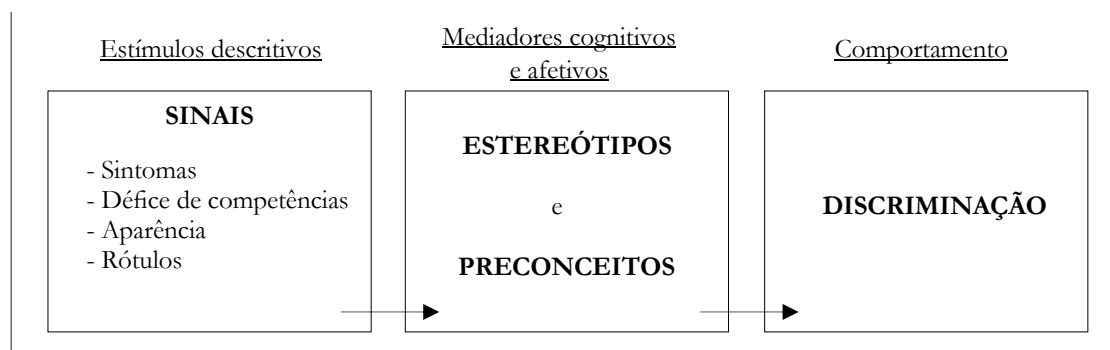


Figura 1. Modelo Cognitivo-Social de Corrigan (2000)

Tipos de Estigma

Corrigan dividiu o estigma em estigma público e auto-estigma (Corrigan, 2001). O estigma público refere-se a uma forma de estigma dirigida da população geral para as pessoas com doença mental, resultando numa reação negativa, depreciativa e de discriminação da população relativamente a estes indivíduos. Por sua vez, o auto-estigma refere-se ao conceito do indivíduo relativamente a si próprio, enquanto doente, resultante da internalização dos estereótipos negativos vigentes. Esta internalização resulta em reações auto-pejorativas e auto-discriminatórias, que colocam a pessoa doente contra si própria (Corrigan, 2004). O processo de auto-estigmatização pode ser facilmente explicado pelo mecanismo proposto por Corrigan (Figura 2): primeiro, as pessoas com doença mental estão cientes do estigma público, depois concordam com ele, aderem e aplicam esses estereótipos a si próprios e finalmente, internalizam o estigma, com prejuízo da sua auto-estima e auto-eficácia (Corrigan, 2006).

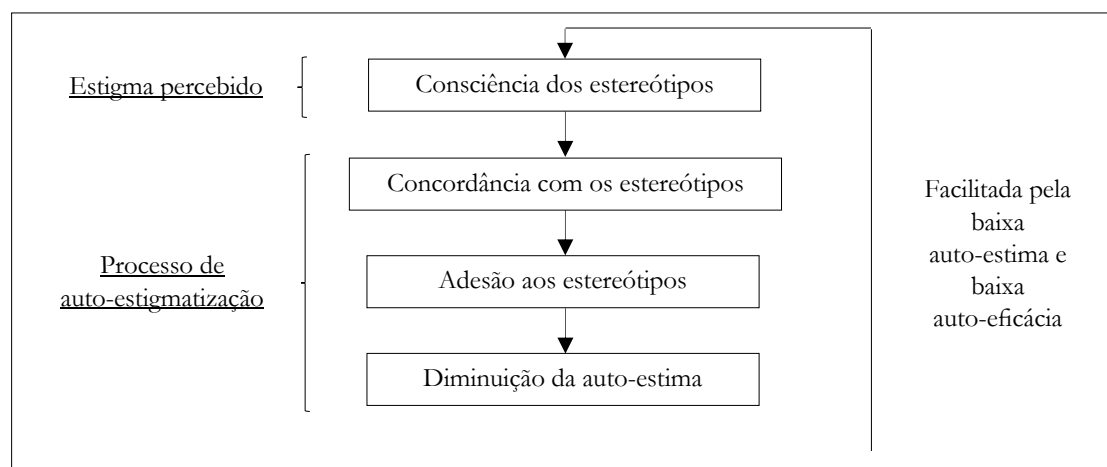


Figura 2. Processo de auto-estigmatização

Portanto, o auto-estigma representa o impacto cognitivo e emocional no próprio indivíduo estigmatizado, afetando mais profundamente a sua auto-estima e o seu auto-conceito. Os efeitos nefastos do estigma influenciam as percepções internas, as crenças e as emoções da pessoa estigmatizada, sobre e para além dos efeitos da discriminação cometida pelas outras pessoas.

Repercussões do estigma

O estigma associado à doença mental é um fenómeno tão antigo quando complexo e encontra-se amplamente impregnado na sociedade, com consequências nefastas a nível individual e populacional. A estigmatização relativa à doença mental manifesta-se a nível individual/ intrapessoal (auto-estigma), a nível social/ interpessoal (estigma público) e a nível dos sistemas de saúde (estigma estrutural) (Javed et al., 2021). Os estereótipos relativos às pessoas com doença mental incluem a ideia de que estes são perigosos, imprevisíveis, responsáveis pela sua doença, preguiçosos e/ou vítimas dignas de pena, sendo muitas vezes perpetuados e reforçados pelos meios de comunicação social, pela forma pouco crítica como veiculam a informação (Byrne, 2000).

O estigma é apontado como a principal causa de discriminação e exclusão social, pois afeta, negativamente, a auto-estima das pessoas, contribui para a disfunção familiar e limita a socialização e as oportunidades de vida como, a obtenção de habitação e emprego, podendo, também, criar barreiras quer na procura de ajuda médica, quer no próprio processo de recuperação, reabilitação e reintegração social.

Apesar da aparente diminuição do hiato entre as crenças da população geral em relação à doença mental e o conhecimento científico, não parece existir, ainda, uma clara tradução em termos da mudança de atitude e comportamento. Ainda que a população reconheça a necessidade de integração e auxílio das pessoas com doença mental, a ideia de perigosidade e imprevisibilidade associada a estes indivíduos continua a impedir essa proximidade. A ignorância e desinformação relativa às doenças mentais e ao seu tratamento é ainda muito evidente, mesmo nos países desenvolvidos, contribuindo para a perpetuação do estigma. Thornicroft e Mehta (2011) identificaram como os três pilares do estigma os «problemas no conhecimento» (ignorância), os «problemas de atitudes» (preconceito) e os «problemas do comportamento» (discriminação).

Os efeitos do estigma e da consequente discriminação manifestam-se em várias áreas importantes da vida dos doentes, desde a esfera pessoal até à profissional, familiar e social. Estudos mostram que existe uma correlação negativa robusta entre auto-estigma e auto-estima, auto-eficácia, qualidade de vida, suporte social e *empowerment*. O estigma reforça o isolamento social progressivo, que, por sua vez, dificulta cada vez mais a relação com o outro e consigo próprio. A perda de vínculos e de auto-estima reflecte-se, inevitavelmente, na diminuição do *empowerment* e na perda do estatuto social que concorrem para uma integração social cada vez mais deficitária e geradora de reforços indutores de mais estereótipos e preconceitos (Corrigan et al., 2006). Estes, por sua vez, refletem as representações sociais da doença mental, que sendo erróneas e geradoras de mais estigma, estão persistentemente presentes na nossa sociedade.

No que respeita à prestação de cuidados de saúde mental, o estigma compromete a procura de ajuda especializada e o tratamento da doença mental, favorecendo o atraso na sua instituição e reduzindo a adesão terapêutica. No entanto, é fundamental ter presente que o estigma associado à doença mental não condiciona apenas o tratamento psiquiátrico, mas também os cuidados médicos gerais, sendo frequente o subdiagnóstico e subtratamento de doenças orgânicas, aumentando a morbilidade e mortalidade.

Concluindo, o estigma e as suas consequências são considerados obstáculos significativos à qualidade de vida e saúde das pessoas com doença mental.

Estratégias para combater o estigma

Perante o referido até então, parece tão importante tratar os danos resultantes do impacto social da doença e do estigma como os resultantes diretamente da doença em si mesmo.

Nas últimas décadas assistiu-se a um interesse crescente pela promoção da saúde mental, sendo esta percebida como fundamental para a saúde física, bem-estar e qualidade de vida, e como muito importante para a melhoria da saúde em geral. O estigma é então indicado como um dos aspetos a ser trabalhado, pois compromete o desenvolvimento e implementação das políticas de saúde mental.

Atualmente, a principal tendência no combate ao estigma preconiza a conceptualização dos diferentes fatores contributivos e a complexidade da sua interação. É necessário adotar uma abordagem multifatorial, com intervenções a múltiplos níveis, desde a psicoeducação individual até ao desenvolvimento de programas de intervenção destinados à população geral e, também, a grupos-alvo específicos de acordo com as suas características (Byrne, 2000).

Nawka e Reiss (2004) salientaram a importância de estimular a participação conjunta dos doentes, familiares, profissionais de saúde e da população geral, numa abordagem que designaram por «Modelo do Tetrólogo».

Arboleda-Florez et al. apresentaram seis propostas para combater o estigma associado à doença mental nomeadamente (Arboleda-Florez et al., 2012):

- Educar e aumentar a literacia em saúde mental;
- Fomentar uma atitude aberta, crítica e assertiva contra as representações da doença mental sob a forma de estereótipos negativos;
- Promover interações positivas entre indivíduos com doença mental e a população geral;
- Criar leis e políticas anti-discriminação;
- Defender os direitos dos doentes e promover ações que garantam os direitos e a plena cidadania dos indivíduos com doença mental, ou que lhes permitam lutar contra políticas ou procedimentos discriminatórios;
- Desenvolver nos doentes capacidades e estratégias para encontrarem «novos significados pessoais e papéis sociais valorizados».

Muitos autores defendem que o *empowerment* dos doentes é a chave para combater o auto-estigma, pois promove o desenvolvimento de capacidades e competências, contribuindo a jusante para a melhoria da auto-estima, da qualidade de vida e da saúde (Corrigan et al., 2012). Corrigan propôs quatro características que contribuem para a eficácia das estratégias anti-estigma, sob o acrónimo TLC3, «*targeted, local, credible, continuos contact*». Desta forma, as intervenções mais eficazes e bem-sucedidas serão as direcionadas a grupos-alvo específicos, implementadas a nível local, desenvolvidas por pessoas credíveis, isto é, que compartilhem características semelhantes às do público-alvo, transmitindo a mensagem de que é possível tratar e recuperar de uma doença mental, com contato mantido ao longo do tempo (Corrigan, 2010).

Um estudo levado a cabo por Pinfold et al., no sentido de perceber a perspetiva dos doentes nesta matéria, concluiu que a estratégia anti-estigma mais valorizada pelos doentes foi a reforma institucional dos cuidados de saúde mental, algo que reflete a importância atribuída à qualidade dos cuidados de saúde e de como todos os técnicos de saúde, independentemente da sua área de especialização, podem contribuir ativamente para a crescente melhoria dos mesmos (Pinfold et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o desenvolvimento e implementação de medidas e políticas que fomentem a saúde mental e que ajudem na reabilitação e reintegração social das pessoas com doença mental. Os programas anti-estigma assentam, normalmente, em duas mensagens-chave: a primeira é de que as pessoas com doença mental são em tudo «iguais» às pessoas sem doença mental e a segunda é que as doenças mentais são tratáveis (Javed et al., 2021).

Javed et al. (2021) sugerem, na sua publicação, estratégias para abordar e combater o estigma associado à doença mental, nomeadamente:

- Desenvolver políticas de saúde sustentáveis, compreensivas e inclusivas, promover a sua implementação e avaliar o seu impacto;
- Aumentar os recursos financeiros e humanos alocados à saúde mental;
- Descontinuar o uso de termos discriminatórios e estigmatizantes para pessoas com doença mental;
- Envolver os meios de comunicação social e figuras públicas na promoção da saúde mental;
- Envolver os doentes e as suas famílias no plano terapêutico e de reabilitação;
- Promover campanhas educacionais sobre saúde mental nas escolas, universidades e empresas;
- Aumentar a formação e consciencialização dos profissionais de saúde acerca das doenças mentais e do estigma associado, mesmo entre estes profissionais.

Considerações Finais

O estigma associado à doença mental tem raízes profundas na história da humanidade, persistindo na sociedade, apesar dos avanços no conhecimento e tratamento das doenças psiquiátricas. Os estereótipos e preconceitos relativos à doença mental encontram-se bem documentados na literatura, assim como o seu impacto negativo na saúde e vida dos doentes e familiares. O estigma é pernicioso, gera discriminação, que pode ser tão ou mais incapacitante que a própria doença. A crescente consciencialização sobre o tema e suas particularidades, aumentou o número de tentativas de intervenção, refletindo o interesse da comunidade científica em encontrar respostas eficazes dirigidas à pessoa com doença mental, nas quais estas sejam o objeto e não apenas o alvo final de todo o processo. É necessário demonstrar que as pessoas transcendem as suas doenças para que estas e as suas famílias vivam dignamente, de forma independente e autónoma, plenamente integrados na sociedade em que se inserem.

Bibliografia

- Arboleda-Florez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry*. 57(8), 457-463.
- Byrne, P. (1997). Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 90, 618-621. 12.
- Byrne, P. (2000). Stigma and mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*. 6, 65-72.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W. (2012). Research and the elimination of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 201, 7-8. 37.

- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 57(8), 464-469.
- Corrigan, P., Watson, A., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Goffman, E. (1963). *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health*. 6, 345-354. 11.
- Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R. D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., Ng, B., Ramy, H., Saha, G., Arifeen, S., Elorza, P. M., Ratnasingham, P., & Azeem, M. W. (2021). Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr*. 58:, 102601. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102601. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33611083.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 27, 363-85.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 30(3), 511-541.
- Nawka, P., & Reiss, C. M. (2002). Integrating people who are stigmatized: the tetralogue model. *World Psychiatry*. 1(1), 27-28.
- Pinfold, V., Byrne, P., & Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service user's main campaign priorities. *International Journal of Social Psychiatry*. 51(2): 128-138.
- Sartorius, N. (2010). Short-lived campaigns are not enough. *Nature*. 468, 163-165.
- Thornicroft, G., & Mehta, N. (2011). Reducing stigma and discrimination. *Oxford Textbook of Community Mental Health*, pp. 260-262.

«Let's psycho-scrabble!»: Psiquiatria e linguagem

Pedro Cotta, Márcia Rodrigues, Graça Fernandes

Centro Hospitalar Universitário do Porto

E-mails: pcotta2tt@gmail.com; marciasarod@gmail.com; gfernandes.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

Abstract

Language appears in the 2nd and 3rd years of life, concomitantly with the pre-operative thinking phase described by *Jean Piaget*. That represents the discovery that one object or representation can be another. Language helps transform a child's thoughts into a linguistic system shared with adults, developing uninterruptedly throughout life. Psychiatry is a recent medical speciality with its history intertwined with social and humanistic sciences and whose use of *parole*, as designated by *Ferdinand de Saussure*, proves to be fundamental. This linguistic centrality in Psychiatry exists due to its communicative functions quickly transferring to other functions such as interpretative, therapeutic and relational. With this work, the authors intend to focus on what the Language of Psychiatry is without neglecting Psychiatry in Language.

Keywords: psychiatry, language, linguistics

Resumo

A linguagem aparece, regra geral, no 2º e 3º anos de vida, concomitantemente à fase do pensamento pré-operatório descrita por *Jean Piaget*, representando o descobrimento que um objeto ou representação pode configurar-se como outro. A linguagem ajuda a transformar os pensamentos da criança num sistema linguístico partilhado com os adultos, desenvolvendo-se ininterruptamente ao longo da vida. A Psiquiatria é uma especialidade médica recente entremeando-se a sua história com as ciências sociais e as humanísticas e cujo uso da *parole*, como designado por *Ferdinand de Saussure*, se revela fundamental. Esta centralidade linguística na Psiquiatria existe pelas suas funções comunicativas transpassando facilmente para outras funções como sejam as interpretativas, terapêuticas e relacionais. Com este trabalho, os autores pretendem debruçar-se sobre o que é a Linguagem da Psiquiatria não descurando a Psiquiatria na Linguagem.

Palavras-chave: psiquiatria, linguagem, linguística

Introdução

A Linguagem é um sistema simbólico composto por sons, sinais gestuais entre outros, criado por um grupo social com um significado partilhado entre o mesmo e que serve para facilitar a expressão humana (Fabbro et al., 2022). A Psiquiatria é uma especialidade médica recente entremeando-se a sua história com as ciências sociais e as humanísticas (James Knoll, 2013; Kallivayalil et al., 2023). O objetivo deste trabalho é perceber de que forma a linguagem e (Pedo)psiquiatria estão relacionadas, tentando descobrir de que forma a linguagem é usada na (Pedo)psiquiatria e de que forma estas se podem influenciar uma à outra.

Discussão

Este trabalho partiu da impressão subjetiva da importância da linguagem na prática clínica. De facto, a linguagem impregna-se em todos os contextos de cuidado (Pedo)psiquiátricos sendo a sua utilização transversal aos prestadores de cuidados em saúde mental e aos doentes que os recebem. A linguagem aparece na Psiquiatria como um instrumento diagnóstico e terapêutico, sendo que estes efeitos estão estreitamente ligados ao meio cultural onde o (Pedo)psiquiatra se insere. Também conseguimos perceber o quanto o estigma existe na (Pedo)psiquiatria. Esse estigma advém de palavras, umas psiquiatrizadas e outras não, que culminam em piores *outcomes* para os doentes psiquiátricos.

Em termos diagnósticos, quase que podemos considerar a nosologia psiquiátrica como uma das linguagens da (Pedo)psiquiatria e a fenomenologia o seu dicionário. (Pedo)psiquiatras observam o uso da linguagem dos doentes nos seus aspetos ideativos, interpessoais e textuais. *Halliday* descreveu 3 «meta-funções» *major* da linguagem: a ideativa, a interpessoal e a textual. No fundo, os diversos componentes linguísticos servirão para transmitir ideias e

descrever o mundo (ideativo) e, desta forma, para transmitir esta informação a outra(s) pessoa(s) facilitando as interações sociais (interpessoal). Isto tudo terá de ser adequado ao meio ambiente e nele fazer sentido (textual) (Halliday, 1978). Desta forma, (Pedo)psiquiatras conseguem asseverar o quão deslocado é o discurso do doente (Fine, 2001). Isto parece-nos importante no sentido de percebermos que a linguagem não é apenas importante na troca diádica médico-doente mas nas trocas que existem e têm de existir entre os membros de um mesmo círculo, neste caso, o círculo profissional da (Pedo)psiquiatria. Só assim, conseguimos uniformizar conceitos e temáticas e assegurar avaliações e tratamentos mais standardizados, que respeitem a Ciência mas que, a jusante, também respeitem o doente. Tomámos a liberdade de acima juntar os meios profissionais da Psiquiatria e da Pedopsiquiatria. A verdade é que ambas possuem as mesmas origens e tronco teóricos mas, entre colegas, partilhamos a impressão de que as «linguagens» das duas especialidades acabam por se diferenciar. No fundo, parece que diferenças na prática clínica induzem alterações semânticas que se tornam muito distintivas entre as duas especialidades. A Pedopsiquiatria conta com consultas que logisticamente demonstram ser muito diferentes, uma avaliação diagnóstica e intervenção que se apoia na família e uma terapêutica mais holística, tentando nunca descurar estratégias psicoterapêuticas e/ou psicossociais. A Psiquiatria dos Adultos aparenta colocar o ónus da consulta e da terapêutica predominantemente no paciente com consultas em que a díade médico-doente é mais frequente. Ao invés, na Pedopsiquiatria possuímos quase sempre três ou mais elementos em consulta, sendo que as interações linguísticas também por este motivo se complexificam. A Psiquiatria de Adultos tem vindo a reivindicar uma posição mais biológica e farmacológica. Na Pedopsiquiatria, e apesar destas abordagens também existirem, a atuação é multifatorial e costuma englobar também conceitos psicodinâmicos, sistémicos, psicodramáticos, etc. Na criança e no adolescente temos de ter em conta várias variáveis: biológicas, desenvolvimentais, sociais, familiares e psicológicas; sabemos, muitas vezes, que o *background* da criança ou adolescente pode ser o único foco *major* de intervenção. O normal e patológico também são vistos de forma diferente na Psiquiatria e na Pedopsiquiatria. Os psiquiatras recorrem a dados fenomenológicos, usando como instrumento o exame do estado mental. Na Pedopsiquiatria, também recorremos a ele mas também temos de ter em conta uma perspetiva desenvolvimental. Muitas vezes, um sintoma pode ser normal numa altura do desenvolvimento e ser patológico noutra (Steinhauer et al., 1992). Apesar das semelhanças entre as duas especialidades há algumas diferenças na prática clínica que não deixam de se imiscuir no funcionamento dos especialistas das duas áreas e condicionam formas diferentes de pensar, ver os casos e, quiçá, as relações e o mundo. Apesar da linguagem ser muito importante para a comunicação intra-comunidade médica e na relação com os doentes no sentido da sua melhor avaliação e diagnóstico uma das críticas que se faz recorrentemente é a ausência do estudo da Ciência da Linguagem no currículo de um (Pedo) psiquiatria (Thomas & Fraser, 1994). De facto, o supracitado aparenta ser implicitamente conhecido pelos técnicos que exercem funções na área da saúde mental. No entanto, não existe suficiente formação no sentido da semantização de alguns conceitos linguísticos e da perceção da influência da linguagem na (Pedo)psiquiatria. Outra das críticas que se faz relativamente à Linguagem da Psiquiatria é a sua base reducionista. O Reduccionismo é um conceito que diz respeito à redução de sistemas complexos aos seus componentes ou conceitos mais basilares (Dafermos, 2014). Ao aplicar um «reduccionismo linguístico» à (Pedo)psiquiatria estamos a tentar explicar o comportamento humano através de categorias e componentes que não os explicam totalmente (Ghalib, 2008). No entanto, percebemos que este traço da metodologia psiquiátrica tem a desvantagem já mencionada mas também explica os bastantes pontos positivos do que acima já foi explicitado.

A linguagem também exerce o seu efeito na (Pedo)psiquiatria em termos terapêuticos mas, para melhor os explicarmos, foi-nos necessário revisitar o desenvolvimento infantil e algumas funções linguísticas. Em termos desenvolvimentais, a linguagem falada aparece, regra geral, no final do 1º ano de vida e vai-se aprimorando ao longo da primeira infância e restante vida dos indivíduos. Por volta do 2º e 3º anos de vida, *Jean Piaget* descreve o aparecimento da fase do pensamento pré-operatório. O pensamento pré-operatório é o desenvolvimento da capacidade do pensamento semiótico ou representacional. No fundo, a criança percebe que um objeto ou representação pode representar outro, começando esta a utilizar símbolos e sinais (Newman & Newman, 1975). O interessante em revisitar o desenvolvimento infantil no sentido da melhor explanação de conceitos linguísticos é perceber que a linguagem ultrapassa muito aquilo que é falado. De facto, sabe-se que esta fase pré-operatória deve ser sedimentada nas fases precoces relacionais mãe-bebé nas quais o cuidador dá um significado às atividades mais simples do bebé como comer, tocar, aproximar-se, afastar-se, deitar-se ou acordar. Pelas atitudes do cuidador (mímica, tonalidade de voz, expressão facial, etc.) este imprime um valor adicional de sentido a cada detalhe da vida. A criança interpretará e pensará o mundo tendo em conta as referências fornecidas pelos cuidadores. De facto, a cognição e a linguagem não se podem desenvolver sem relações afetivas e de intimidade (Golse, 1985; Music,

2016). A Linguagem pode ter muitas funções e estas não deixam de ser usadas na (Pedo)psiquiatria. Younes et al., para além da função comunicativa (nas suas formas expressivas, comunicativas, interpretativas e pessoais), fala-nos das funções cognitivas, culturais e interativas (Younes, 2021). A função cognitiva prende-se com o facto da linguagem fornecer ao ser humano ideias ou informação, que estimulam neste o desejo de pensar, a inclusão de outras perceções e outras formas de ver o próprio e o mundo. São essas novas ideias que, muitas vezes, também criam a oportunidade para mudanças de paradigma. A função cultural diz respeito à noção de que a linguagem abre novos horizontes para o homem no sentido deste explorar o mundo à sua volta e interagir com ele através da compreensão dos eventos que o rodeiam. A linguagem carrega informação sobre o passado, sobre o presente mas também abre portas para o futuro, permitindo a passagem de um legado transgeracional na mesma cultura. A função social é uma das aplicações da Linguagem na (Pedo)psiquiatria. A função social significa que a linguagem atua como um vínculo muito forte entre os membros de uma determinada sociedade permitindo que estes interajam, troquem ideias e relacionem-se. De facto, na (Pedo)psiquiatria, quer-se que exista uma relação terapêutica entre médico e doente, relação essa que sem a existência de Linguagem não poderia existir. É interessante pensar também que a Linguagem pode servir propósitos muito positivos para o doente, sempre inscritos naquilo que é a relação terapêutica. A linguagem também tem funções identitárias, e pode ser útil ao processo terapêutico. Ao usar as palavras para descrever-se, o paciente está a construir a sua pessoa, permitindo o desenvolvimento de capacidades autobiográficas e narrativas centrais para a formação de um sentido coerente de *self*. No entanto, e sempre na relação terapêutica porque acredita-se que a criação de significados é socialmente construída, aquilo que é pelo paciente narrado, é pelo terapeuta metabolizado e devolvido ao doente que escolhe ou não integrar aquele significado como parte integrante da sua biografia. Esta ideia do terapeuta ser o continente para o conteúdo semântico do paciente pode advir das ideias de um teórico psicodinâmico do desenvolvimento infantil – *Wilfred Bion* – que falou desta mesma função na relação mãe-criança (Golse, 2015; Music, 2016). Para além desta função identitária, a linguagem também pode oferecer um poder reflexivo aos pacientes da (Pedo)psiquiatria. Esta função reflexiva deriva da natureza simbólica da linguagem. Quer isto dizer que o símbolo e aquilo que é simbolizado podem ser alvo de reflexão e discussão aumentando a flexibilidade cognitiva e o controlo sobre os pensamentos. O doente pode, então, descentralizar-se mais facilmente da sua experiência e ter um maior sentido de agência sobre a sua vida e pessoa. As palavras usadas ou os símbolos reunidos para designar determinada situação, pensamento ou emoção, aumentarão o espaço psíquico e preencherão uma lacuna. Dar um nome ou fazer um gesto para simbolizar algo vivido aumenta a capacidade do paciente para autorefletir (Music, 2016).

Para além da linguagem estar ao serviço do diagnóstico e avaliação (Pedo)psiquiátricos, esta tem ainda um grande papel no estabelecimento da relação e processos terapêuticos. António Coimbra de Matos escreveu que «O amor próprio e o amor do outro não existem isoladamente; o que existe, realmente é o amor recíproco. Este, o amor do par (par amoroso) ou da díade (mãe/pai-filho/a), é real e concreto – observa-se e descreve-se (...); é objetivo (perceciona-se) e subjetivo (sente-se, ...)» (Coimbra de Matos, 2017). De facto, a Pedopsiquiatria faz-nos rever o conceito de relação terapêutica nas fases precoces de uma relação mãe-bebé, onde ainda tão pouca coisa é verbalmente expressa, mas muito acaba por ser dito. Também as crianças pequenas nos ensinam muito sobre comunicação. Sendo elas as grandes mestras de se expressarem sem verbalizar uma palavra, às vezes, conseguimos perceber tudo com um olhar cándido entre uma díade, com uma aproximação, um afastamento, uma careta, entre outros. Toda esta linguagem não verbal, para a qual temos de defletir alguma da nossa atenção quando trabalhamos com esta faixa etária, faz-nos lembrar que as relações também dela se nutrem, crescendo ou afundando-se, quais cidades suspensas num mundo que é continuamente criado no cenário relacional. Percebe-se, então, que uma relação pode ser terapêutica porque se perceciona objetivamente ou porque se sente mas a verdade é que as trocas comunicacionais que se operam entre os diferentes sujeitos ajudam à construção de uma nova realidade que pode assimilar-se à mudança psicológica do doente (Reyes et al., 2008). É importante ter em atenção as dinâmicas que se têm neste tipo de relação médico-doente, uma vez que muitas vezes ainda são vistas e sentidas como hierarquicamente diferentes com contactos médicos do estilo paternalista. Evitar todo o tipo de linguagem médica ou psiquiatrizada junto dos doentes serve para diluir um efeito repressor junto deles, homogeneizando os termos para que as trocas verbais fiquem facilitadas e os novos significados possam surgir mais rapidamente (Spaniol & Cattaneo, 1994). As teorias psicanalíticas não ficaram para trás nestas teorizações e já *Freud*, no início do século XX, apontava o poder das palavras no sentido daquilo que elas provocam no(s) recetor(es) da mensagem. Uma paciente de *Joseph Breuer* – *Anna O.* – chegou a descrever o uso da linguagem na cura analítica como a *talking cure* (L'Heuillet, 2022).

A Linguagem e a Psiquiatria também se relacionam através de uma temática que muitas vezes sai da área da atuação da Psiquiatria, mas dela emerge, imiscuindo-se não só em indivíduos com uma perturbação psiquiátrica, mas também nos seus familiares e amigos não esquecendo os profissionais de saúde mental ou outros técnicos que

nesta área trabalham. Falamos do estigma que mina as tentativas de chegada dos doentes com perturbações mentais aos serviços de saúde mental coartando-os no seu tratamento. Scambler dividiu o estigma como sentido e agido. O estigma sentido (estigma internalizado) refere-se à culpa e à antecipação da discriminação que as pessoas com perturbações mentais experienciam, prevenindo-as de falar sobre as suas experiências e desmotivando-as na procura de ajuda. O estigma agido (estigma externo ou discriminação) refere-se à experiência de injustiça no relacionamento com os outros (Scambler, 1998). A questão parece estar na semântica mas também parece não depender só dela. Há termos – exemplifiquemos com *esquizofrenia* – que podem causar reações muito viscerais nos ouvintes e despoletar uma imagética de agressividade, perigosidade e cronicidade. O rótulo parece ser importante mas também não parece ser o desaparecimento de um rótulo que resolverá este problema. Como vimos, ele é muito importante na comunicação entre técnicos e há rótulos que se desaparecerem mantêm-se na semântica coletiva de uma determinada comunidade (Gray, 2002). Parte do problema do estigma nas perturbações psiquiátricas parece advir necessariamente da (Pedo)psiquiatria e daquilo que na (Pedo)psiquiatria é dito uma vez que a própria linguagem da Psiquiatria está carregada de ambiguidade, elasticidade e idiossincrasia nas suas definições e uso da palavra (Pierre & Frances, 2016). Claro que isto parece acontecer num microcosmo relacional médico-doente e afetar as pessoas que se encontram no seu *entourage* mas sabemos que muitas destas questões estigmatizantes afetam e são afetadas pelas questões culturais. Sabemos que estas têm um papel preponderante no estigma social das perturbações mentais. Em determinadas culturas este papel parece ser mais gravoso do que noutras (Bertolín-Guillén & Porcel-Torrens, 2021).

Por último e articulando com a consideração cultural do último parágrafo, não podemos deixar de pensar na influência da cultura na linguagem e na (Pedo)psiquiatria. *Ferdinand de Saussure* distingue a linguagem da *parole*. A linguagem como instituição social: «*langue*», isto é quase o dicionário ou o *hardware* partilhado por indivíduos de uma mesma comunidade linguística. No fundo, é uma convenção social transmitida às pessoas tendo estas um papel acessório na sua utilização. A *parole* é o uso individual dessa linguagem, um *software* que é tão diferente quanto as características individuais de cada um (Normand, 1978; Thiberge, 2012). Transpondo para a (Pedo)psiquiatria e citando *Freud*: «às vezes um cigarro é só um cigarro» (Winer & Anderson, 2013), e portanto, um diagnóstico psiquiátrico ou uma adjetivação psiquiátrica em termos de linguagem é só um símbolo que pretende representar um conceito ou objeto. No entanto, em termos de *parole*, esse símbolo pode transvazar o seu significado original, adquirindo outro que pode ser nocivo para os doentes, consoante a pessoa que desse símbolo faça uso. Se calhar, mais do que tentar destrinçar os diferentes conceitos – cultura, linguagem e (Pedo)psiquiatria – convém perceber que eles estão estreitamente ligados. O cérebro pode ser visto como o órgão da cultura no qual mente e experiências são processos localizados em feixes de envolvimento ativo do cérebro e do corpo com a sociedade (Kirmayer et al., 2020). Estando o cérebro das pessoas interligado às suas culturas faz sentido que, dentro do mundo psiquiátrico, os clínicos possam-se informar acerca destas questões, existindo também disciplinas subespecializadas como a Psiquiatria Transcultural (Ellenberger & Kaplansky, 2020). Também será importante a sensibilização da população para as perturbações psiquiátricas e, acima de tudo, para os seus doentes, influenciando aqui a cultura mas também influenciando sinapses cerebrais. Desta forma, quiçá, se consiga alterar a *parole* de, pelo menos, um indivíduo, para se atingir uma *langage* mais uniformizada e respeitosa que defende os doentes com perturbações psiquiátricas (Rüsch et al., 2005).

Conclusão

A Linguagem entremeia-se na prática clínica de um (Pedo)psiquiatra, antes do doente entrar no seu consultório, criando a(s) história(s) que se apresentarão no consultório do clínico. Através da linguagem o (Pedo)psiquiatra, relaciona-se, avalia, diagnostica e trata os seus doentes, estando sempre atento às nuances sociolinguísticas dos pacientes. Percebemos que esta relação diádica, que muito é sustentada pelas nuances linguísticas dos seus intervenientes, influencia e é influenciada, a montante, pelas questões culturais numa dança contínua entre o que *Ferdinand de Saussure* definiu como *langage* e *parole*. Este tema é de essencial importância para as diferentes áreas ligadas à saúde mental e mais estudos deverão ser realizados para avaliá-lo no contexto português.

Bibliografia

- Bertolín-Guillén, J., & Porcel-Torrens, A. (2021). Mental Health: Stigma, Language and Nosology. *OSP Journal of Health Care and Medicine*, 2(2), 1-6.
- Coimbra de Matos, A. (2017). *Nova Relação* (1ª Ed.). Climepsi Editores.
- Dafermos, M. (2014). Reductionism. Em T. Teo (Ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 1651-1653). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_271

- Ellenberger, H. F., & Kaplansky, J. (2020). *Ethnopsychiatry* (Vol. 56). McGill-Queen's University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1bhg28z>
- Fabbro, F., Fabbro, A., & Crescentini, C. (2022). The Nature and Function of Languages. *Languages*, 7(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.3390/languages7040303>
- Fine, J. (2001). Using language in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 46(10), 916-922. <https://doi.org/10.1177/070674370104601003>
- Ghalib, S. F. (2008). *LANGUAGE AND PSYCHIATRY: "An argument for indeterminism"*. 1(1).
- Golse, B. (Ed.). (2015). Page de titre. Em *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (p. III). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74389-4.00022-X>
- Golse, B. (1985). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-70060-6.x5000-2>
- Gray, A. J. (2002). Stigma in Psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72-76. <https://doi.org/10.1177/014107680209500205>
- Halliday, M. A. K. (1978). *Language as Social Semiotic: The Social Interpretation of Language and Meaning*. Edward Arnold.
- James Knoll, I. V. (2013). The humanities and psychiatry: The rebirth of mind. *Psychiatric Times*, 30(4), 29-29.
- Kallivayalil, R. A., Kastrup, M., Gogineni, R. R., Di Nicola, V., & Sharma, S. (2023). History of Social Psychiatry and Historical Aspects of the World Association of Social Psychiatry. Em R. R. Gogineni, A. J. Pumariega, R. A. Kallivayalil, M. Kastrup, E. M. Rothe, R. R. Gogineni, A. J. Pumariega, R. Kallivayalil, M. Kastrup, & E. M. Rothe (Eds.), *The WASP Textbook on Social Psychiatry: Historical, Developmental, Cultural, and Clinical Perspectives* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197521359.003.0002>
- Kirmayer, L. J., Worthman, C. M., & Kitayama, S. (2020). Introduction: Co-constructing Culture, Mind, and Brain. Em C. M. Worthman, C. A. Cummings, L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & S. Kitayama (Eds.), *Culture, Mind, and Brain: Emerging Concepts, Models, and Applications* (pp. 1-50). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108695374.002>
- L'Heuillet, H. (2022). Ce que la psychanalyse apporte à la psychiatrie. Réflexions sur les incidences du langage. *Études, Février* (2), 55-66. <https://doi.org/10.3917/etu.4290.0055>
- Music, G. (2016). *Nurturing Natures: Attachment and Children's Emotional, Sociocultural and Brain Development*. Psychology Press.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (1975). *Development through life: A psychosocial approach* (pp. xiii, 399). Dorsey.
- Normand, C. (1978). Langue/parole: Constitution et enjeu d'une opposition. *Langages*, 12(49), 66-90. <https://doi.org/10.3406/lgge.1978.1922>
- Pierre, J. M., & Frances, A. (2016). Language in psychiatry: A bedevilling dictionary. *BJPsych Advances*, 22(5), 313-315. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.116.016238>
- Reyes, L., Aristegui, R., Krause, M., Strasser, K., Tomicic, A., Valdés, N., Altimir, C., Ramirez, I., De La Parra, G., Dagnino, P., Echávarri, O., Vilches, O., & Ben-Dov, P. (2008). Language and therapeutic change: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research*, 18(3), 355-362. <https://doi.org/10.1080/10503300701576360>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Scambler, G. (1998). Stigma and disease: Changing paradigms. *The Lancet*, 352(9133), 1054-1055. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08068-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08068-4)
- Spaniol, S., & Cattaneo, M. (1994). The Power of Language in the Art Therapeutic Relationship. *Art Therapy*, 11(4), 266-270. <https://doi.org/10.1080/07421656.1994.10759100>
- Steinhauer, P. D., Bradley, S. J., & Gauthier, Y. (1992). Child and adult psychiatry: Comparison and contrast. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 37(6), 440-449. <https://doi.org/10.1177/070674379203700616>
- Thiberge, M. (2012). Langage, langue et parole. *Empan*, 88(4), 69-75. <https://doi.org/10.3917/empa.088.0069>
- Thomas, P., & Fraser, W. (1994). Linguistics, human communication and psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 165(5), 585-592. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.5.585>
- Winer, J. A., & Anderson, J. W. (2013). *The Annual of Psychoanalysis, V. 29: Sigmund Freud and His Impact on the Modern World*. Routledge.
- Younes, M. M. A. (2021). Human Language, (Its Concept, Features and Functions). *Arabic Language, Literature & Culture*, 6(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.11648/j.allc.20210601.13>

Quando a identidade deixa de ser implícita à existência humana: a ténue fronteira entre a vivência do self normal e patológica

Sofia Carvalho, Afonso Carvalho Ramos, Bruno Vale Trancas

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

E-mails: sofia.carvalho@hff.min-saude.pt; afonso.ramos@hff.min-saude.pt; bruno.v.trancas@hff.min-saude.pt

Resumo

Julia Wendell é uma jovem polaca de 21 anos que foi notícia a nível internacional por afirmar de forma convicta ser Madeleine McCann, a criança britânica que desapareceu em Portugal em 2007. Sustenta a sua convicção com base em algumas semelhanças físicas e em vivências traumáticas na infância. Os testes de DNA realizados não confirmaram a sua convicção. São vários os casos de pessoas que alegam serem crianças desaparecidas, como Anna Anderson que afirmou ser a princesa Anastasia e Frédéric Bourdin que alegou ser o adolescente Nicholas Barclay. A comunidade científica debruçou-se sobre as razões para tais comportamentos: serão enquadradas em fenómenos psicopatológicos ou serão deliberadas, para obtenção de ganhos secundários?

Palavras-chave: Julia Wendell, alteração da vivência do eu, perturbação da identidade

Abstract

Julia Wendell is a polish 21 year old young woman who became known worldwide for claiming she is Madeleine McCann, the british child who vanished in Portugal in 2007. She stands her belief in some physical similarities between her and the missing child and in some traumatic experiences from her childhood. The DNA tests did not confirm her suspicion. There are various cases of people claiming to be children that vanished, as Anna Anderson, who claimed to be princess Anastasia, and Frédéric Bourdin, who believed he was Nicholas Barclay. Frequently, the scientific community aims to understand the reasons behind these behaviors: are they inserted in psychopathological phenomena or are they deliberated in order to obtain secondary gains?

Keywords: Julia Wendell, self disorders, identity disorders

Introdução

Ao longo dos tempos foram reportados inúmeros casos de pessoas que alegaram serem pessoas desaparecidas. Para além dos meios de comunicação social, estes casos despertaram a curiosidade da comunidade científica, que se debruçou sobre possíveis razões para tais alegações, especulando sobre a possibilidade de tais comportamentos serem enquadrados em fenómenos psicopatológicos ou, por outro lado, serem deliberados, para obtenção de ganhos secundários. Ao longo deste texto, pretende-se, a partir de informação divulgada sobre estes e outros casos, explorar possíveis achados psicopatológicos e tentar interpretá-los à luz da literatura atual sobre alterações da vivência do *self* e, eventualmente, outras perturbações.

Aquisição de uma nova identidade: perspetiva histórica de alguns casos

Após o desaparecimento de uma pessoa, é frequente que surjam especulações e teorias de conspiração. De forma mais surpreendente, por vezes surgem também indivíduos que assumem ser a pessoa desaparecida. A verdade é que a maioria destes casos tornou-se mediática, tendo alguns sido inspiração para filmes, séries e documentários, como o de Anna Anderson e o de Frédéric Bourdin. De forma a conseguirmos refletir sobre estes fenómenos, é importante explorar alguns desses casos, através de informações disponibilizadas pelos meios de comunicação social.

Franziska Schanzkowska ou Anna Anderson, foi a mulher mais conhecida a afirmar ser a princesa Anastasia Nikolaevna da Rússia, filha mais nova do antigo Czar Nicolau II. A princesa Anastasia foi assassinada juntamente com os seus pais e quatro irmãos a 17 de julho de 1918 na sequência de um ataque de revolucionários comunistas em Ecatemburgo, na Rússia. Contudo, durante muitos anos a localização do seu corpo permaneceu desconhecida, o que esteve na origem de múltiplas especulações sobre a hipótese de a princesa ter conseguido escapar. Durante cerca de 90 anos, o seu desaparecimento permaneceu um dos grandes mistérios da história. O corpo da princesa só foi descoberto e identificado através da análise de DNA em 2007. Até essa altura muitas foram as mulheres que

afirmaram ser a princesa desaparecida, mas apenas uma era verdadeiramente plausível. Anna Anderson nasceu na Polónia, em 1899. Após uma explosão na fábrica onde trabalhava, realizou uma tentativa de suicídio, em 1920, atirando-se de uma ponte em Berlim. Foi encontrada ainda com vida e, após a sua estabilização, uma vez que a sua identidade não havia sido identificada, Anna afirmava não se recordar do seu nome, bem como de outros dados autobiográficos, ficou internada num hospital psiquiátrico. Ao fim de dois anos “sem identidade”, revelou que estaria a recuperar algumas memórias autobiográficas, altura em que se identificou como sendo a grã-duquesa Anastasia, explicando com alguns detalhes como tinha escapado ao ataque. Muitas foram as pessoas que acreditaram na sua história, acabando até por ser ajudada por amigos e familiares da verdadeira princesa Anastasia. Contudo, com o passar dos anos, surgiram muitas dúvidas quanto à veracidade da sua história, acabando por ser levada a julgamento por familiares da princesa, acusando-a de ser uma impostora. Foi sujeita a vários processos judiciais, mas permaneceu sempre fiel à sua história e, por falta de provas consistentes, nunca foi condenada. Anna ganhou uma popularidade crescente, aparecendo em jornais e revistas durante décadas, inspirando também a criação de filmes e musicais. Faleceu no início do ano de 1984. Posteriormente, através de testes de DNA foi possível, finalmente, comprovar a verdadeira identidade de Anna Anderson: Franziska Schanzkowska. [1-3]

Outro caso mediático foi o de Frédéric Bourdin, nascido em 13 de junho de 1974, em França, e a quem a imprensa apelidou de *O Camaleão* por ter assumido centenas de identidades falsas, algumas de jovens desaparecidos. Frédéric não conheceu o pai e a sua relação com a mãe foi diversas vezes descrita como distante. Grande parte da sua infância foi passada na casa dos avós maternos, até aos 16 anos, quando foi colocado numa casa de acolhimento, de onde acabou por fugir tempos depois. Frédéric diz que foi após ter fugido dessa instituição que terá começado a identificar-se com identidades criadas pelo próprio e, posteriormente, assumiu identidades de adolescentes desaparecidos. Em 1997, afirmou ser Nicholas Barclay, um adolescente de 13 anos que desapareceu a 13 de junho de 1994, no Texas, Estados Unidos da América (EUA). Apesar da existência de incongruências, nomeadamente claras diferenças físicas, como a cor dos olhos, e o sotaque francês, Bourdin continuou a afirmar que era Nicholas, justificando o seu desaparecimento com um sequestro por um grupo de prostituição infantil, de onde alegadamente teria escapado e onde, de alguma forma, teria sido alterada a cor dos olhos. Conseguiu convencer a família do adolescente americano, que articulou o seu “regresso” aos EUA, chegando a viver com a mesma por um período de 5 meses. A sua verdadeira identidade foi revelada por um jornalista que estava a realizar um programa de televisão sobre o seu desaparecimento ao constatar múltiplas incongruências na sua história. [4,5]. Ao longo de muitos anos, Bourdin conseguiu infiltrar-se com identidades falsas em abrigos para jovens, orfanatos, escolas secundárias e hospitais, em vários países, para além dos EUA, como Espanha, Alemanha, Bélgica, Inglaterra, Irlanda, Portugal, Áustria, França, entre outros. Em setembro de 1998 Frédéric Bourdin acabou por ser levado a tribunal nos EUA, onde foi declarado culpado de perjúrio e de obtenção e posse de documentos falsos, e condenado a seis anos de prisão. Durante o julgamento, o seu comportamento foi comparado pelo Juiz a assassinato, pois Bourdin devolvera um filho a uma família e depois destruiu essa esperança. Frédéric justificou as suas ações na busca de validação e de amor, afirmando que preso ou não, era prisioneiro de si mesmo. Depois de ser libertado foi contactado por uma mulher que o teria visto nos meios de comunicação social, acabando por casar com ela em 2007. Em entrevista com a revista *The New Yorker*, quando questionado sobre se se tinha tornado uma pessoa nova respondeu não, este é quem eu sou [5,6].

Mais recentemente, em 2023, Julia Wendell, uma jovem polaca de 21 anos, foi notícia a nível internacional por afirmar de forma convicta, em redes sociais e programas de televisão, ser Madeleine McCann, a criança britânica que desapareceu em Portugal em 2007, enquanto estava de férias com os pais na Praia da Luz quando tinha 3 anos. O caso de Madeleine McCann continua até aos dias de hoje uma incógnita, e tornou-se um dos desaparecimentos mais mediáticos de sempre. Após anos de silêncio em relação a este caso, em fevereiro de 2023, Julia Wendell iniciou uma campanha nas redes sociais, criando uma página à qual chamou @iammadeleinemccan onde afirmou que seria Madeleine. Previamente já teria entrado em contacto com as autoridades polacas e britânicas, mas as suas alegações não foram validadas. Julia justificava as suas afirmações nas semelhanças físicas que partilhava com a menina desaparecida, nomeadamente a estrutura facial e o facto de ser portadora de uma anomalia ocular rara (coloboma da íris), publicando fotografias de ambas lado a lado para evidenciar tais semelhanças. Adicionalmente, alegava não se recordar de parte da sua infância, afirmando que a única memória que têm dessa altura é numa praia, referindo ainda ter tido uma história de vida pautada disfunção familiar e abuso sexual. A jovem polaca disse em entrevista à BBC Radio 4, que a sua crença de que era Madeleine intensificou-se quando viu que o esboço de um potencial suspeito no caso da criança desaparecida tinha semelhanças com a representação mental que tinha do seu próprio agressor. Em poucos dias a sua história tornou-se viral, conquistando mais de um milhão de seguidores nas redes sociais, sendo convidada para diversos programas de televisão. A sua família negou as alegações e mencionou

história de seguimento psicológico, expressando preocupação com os comportamentos da jovem, apelando a que procurasse tratamento. A análise de DNA veio demonstrar que Julia não era, efetivamente, a desaparecida criança britânica. Na sequência desta evidência, Wendell disse em entrevista à BBC *quero saber quem eu sou*. [7-9]

Alterações da vivência do eu

O conceito do Eu (“self”) é uma construção que foi sofrendo modificações ao longo do tempo, sendo sem dúvida uma temática complexa. A palavra “Eu” tem a vantagem de ser um termo técnico, logo possivelmente com um significado mais restrito, podendo apresentar-se como uma desvantagem quando se refere simplesmente à própria pessoa. Na prática, a maioria dos autores opta por usar de forma mais ou menos indistinta os termos “Eu” e “self”, pelo que neste texto serão usados como sinónimos. [10]

O conceito de *self* pode diferir de cultura para cultura, não existindo tradução direta para a palavra *self* em muitos idiomas. Desta forma, apesar de já muito discutido, trata-se de um conceito complexo e difícil de definir. Gazzaniga & Heatherton, em 2003, elaboraram uma definição sucinta, afirmando que o *self* inclui um corpo físico, processos de pensamento e uma experiência consciente de que alguém é único e se diferencia dos outros, o que envolve a representação mental de experiências pessoais. Embora essa definição destaque as características permanentes e universais, não discrimina as variações culturais e as mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento. [12] A verdade é que não há consenso sobre o significado exato de *self*.

Atualmente, fala-se da existência de cinco características formais do *self* ou da “vivência do eu”, são elas: vitalidade, atividade, unidade, identidade e limites. Jaspers (1997) descreveu 4 desses elementos (a atividade, a unidade, a identidade e os limites do eu) e Scharfetter (1981, 1995, 2003) adicionou a vitalidade como a quinta característica. É importante entendermos estes conceitos de forma a conseguirmos compreender e interpretar possíveis alterações dos mesmos. Começando pela *vitalidade*, significa capacidade de perceber que se está vivo e que se existe. Por *atividade* entende-se ter a consciência que somos o agente que inicia e executa as nossas ações e pensamentos. Os *limites* ou fronteiras do eu correspondem à capacidade de nos distinguirmos/diferenciarmos do mundo externo, de outras coisas ou seres, é a diferenciação entre o próprio e o resto do mundo. Consciência da *unidade* significa que em todos os momentos sabemos que somos uma pessoa, “só uma” pessoa. Por fim, a *identidade* do eu corresponde à capacidade de saber que somos nós mesmos ao longo do tempo e que existe continuidade na nossa biografia, fisionomia, género e origem genealógica. [10,11]

Verificou-se mais recentemente um novo interesse sobre o estudo do eu, principalmente no âmbito de patologias mentais, admitindo-se perturbações na forma como o indivíduo pensa e se avalia acerca de si mesmo, variando com o tipo de doença. [11] Cada uma das 5 características formais do *self* descritas por Jaspers e Scharfetter pode estar comprometida. Na psicopatologia descritiva, usa-se o termo perturbações do *self* para descrever as experiências internas anormais do eu que ocorrem na doença psiquiátrica.

No âmbito da temática que o presente texto se propõe a abordar, é prioritário perceber o que se entende por perturbações da identidade do *self*. Estas perturbações são caracterizadas por alterações na identidade do eu ao longo do tempo. De forma sucinta, podemos dentro dessas perturbações, incluir alteração completa da identidade, quando doentes, normalmente com esquizofrenia, acreditam não serem a mesma pessoa, passando a serem alguém completamente diferente. Adicionalmente, pode haver a sensação de perda de continuidade, experiência de menor intensidade que a vivência psicótica previamente descrita, ocorrendo na sua maioria em pessoas sem patologia, mas também pode estar associada a perturbações de personalidade. Nestes casos o doente sabe que as “duas pessoas”, antes e depois, são realmente ele, apesar de se sentir diferente em relação ao que era previamente. Alguns autores incluem nestas perturbações os “estados possessivos”. Embora nesses casos a alteração do estado de consciência seja um pré-requisito, o estado de possessão não ocorre apenas no contexto de episódios dissociativos. Pode ocorrer também em fenómenos de grupo (hipnose em massa) ou individualmente, em que o indivíduo age como se estivesse (e acredita que foi) tomado por outra entidade (espírito, força, divindade ou outra pessoa). Difere dos estados que ocorrem num contexto cultural ou religioso específico porque os estados possessivos patológicos são indesejados, estando associados a sofrimento, podendo prolongar-se para além das cerimónias, eventos ou outros contextos que os provocaram. Por fim, e muito raramente, pode ocorrer o fenómeno denominado de licantria, em que o indivíduo acredita que se transformou num animal. [10]

Assim, as perturbações da vivência do eu podem estar presentes em diferentes entidades nosológicas. São classicamente associadas à esquizofrenia, mas podem também ocorrer na perturbação depressiva, perturbação afetiva bipolar de ciclos rápidos, perturbação de personalidade *borderline* e histriónica e na perturbação dissociativa da

identidade (incluindo a perturbação de múltipla personalidade). Adicionalmente, também podem ser identificadas em indivíduos com epilepsia e pessoas sem patologia ou quadros de simulação.

Doença mental ou deliberado: fronteira entre a vivência do *self* normal e patológica

Muitas foram e são as especulações relativamente à relação entre o comportamento de afirmar ser uma pessoa desaparecida e doença mental. A principal pergunta que surge quando nos deparamos com esse comportamento é: será enquadrado em fenómenos psicopatológicos ou será deliberado, para obtenção de ganhos secundários?

Relativamente à Anna Anderson houve referência ao diagnóstico de esquizofrenia, no entanto nunca foi provado. [13] No caso de Frédéric Bourdin, levantou-se a hipótese de perturbação da personalidade antissocial, sendo que na declaração de um psiquiatra que o avaliou afirmou que *o prognóstico parece mais do que preocupante... estamos muito pessimistas quanto à modificação desses traços de personalidade*. [5]. Quanto a Julia Wendell, especulações foram feitas acerca da sua saúde mental, mas nenhum diagnóstico foi proferido com certeza, havendo apenas referência a *instabilidade emocional* e traços manipuladores da personalidade, numa pessoa que fora vítima de abuso sexual durante a infância.

Apesar de muitas vezes estes indivíduos serem rotulados de “impostores”, alguns psiquiatras, excluindo-se a procura de ganhos financeiros ou legais, como ocorre em quadros de simulação, levantam como hipótese a existência de doença mental como ansiedade, depressão, perturbações da personalidade e talvez até mesmo síndrome de Münchhausen. Esta síndrome, atualmente classificada como perturbação factícia pela *International Classification of Diseases 11th Revision* (ICD-11), pode ser dividida em perturbação factícia imposta pelo próprio ou a outro (*by proxy*). Relativamente à temática deste texto, pode ser relevante entender em que consiste esta perturbação. De forma breve, é definida pelo ato, em plena consciência, de fingir/falsificar ou provocar sinais e sintomas médicos, psicológicos ou comportamentais. O indivíduo apresenta-se como estando doente com base em sinais e sintomas fingidos, falsificados ou auto-induzidos. Estes comportamentos enganosos não são inteiramente motivados por recompensas ou incentivos externos, por exemplo financeiros ou legais, contrariamente à simulação, em que existem claros ganhos secundários como motivação para tal comportamento. [14]

Estes indivíduos acreditam que assumem essa identidade para obter simpatia e atenção, em busca do sentimento de pertença, da “fantasia” de que seria procurado, desejado, resgatado e cuidado pela família. Efetivamente, nos casos mediáticos descritos, somos capazes de destacar eventos *stressores* importantes, possivelmente envolvidos na etiologia deste comportamento, podendo ajudar a explicar o mesmo. Anna Anderson, esteve numa explosão na fábrica onde trabalhava e o seu marido faleceu na guerra; Frédéric Bourdin foi institucionalizado em adolescente e Julia Wendal refere ter sofrido abusos sexuais na infância.

Muitas vezes há um *continuum* em vez de uma separação estanque entre as patologias mais histeriformes, nomeadamente perturbações da personalidade, e a normalidade (no sentido de ausência de psicopatologia). Dessa forma, poder-se-á explicar o facto de, face à informação obtida através do que foi divulgado, sem se entrevistar estes indivíduos, não parecer haver uma associação clara entre este comportamento e as patologias descritas na literatura relacionadas com perturbações da vivência do eu.

Conclusão

À luz da literatura atual, não se encontra associação entre o comportamento de alegar ser uma pessoa desaparecida e doença mental. Seria necessário excluir outros achados psicopatológicos, que não são fornecidos pelos meios de comunicação social e pela literatura disponível. No entanto, excluindo-se patologia psicótica, nomeadamente esquizofrenia, que pode cursar com a presença de perturbações da vivência do eu, parece que a abordagem mais eficiente passa por compreender os motivos pelos quais levaram o indivíduo a assumir ser outra identidade.

Referências

1. Time Inc. (2009, May 26). *Top 10 imposters*. Time. Acedido a 25 de março de 2024, em https://content.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,1900621_1900618_1900620,00.html
2. Anna Anderson. DBpedia. Acedido a 25 de março de 2024, em https://dbpedia.org/page/Anna_Anderson
3. IMDb. Anna Anderson – Biography. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://www.imdb.com/name/nm1521074/bio/>

4. Time Inc. (2009a, May 26). *Top 10 imposters*. Time. Acedido a 25 de março de 2024, em https://content.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,1900621_1900618_1900789,00.html
5. Grann, D. (2008, August 4). *The many lives of Frédéric Bourdin*. The New Yorker. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://www.newyorker.com/magazine/2008/08/11/the-chameleon-annals-of-crime-david-grann>
6. Park, M., & Zdanowicz, C. (2019, April 5). *Why would someone claim to be a missing child?*. CNN. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://edition.cnn.com/2019/04/05/us/missing-teen-imposter/index.html>
7. Apr, N. H., & Apr, 19. (2023, April 19). *"Maddie McCann" girl's phone seized by police after disturbing find*. NZ Herald. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://www.nzherald.co.nz/world/madeleine-mccann-disappearance-police-seize-julia-wendells-mobile-phone-in-new-probe/VUDL4OIWXVGW7FGXXUGI6YMLQY/>
8. Mannie, K. (2023, April 6). *The DNA results are in: Woman who said she was Madeleine McCann not missing girl – national*. Global News. <https://globalnews.ca/news/9603699/madeleine-mccann-dna-test-results-polish-woman-julia-wendell/>
9. Feb, N. H., & Feb, 2. (2024, February 2). *Maddie McCann lookalike breaks silence, reveals why she claimed to be missing girl*. NZ Herald. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://www.nzherald.co.nz/world/madeleine-mccann-lookalike-julia-wendell-breaks-silence-reveals-why-she-claimed-to-be-missinggirl/MMUF6NLSLFHMBP6QOJAH5DGW64/>
10. Femi Oyeboode. (2022). *SIMS' SYMPTOMS IN THE MIND: textbook of descriptive psychopathology*. Elsevier Health Sciences.
11. Casey, P. R., & Kelly, B. (2019). *Fish's clinical psychopathology: Signs and symptoms in psychiatry*. RCPsych Publications.
12. Macedo, L. S., & Silveira, A. da. (2012). Self: Um conceito em Desenvolvimento. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(52), 281-290. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2012000200014>
13. Pereira, J. (2019, December 6). *A farsa de Anna Anderson, a Mulher Que Afirmava Ser Anastásia Romanov*. Aventuras na História. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/historia-anna-anderson-falsa-anastacia-romanov.phtml>
14. World Health Organization. World Health Organization. Acedido a 25 de março de 2024, em <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#790764418>

Ozzy Osbourne, o príncipe das trevas sob a lente da psiquiatria

Tânia Alves¹, Pedro Brito²

¹ Departamento de Psiquiatria, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. E-mail: tpvalves100@gmail.com.

² Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Locomotiva, Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. E-mail: pedro.qw@hotmail.com.

Resumo

Nascido em 1948, John Michael Osbourne responde por vários nomes, incluindo “Ozzy”, “Príncipe das Trevas”, “Príncipe do Heavy Metal” e “Homem de Ferro”. Oriundo de um bairro pobre em Birmingham, Ozzy alcançou o estrelato com a banda musical Black Sabbath na década de 1970 e, mesmo após ter sido expulso da banda, seguiu rumo a uma carreira a solo de grande sucesso. Porém, a música de Ozzy foi múltiplas vezes eclipsada pelas suas lendárias farras de drogas e álcool. Ozzy lutou constantemente contra várias adições (cocaína, álcool, sexo), com um profundo impacto quer em si próprio quer nos seus conviventes próximos. Neste trabalho, pretende-se revisitar a vida e obra deste artista à luz da psiquiatria, sob uma perspetiva psicodinâmica e sociocultural, com especial enfoque na problemática aditiva, nomeadamente nos fatores de vulnerabilidade para a ocorrência dos comportamentos aditivos e as dificuldades experienciadas por este artista ao longo da sua vida.

Palavras-chave: saúde mental, dependências, fatores de vulnerabilidade, traços de personalidade, hipótese da automedicação

Abstract

Born in 1948, John Michael Osbourne goes by several names, including “Ozzy”, “Prince of Darkness”, “Prince of Heavy Metal” and “Iron Man”. Coming from a poor neighborhood in Birmingham, Ozzy achieved stardom with the musical band Black Sabbath in the 1970s and, even after being kicked out of the band, went on to pursue a highly successful solo career. However, Ozzy’s music was often eclipsed by his drug and alcohol binges. Ozzy constantly fought against various addictions (cocaine, alcohol, sex), with a profound impact on himself and those close to him. In this work, we intend to revisit the life and work of this artist in the light of psychiatry, from a psychodynamic and sociocultural perspective, with a special focus on the addictive problematic, namely the factors of vulnerability for the occurrence of addictive behaviors and the difficulties experienced by this artist throughout his life.

Keywords: mental health, dependencies, vulnerability factors, personality traits, self-medication hypothesis

Introdução

John Michael Osbourne responde por vários nomes, incluindo “Ozzy”, “Príncipe das Trevas”, “Príncipe do Heavy Metal” e “Homem de Ferro”. Ao longo da sua carreira musical, Ozzy marcou todos aqueles que com ele se cruzaram e arrastou consigo toda uma legião de fãs que se mantiveram fiéis mesmo após a sua expulsão da banda. Assim, esta personalidade icónica merece uma adequada reflexão acerca da sua vida e obra, objetivo ao qual nos propomos na realização deste trabalho, com particular enfoque numa perspetiva psicodinâmica e sociocultural.

1. Infância conturbada e adolescência rebelde

John Michael Osbourne nasceu no ano de 1948 em Aston, Birmingham no Reino Unido. O seu pai Jack trabalhava como fabricante de ferramentas numa fábrica. A sua mãe Lilian era doméstica. Sendo o quarto numa fratria de seis, Ozzy tem três irmãs mais velhas (Jean, Iris e Gillian) e dois irmãos mais novos (Paul e Tony).

1.1. Fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações da adição

Os efeitos reforçadores das substâncias psicoativas dependem principalmente da **sinalização da dopamina no núcleo accumbens**, e a exposição crónica desencadeia neuroadaptações de mediação glutamatérgica nas vias estriato-tálamo-corticais da dopamina (predominantemente nas regiões corticais pré-frontais, incluindo o córtex orbitofrontal e o córtex cingulado anterior) e nas vias límbicas (amígdala e hipocampo) que, em indivíduos vulneráveis, pode resultar em dependência (Volkow ND et al., 2019).

Origens humildes	Os Osbournes residiam numa humilde casa de dois quartos, com apenas uma sanita no exterior da casa, sem acesso a sabão. <i>“Isso era um grande estigma para mim, tinha muita vergonha quando era miúdo, sentia-me sempre sujo.” – Ozzy Osbourne.</i>
Dificuldades de aprendizagem	<i>“Não percebemos que era disléxico. Pensávamos que aprendia devagar.” – Jean Osbourne (irmã).</i> <i>“Sentia muita vergonha porque devido à dificuldade de aprendizagem punham-me com um cone na cabeça... chamavam-me o burro da turma... e todos se riam de mim, o que me tornava mais reservado.” – Ozzy Osbourne.</i>
Pensamentos obsessivos e rituais	<i>“Sentia-me sempre apavorado. Era uma pessoa muito nervosa. O medo do fim iminente dominava a minha vida... convenci-me de que se pisasse rachas aconteceria uma coisa horrível, como a morte da minha mãe.” – Ozzy Osbourne.</i> <i>“Quando o meu pai dormia de dia, passava-me pensando que tinha morrido. Tinha de picá-lo para ver se ainda respirava.” – Ozzy Osbourne.</i>
Abandono escolar precoce e instabilidade laboral	<i>“Com 16 anos já estava na rua. Não queria um emprego. Odiava ir trabalhar de manhã. Nunca conseguia manter um emprego das nove às cinco. Fui canalizador, construtor... um dos meus trabalhos foi num matadouro... passava o dia quase todo a vomitar.” – Ozzy Osbourne.</i>
Comportamentos antissociais	<i>“O John saía, bebia, metia-se em lutas e era só isso. Via o John sempre metido em problemas. O nosso pai estava sempre a repreendê-lo” – Paul Osbourne (irmão).</i> <i>“Sim, arrombei uma loja nas traseiras da minha casa (...) Não era um criminoso de carreira. Acho que até queria ser apanhado para ser aceite pelos bandidos. Não queria ir para a prisão, mas foi lá que fui parar.” – Ozzy Osbourne.</i>

Tabela 1. A infância e adolescência de Ozzy Osbourne.

Excertos retirados do Documentário Autobiográfico: *The Nine Lives of Ozzy Osbourne* (2020)

As perturbações da adição progridem frequentemente da utilização social da substância psicoativa para uma compulsão de a consumir. Foi demonstrado que esta progressão é consequência de uma variedade de fatores de risco, incluindo **elementos genéticos, epigenéticos e psicossociais**. Consequentemente, apenas uma pequena percentagem da população que alguma vez utilizou estas substâncias desenvolve a perturbação (Montesinos J. et al., 2022).

Os **fatores de risco psicossociais** para o uso nocivo de substâncias psicoativas desde uma idade jovem incluem (Centers for Disease Control and Prevention, 2022):

- História familiar de uso de substâncias;
- Atitudes parentais favoráveis em relação ao comportamento;
- Má supervisão parental;
- Rejeição familiar de orientação sexual ou identidade de género;
- Associação com colegas delinquentes ou utilizadores de substâncias;
- Falta de conexão escolar;
- Baixo desempenho académico;
- Abuso sexual infantil;
- Problemas de saúde mental.

No caso de Ozzy Osbourne, salientam-se a fraca supervisão parental, a associação com colegas delinquentes e utilizadores de substâncias, a falta de conexão escolar, o baixo desempenho académico e problemas de saúde mental, tal como podemos constatar pela análise da Tabela 1.

2. Black Sabbath: a ascensão meteórica, os excessos e a expulsão da banda

Thelma e Ozzy conheceram-se em 1971 numa discoteca em Birmingham e casaram-se pouco tempo depois. Deste casamento nasceram os seus filhos Jessica e Louis.

Em fevereiro de 1970, os Black Sabbath lançaram o seu primeiro álbum homónimo e posteriormente lançaram álbuns todos os anos até meados da década de 1970, exceto no ano 1974. Após a digressão de *Never Say Die* (1978),

Ozzy Osbourne foi expulso da banda. Um período de desespero e abuso de drogas culminou no divórcio de Thelma no ano 1982. Ozzy acabaria por se casar com a sua empresária Sharon Arden nesse mesmo ano. Sharon e Ozzy tiveram 3 filhos: Aimee, Kelly e Jack.

A última fase da vida de Ozzy tem sido marcada por uma série de eventos trágicos: o cancro do intestino de Sharon, o acidente de Ozzy enquanto conduzia uma moto 4 e o diagnóstico de doença de Parkinson. Em 2016, esteve prestes a divorciar-se de Sharon devido aos seus casos extraconjugais, referindo que apresentava adição sexual (o que no léxico médico se designa por perturbação do comportamento sexual compulsivo).

Quem é Ozzy Osbourne?	<i>“Acho que todos temos um lado selvagem... tenho dupla personalidade... o Ozzy Osbourne e o John Osbourne são duas pessoas diferentes.” – Ozzy Osbourne.</i> <i>“É o louco mais irresistível que alguma vez conhecerão... é o verdadeiro homem de ferro.” – Kelly Osbourne.</i>
Sexo, drogas e rock and roll	<i>“No verão de 1972, estávamos em Los Angeles para gravar um novo álbum em honra da nossa nova paixão, a cocaína. No verso do álbum diz ‘queremos agradecer à Coca-Cola Company de Los Angeles’. Referíamos-nos à cocaína.” – Ozzy Osbourne.</i> <i>“Pensava que o dinheiro compraria e resolveria tudo (...) mas o dinheiro comprava o álcool e as drogas. A forma como tratei a Thelma foi errada. A ela e às crianças.” – Ozzy Osbourne.</i> <i>“Fomos até Beverly Hills para escrever um pouco (...) alugámos uma casa em Bel Air. E custava-nos muito dinheiro, dinheiro esse que não tínhamos na altura. E ele só queria saber de apanhar bebedeiras.” – Terry Betler (membro dos Black Sabbath).</i>
Expulsão da banda	<i>“Mande vir álcool do Gil Turner, cocaína de um traficante e uma rapariga para dar umas cambalhotas (...) A minha mulher quer o divórcio, o meu pai morreu e a minha banda despediu-me. Foi um dos pontos mais baixos da minha vida.” – Ozzy Osbourne.</i>
Os momentos mais loucos de Ozzy – a culpa está nas drogas?	<i>“Chegou a um ponto em que as pessoas esperavam loucuras cada vez maiores... As pessoas imaginam. Elas criaram o Ozzy, não fui eu. Eu só cometi o erro de morder a cabeça de um morcego.” – Ozzy Osbourne.</i> <i>“E ele só me disse: decidimos que tens de morrer. E ele estava calmo, muito calmo. E de repente atirou-se a mim. Mergulhou sobre mim e começou a estrangular-me. Estava no chão com ele em cima de mim. Pus-me a procurar coisas na mesa e senti o botão de pânico. (...) acho que nunca senti tanto medo.” – Sharon Osbourne (esposa).</i>
Automedicação após a notícia do cancro de Sharon	<i>“O Ozzy automedicou-se por causa do que me tinha acontecido.” – Sharon Osbourne.</i> <i>“Ver a minha mãe doente era algo que ele não aguentava.” – Kelly Osbourne (filha).</i>

Tabela 2. As farras, os excessos e a automedicação. Excertos retirados do Documentário Autobiográfico: *The Nine Lives of Ozzy Osbourne* (2020)

2.1. A teoria da vinculação e as perturbações do uso de substâncias

Do ponto de vista psicodinâmico, pessoas que vivenciam uma vinculação insegura e experiências negativas na infância apresentam um maior risco de desenvolver problemas comportamentais e perturbações do uso de substâncias ao longo da adolescência e idade adulta. Na década de 1970, Edward Khantzian e David Duncan desenvolveram a chamada **hipótese da automedicação** (SMH, do inglês self-medication hypothesis), segundo a qual a utilização indevida de substâncias é conceptualizada não apenas como uma busca de prazer, mas também como uma ferramenta para lidar com estados afetivos desconfortáveis, numa busca por contacto e conforto (Tronnier CD, 2015; Gill R, 2014). Assim, uma baixa autoestima e relações interpessoais insatisfatórias ou instáveis podem deixar os indivíduos predisponentes aos efeitos das substâncias aditivas (Gill R, 2014). Uma substância pode, portanto, criar a sensação de ter uma base segura, e os comportamentos aditivos podem ser entendidos como tentativas de autorregulação (Flores PJ, 2004). Uma relação com as substâncias pode então se tornar numa espécie de vinculação, que atua quer como um obstáculo quer um substituto para as relações interpessoais (Flores PJ, 2006).

Diversos estudos demonstram que consumidores de múltiplas substâncias geralmente apresentam maior prevalência de vinculação insegura e de perturbações da personalidade, bem como maior presença de emoções negativas (Unterrainer HF, 2016; Unterrainer HF, 2017).

2.2. As teorias da personalidade e o caso de Ozzy Osbourne

Modelo dos cinco fatores

Uma das classificações de personalidade mais utilizadas é conhecida como o Modelo dos cinco fatores (Costa e McCrae, 2000), de acordo com o qual existem cinco fatores amplos: **extroversão** (extrovertido/enérgico vs. solitário/reservado), **agradabilidade** (amigável/compassivo vs. desafiador/desapegado), **conscienciosidade** (eficiente/organizado vs. descontraindo/descuidado), **neuroticismo** (sensível/nervoso vs. seguro/confiante) e **abertura à experiência** (inventivo/curioso vs. consistente/cauteloso).

Um estudo realizado por Zilberman et al. (2018) revelou que a personalidade das pessoas com **perturbação do comportamento sexual compulsivo e perturbações do uso de substâncias** é notavelmente **semelhante** no que diz respeito aos cinco principais fatores da personalidade. Ambos os grupos apresentam uma **baixa pontuação na agradabilidade e conscienciosidade e uma alta pontuação no neuroticismo**.

No caso de **Ozzy Osbourne**, pela análise dos excertos aqui apresentados, parece observar-se uma tendência para atitudes mais impulsivas, descuidadas e menos confiáveis (ou seja, **baixa conscienciosidade**), colocar o interesse próprio acima do relacionamento com os outros (ou seja, **baixa agradabilidade**) e uma tendência para a instabilidade emocional e o vivenciar de emoções negativas, como a raiva, a ansiedade e a depressão (ou seja, um **alto nível de neuroticismo**).

Modelo de Cloninger

Uma segunda classificação comum refere-se ao modelo biossocial de personalidade de Cloninger (Cloninger CR et al., 1993), que enfatiza o contexto biológico da personalidade. De acordo com este modelo, a personalidade pode ser avaliada por quatro dimensões hereditárias de temperamento da personalidade e três dimensões adicionais de caráter.

As quatro dimensões do temperamento são: a **procura por novidades**, correspondendo à tendência inata de responder ativamente a novos estímulos; **evitamento do dano**, que consiste na tendência inata a uma resposta inibitória a sinais de estímulos aversivos que levam ao evitamento de punição; **dependência de recompensa**, compreendendo a tendência inata a respostas positivas a sinais de recompensa na manutenção de comportamentos; por último, a **persistência**, que consiste na capacidade inata de manter comportamentos apesar da frustração e do cansaço.

As três dimensões do caráter são: o **autodirecionamento**, que compreende a capacidade de um indivíduo controlar, regular e adaptar seu comportamento de acordo com objetivos e valores escolhidos; a **cooperação**, que consiste na tendência à tolerância social, empatia, ajuda e compaixão; por fim, a **autotranscendência**, compreendendo a tendência à espiritualidade.

Foi encontrada, quer para as perturbações do uso de substâncias, quer para a perturbação do comportamento sexual compulsivo, uma correlação com **uma maior prevalência de procura por novidades**, que se relacionou com uma toma de decisões impulsiva. Ambas as perturbações se relacionaram igualmente com um **baixo autodirecionamento** (Efrati Y et al., 2021).

No caso de **Ozzy Osbourne**, mais uma vez pela análise dos excertos apresentados, podemos observar um padrão que poderá ser compatível com **a elevada procura por novidades e um baixo evitamento do dano** (evidenciada pelos variados comportamentos de risco que tem apresentado de forma repetitiva ao longo da vida), bem como uma elevada **dependência da recompensa**, procurando frequentemente um estilo de vida hedónico. Podemos ainda considerar que poderá existir um **baixo autodirecionamento**, sendo que Ozzy várias vezes não foi capaz de controlar o seu comportamento rumo aos seus objetivos de vida, tendo sido por exemplo expulso da sua banda.

Salientamos que esta análise não apresenta validade científica, pois trata-se de uma interpretação simplista efetuada pelos autores deste trabalho, que se baseia apenas em aspetos narrados pelo próprio Ozzy Osbourne em documentário autobiográfico. Uma análise validada da personalidade não dispensa uma entrevista psiquiátrica estruturada e a aplicação de escalas cientificamente validadas.

3. A vida narrada na música

A discografia de Ozzy Osbourne recorre frequentemente aos temas da doença mental e das drogas, deixando em aberto à interpretação do ouvinte se algumas destas passagens corresponderão às suas próprias vicissitudes de vida, bem como as suas lutas internas (bem como dos restantes membros da banda Black Sabbath). A tabela 3 ilustra alguns destes exemplos.

Música	Versão original em Inglês	Tradução para Português
Paranoid (1970) Álbum: Paranoid	<i>Finished with my woman</i> <i>'Cause she couldn't help me with my mind</i> (...) <i>All day long I think of things</i> <i>But nothing seems to satisfy</i> <i>Think I'll lose my mind</i> <i>If I don't find something to pacify</i>	Terminei com a minha mulher Porque ela não me poderia ajudar com a minha mente (...) Todo o dia eu penso em coisas Mas nada parece satisfazer Acho que vou perder a cabeça Se não encontrar algo para pacificar
Snowblind (1972) Álbum: Vol.4	What you get and what you see Things that don't come easily Feeling happy in my vein Icicles within my brain (cocaine) Something blowing in my head Winter's ice, it soon will spread Down to freeze my very soul Makes me happy, makes me cold	O que se obtém e o que se vê Coisas que não vêm facilmente Me sentindo feliz na minha veia Pingentes de gelo dentro do meu cérebro (cocaína) Algo soprando na minha cabeça O gelo do inverno, logo se espalhará Descendo para congelar a minha alma Me faz feliz, me deixa com frio
Suicide Solution (1980) Álbum: Blizzard of Ozz	<i>Breaking laws, knocking doors, but there's no one at home</i> <i>Made your bed, rest your head, but you lie there and moan</i> <i>Where to hide, Suicide is the only way out</i> Don't you know what it's really about	Quebrando leis, batendo portas, mas não há ninguém em casa Arrumaste a tua cama, descansaste a sua cabeça, mas ficas aí deitado e gemes Onde se esconder, o suicídio é a única saída <i>Não sabes do que se trata realmente</i>
Diary of a Madman (1981) Álbum: Diary of a Madman	<i>Diary of a madman</i> <i>Walk the line again today</i> <i>Entries of confusion</i> <i>Dear diary, I'm here to stay</i> <i>Manic depression befriends me</i> Hear his voice Sanity, now it's beyond me There's no choice (...) Voices in the darkness Scream away my mental health Can I ask a question To help me save me from myself?	Diário de um louco Anda na linha novamente hoje Entradas de confusão Querido diário, estou aqui para ficar A depressão maníaca é minha amiga Ouve a voz dela Sanidade, agora está além de mim Não há escolha (...) Vozes na escuridão Afugentam a minha saúde mental Posso fazer uma pergunta <i>Para me ajudar a salvar-me de mim mesmo?</i>

Tabela 3. Excertos de músicas de Ozzy Osbourne

3.1. A cultura do Heavy Metal e o comportamento de Ozzy

A banda Black Sabbath, formada em 1968, é considerada como a banda pioneira do heavy metal. Durante a década de 1970, este género musical foi fortemente criticado e estigmatizado devido ao facto de as músicas frequentemente abordarem temas que incluíam a violência, o uso de drogas, o suicídio (ver Tabela 3 – Suicide Solution), sexo promíscuo e satanismo. O apelido de Ozzy Osbourne, “Príncipe das Trevas”, reflete igualmente a simbologia satânica, sombria e de morte que foi historicamente incorporada no heavy metal.

Um dos temas recorrentes desta banda é o abuso de substâncias (Hale C, 2020). O álbum mais distinto sobre a sua utilização é o Vol. 4 (1972), álbum que foi fortemente influenciado pela cocaína. Snowblind era o título original do álbum, sendo a música gravada com este nome o grande destaque do álbum. O título original foi rejeitado pela gravadora por fazer referência à utilização de drogas. Numa entrevista realizada em 2013, os membros da banda referem ter gasto cerca de 75 mil dólares em cocaína durante a produção do álbum. A capa do álbum também contém simbologia relacionada à cocaína. A parte de trás do álbum contém a mensagem: “Desejamos

agradecer à grande Coca-Cola Company de Los Angeles”. Este é um elogio feito pela banda à cocaína usada durante a produção do álbum (ver Tabela 2 – Sexo, drogas e rock and roll).

Numa entrevista realizada em 2018, quando questionado sobre o que diria às pessoas que pensavam que os Black Sabbath eram satânicos, Ozzy Osbourne respondeu: “Não sou um homem que venera o diabo. Quando os Black Sabbath começaram, fomos convidados a ir a um cemitério à meia-noite. Dissemos-lhes: A nossa imagem (sombria) é uma piada”.

Considerações Finais

A música de Ozzy mergulhou na escuridão da psique humana, explorando temas como a adição e a saúde mental. Embora o conteúdo das suas letras seja controverso, não há como negar o efeito catártico que teve em inúmeros fãs ao redor do mundo. A honestidade com que Ozzy confrontou publicamente as suas próprias lutas e as compartilhou através da sua música criou uma íntima conexão com o seu público, sendo que a sua influência vai muito além da música. A excentricidade, as bizzarias no palco e fora dele e os excessos serão sempre lembrados como fazendo parte da personalidade de Ozzy Osbourne.

Do seu estilo vocal distinto à sua cativante presença de palco, ele deixou uma marca indelével na paisagem do rock e do metal. Ozzy Osbourne será para sempre celebrado como o louco que desafiou as normas e abriu o caminho para gerações futuras de artistas.

Referências bibliográficas

- Biography: The Nine Lives of Ozzy Osbourne* (2020). (Documentário) – Director: Greg Johnston; Writer: Christina Keating.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50(12): 975-990. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Efrati, Y., Kraus, S. W., & Kaplan, G. (2021). Common Features in Compulsive Sexual Behavior, Substance Use Disorders, Personality, Temperament, and Attachment-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. Dec 28; 19(1), 296. doi: 10.3390/ijerph19010296. PMID: 35010552; PMCID: PMC8751077.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Oxford: Jason Aronson.
- Flores P. J. (2006). Conflict and repair in addiction treatment: An attachment disorder perspective. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(1), 5-26.
- Gill, R. (2014). *Addictions From an Attachment Perspective: Do Broken Bonds and Early Trauma Lead to Addictive Behaviours?* (The John Bowlby Memorial Conference Monograph 2013 – The Bowlby Centre Monograph Series); First edition, 2014; by Richard Gill Paperback. ISBN-13: 978-1-78220-107-6.
- Hale, C. (2020). *How cocaine influenced British rock and metal culture from 1964-1980*. Masters thesis, University of Huddersfield. This version is available at <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/35410/>.
- High-Risk Substance Use Among Youth – Centers for Disease Control and Prevention*; available at: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/substance-use/index.htm> (Last Reviewed: September 29, 2022).
- Montesinos, J., Montagud-Romero, S., & Núñez, C. (2022). Editorial: Unraveling vulnerability factors in addiction drug use and potential treatments. *Front Neurosci*. Jul 29; 16, 958492. doi: 10.3389/fnins.2022.958492. PMID: 35971562; PMCID: PMC9374589.
- Tronnier, C. D. (2015). Harnessing Attachment in Addiction Treatment: Regulation Theory and the Self-Medication Hypothesis, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(3), 233-251, DOI: 10.1080/1533256X.2015.1056529.
- Unterrainer, H. F., Hiebler, M., Ragger, K., Froehlich, L., Koschutnig, K., Schoeggl, H., et al. (2016). White matter integrity in polydrug users in relation to attachment and personality: a controlled diffusion tensor imaging study. *Brain Imaging Behav*, 10, 1096-107. 10.1007/s11682-015-9475-4.
- Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Koschutnig, K., Fuchshuber, J., Tscheschner, S., Url, M., et al. (2017). Addiction as an attachment disorder: white matter impairment is linked to increased negative affective states in poly drug use. *Front Hum Neurosci*, 11, 1-11. 10.3389/fnhum.2017.00208.
- Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev*, Oct 1; 99(4), 2115-2140. doi: 10.1152/physrev.00014.2018. PMID: 31507244; PMCID: PMC6890985.
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality Profiles of Substance and Behavioral Addictions. *Addict. Behav.* 82, 174-181.

Para sempre belo: a Síndrome de Dorian Gray

Maria Mouzinho, Ana Pedro Costa

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

email: mouzinho.maria@gmail.com; anapedrocosta92@gmail.com

Resumo

A síndrome de Dorian Gray trata-se de um fenómeno cultural e social caracterizado pelo orgulho extremo na aparência física e autoimagem, com a concomitante dificuldade em aceitar o envelhecimento natural do corpo. A síndrome surge da sobreposição de entidades nosológicas como a perturbação da personalidade narcisista, a perturbação dismórfica corporal e a parafilia. Em termos psicodinâmicos, o doente oscila entre um padrão global de grandiosidade em relação à noção de beleza intemporal, que o próprio necessita de reconhecer como sua, uma incapacidade de amadurecer psicologicamente e o recurso excessivo a produtos e procedimentos estéticos que o permitam permanecer jovem. O termo refere-se ao protagonista do romance de Oscar Wilde de 1891, um homem excecionalmente bonito, cego pelo hedonismo e desmedido amor-próprio, que procura escapar da devastação do tempo vendendo a sua alma. A síndrome não é reconhecida pelo DMS-5, no entanto tem sido, desde 2001, descrita por vários autores.

Palavras-chave: Síndrome de Dorian Gray, Perturbação dismórfica corporal, Perturbação da personalidade narcisista, Parafilia

Abstract

Dorian Gray Syndrome is a cultural and social phenomenon characterized by the extreme pride in one's physical appearance and self-image, with the concomitant difficulty in accepting the natural aging of the body. The syndrome arises from the overlap of nosological entities such as narcissistic personality disorder, body dysmorphic disorder and paraphilia. In psychodynamic terms, the patient oscillates between a persistent pattern of grandiosity, in relation to the idea of timeless beauty, which he himself needs to recognize has his own, an inability to mature psychologically and the excessive use of aesthetic products and procedures to maintain a youthful appearance. The term refers to the protagonist of Oscar Wilde's 1891 novel, an exceptionally handsome man, blinded by hedonism and excessive self-love, who seeks to escape the harshness of time by selling his soul. The syndrome is not recognized by DSM-5, however it has been described by several authors since 2001.

Keywords: Dorian Gray Syndrome, body dysmorphic disorder, narcissistic personality disorder, paraphilia

Introdução

A síndrome de Dorian Gray foi descrita pela primeira vez pelo psiquiatra alemão Burkhard Brosig em 2001. Nos seus trabalhos, são descritos inúmeros casos de doentes incapazes de aceitar as mudanças físicas provocadas pelo envelhecimento, que buscam incessantemente tratamentos e produtos estéticos que retardam os efeitos naturais da idade. Com este trabalho, pretende-se realizar uma revisão da bibliografia publicada até à data sobre o tema, bem como uma reflexão sobre a obra e a personagem criada por Oscar Wilde, que terá dado origem ao epónimo.

Quem era Oscar Wilde?

Nascido em 1854, Oscar Wilde não foi um dos escritores que o tempo tende a esquecer. As questões colocadas pela sua vida e arte ainda são tão relevantes como eram há um século. Numa Era Vitoriana, onde a literatura realista e as suas descrições formais dominavam toda uma sociedade, Wilde e os seus pensamentos revolucionários trouxeram para a literatura não apenas uma forma extravagante de escrever, mas também uma coleção de temas e sensações, para os quais as pessoas não estavam preparadas e não compreendiam.

O conceito apresentado por Wilde ainda não é totalmente identificável. Após aderir aos ideais decadentistas, Wilde introduziu o mundo da estética na ficção, criando um conceito pessoal de Decadentismo, o movimento que se opunha ao Realismo.

O Retrato de Dorian Gray, o seu primeiro e único romance, foi o início dessa mesma era, em que Wilde expandiu a sua própria visão da arte e também da repressão que a sociedade exercia sobre as pessoas. O romance, como ele próprio referia, é uma “reflexão sobre a arte” e um estudo sobre a esfera que a vida e a arte pareciam partilhar, simultaneamente com as consequências éticas que estes conceitos poderiam trazer. O objetivo de Wilde era reunir a arte e a estética na moralidade da sociedade em que vivia. Além do seu ódio absoluto pelos ideais do realismo natural (a paixão pela natureza, pela vida e pelos seus factos reais e objetivos), Wilde desenvolve o movimento estético da Arte pela Arte: a arte com total valor por ela mesma, independente de fatores mundanos exteriores. Cria uma filosofia de vida que coloca a paixão estética (a arte) no centro da condição humana. Esta ideia é expressa por Wilde através de uma das personagens do seu romance, Basil Hallward, em “Não há nada que a arte não possa expressar” (Wilde, 1890).



Figura 1. Oscar Wilde

(<https://images.app.goo.gl/9dEBRdfH56iHbB2D9>)

O pensamento estético e artístico de Oscar Wilde

Wilde enfatiza a insignificância da vida real em relação à arte. Citando Wilde, “Se algo é útil ou necessário para nós, se de alguma forma nos afeta ou nos causa sofrimento, se é uma parte essencial do ambiente em que vivemos, está fora da esfera da arte”. Para Wilde, nada do que nos acontece é relevante para a arte em si. Além disso, defendia que não é a época que molda a arte, mas é a arte que transmite à época o seu carácter: “Longe de responder às questões que a época imputa, a arte responde a questões que nunca foram colocadas pela época”. Consequentemente, Wilde considerou a vida como uma condição plana da humanidade, um estado plano de existência. Para ele, não havia contribuição possível que a vida pudesse dar à arte: “O artista pode fazer qualquer tipo de milagre, porque a arte visa a perfeição dentro de si e não no exterior, na vida, onde não há milagres”. (Fryer, 2005)

Adicionalmente, o principal padrão deste novo movimento baseava-se na ideia de que a vida imita a arte, mas o sentido inverso não seria aceitável: a arte nunca imitaria a vida. Era crença de Wilde que era “a pintura de Corot que revelara a encantadora névoa prateada dos nossos rios” e “as mulheres começaram a gostar de mulheres quando Renoir as pintou” ou mesmo “a arte faz-nos amar a natureza muito mais do que gostaríamos se a arte não existisse”. Acreditava que os segredos da natureza só foram revelados ao mundo depois da arte os ter retratado. Além disso, a arte proporciona enriquecimento espiritual na vida, enchendo-a de conceitos e sensações que o mundo real, após adotá-los, poderia utilizar para o seu autoaperfeiçoamento. Consequentemente, a literatura antecipa a vida, nunca

a copiando: as personagens refletem um motivo para o percurso da existência humana, reproduzindo, nas suas vidas, os capítulos da literatura (Beckson, 1970).

Por último, o aspeto controverso da teoria de Wilde é finalmente discutido: a exaltação da mentira como base da arte. Esta ideia surge como uma sequência progressiva das anteriores. Seguramente, a arte deveria rejeitar a fidelidade e a exatidão (mais uma vez, isto ilustra o ódio que Wilde revela pelo realismo) e optar pelo uso da mentira e da omissão. Como resultado disso, a imaginação desenvolve-se, portanto, na sua essência natural, não apenas dependendo da razão ou da observação, mas agindo de forma contrária às mesmas. A mentira, no conceito de Wilde, não se confunde com o objeto comum do qual somos mais ou menos vítimas, mas sim com uma tentativa consciente e deliberada de falsificar: “A mentira é o ato de contar coisas bonitas, ainda que falsas, que é a finalidade exclusiva da arte”, afirmando, assim, a sua total oposição ao realismo. Wilde defende assim o bom mentiroso, aquele que assume o real significado da mentira, defendendo que a verdadeira mentira “é a afirmação pura que não esconde a própria evidência”. Logo, da conjugação do conceito de arte e mentira de Wilde resulta na nova mentira artística, (que não se baseia apenas na realidade, em fatos, relatórios e documentos, tão comuns durante a época de Wilde e os quais ele considerava uma tremenda ofensa à literatura) parecendo ser a única forma confiável de produzir arte. Segundo este princípio, a literatura exige distinção, encanto, beleza e poder imaginativo. Wilde referiu-se à maioria dos escritores de seu tempo como “produtores de narrativas de mau gosto, sobre o plano e a vida pobre da classe baixa, cujo comportamento não mostra nenhum interesse. As personagens mais atraentes foram aquelas que nunca existiram de fato. O lado interessante dos heróis é a máscara usada por cada um deles, não a realidade que a máscara esconde”. (Fryer, 2005)



Figura 2. O Retrato de Dorian Gray

(Fonte: <https://images.app.goo.gl/XjzoacnukPCKQqee9>)

Quem é Dorian Gray?

Dorian Gray é o protagonista do romance “O Retrato de Dorian Gray” de Oscar Wilde, publicado em 1891. Na história, Dorian Gray é um típico aristocrata britânico da época vitoriana, jovem e excepcionalmente bonito, que é desenhado pelo hedónico artista Basil Hallward. Ao olhar para o quadro finalizado, Dorian percebe, que, com o passar do tempo, ele envelhecerá, enquanto o seu retrato permanecerá sempre o mesmo, belo e puro. É, mais tarde, o narcisismo de Dorian o vício que o arrasta para um pacto faustiano (com o Diabo). Consequentemente, Dorian

permanece para sempre jovem e deslumbrante, enquanto o seu retrato se deteriora como resultado da sua gradual corrosão moral interior. Além disso, a sua busca incessante por novas sensações, comportando-se com um dandy, terminará com a morte de Dorian Gray, pela mesma faca com quem tenta destruir o quadro enfeitado, o seu alter ego, que, enquanto reflete todos os crimes por si cometidos, desvenda a sua horrível, verdadeira face.

A Síndrome de Dorian Gray

A Síndrome de Dorian Gray foi descrita pela primeira vez pelo psiquiatra alemão Burkhard Brosig em 2001. Nos seus trabalhos, são descritos inúmeros casos de doentes incapazes de aceitar as mudanças físicas provocadas pelo envelhecimento, que buscam incessantemente tratamentos e produtos estéticos que retardam os efeitos naturais da idade. A síndrome surge da sobreposição de entidades nosológicas como a perturbação da personalidade narcisista, a perturbação dismórfica corporal (no espectro da perturbação obsessiva-compulsiva) e a parafilia. Em termos psicodinâmicos, os doentes tendem a demonstrar (Brosig, 2001):

- Um padrão global de grandiosidade em relação à noção de beleza intemporal, que o próprio necessita de reconhecer como sua;
- Preocupação excessiva pela aparência física;
- Atenção desproporcional a defeitos mínimos (e, por vezes, imaginários) na morfologia externa, que, quando não solucionados, poderão resultar numa maior necessidade de isolamento social (podendo atingir uma intensidade fóbica) – regressão narcísica;
- Vontade patológica de preservar a juventude, com recurso excessivo (por vezes abusivo) a produtos e procedimentos estéticos para mudar a aparência;
- Baixa-autoestima e baixa tolerância à frustração;
- Incapacidade de amadurecer psicologicamente;
- Traços mal-adaptativos da personalidade.

A Síndrome de Dorian Gray pode ser considerada uma variante da Perturbação Dismórfica (PDC) corporal devido às semelhanças semiológicas entre as duas condições. Indivíduos com ambas as condições apresentam preocupação excessivas, na maioria das vezes com um carácter obsessivo e incapacitante, com a sua aparência física (predominantemente com falhas ou imperfeições não reais, mas que são percecionadas como tal). Preeminentemente, os doentes iniciam comportamentos repetitivos e compulsivos para aliviar o seu sofrimento, submetendo-se a infundáveis intervenções cosméticas e ininterruptas verificações à sua aparência. Os fatores psicológicos subjacentes, a baixa autoestima e uma autoimagem distorcida, são partilhados pela síndrome de Dorian Gray e a PDC (Nicewicz, 2022).

A busca pela juventude eterna não é um fenómeno do século XXI, sendo inclusive anterior à Era Vitoriana. Esta é, provavelmente, tão antiga quanto a civilização. Histórias de mulheres e homens que usam todos os tipos de materiais, desde bizarros até completamente tóxicos, para realçar a sua beleza, são encontradas em culturas de todo o mundo. A fonte da juventude e a pedra filosofal, ambas consideradas meios para atingir a eterna juventude e imortalidade, inspiraram a arte e a literatura ao longo dos séculos. Contemporaneamente, os efeitos da idade podem ser abrandados pela medicina estética e pela cirurgia. A maioria das culturas tradicionais abraça e acolhe a idade, sendo os adultos mais velhos respeitados pela sua experiência e sabedoria. No entanto, algumas culturas modernas associam a idade à doença, ao obsoleto, considerando-a uma doença que necessita de tratamento. A indústria cosmética moderna e os meios de comunicação social glorificam a juventude e reforçam esta crença, dando foco ao “anti-envelhecimento” em oposição ao “envelhecimento saudável” (Mehta et al., 2023).

A globalização e, com ela, as redes sociais, influenciam fortemente as atitudes face aos tratamentos estéticos (Mehta-Ambalal, 2021). Em 2021, a Sociedade Americana de Cirurgia Plástica (ASAPS) indicara um aumento impressionante de cerca de 55% em procedimentos de cirurgia plástica entre homens de 1997 a 2018. De facto, o primeiro caso descrito no artigo de Brosig em 2001, é um homem, tal como o protagonista do romance de Wilde. A busca de Dorian Gray pela gratificação pessoal, navegando entre a perfeição e a indulgência, levam-no, em última análise, a um grande sofrimento, infelicidade e morte. Comparando com a atualidade, poderemos considerar como indulgências contemporâneas: o sedentarismo, a fast food, o abuso de substâncias e o uso excessivo das redes sociais. Estabelecendo uma analogia com a obra de Wilde, a manutenção de comportamentos saudáveis ao longo da vida é um modo lento e tedioso de retardar o processo de envelhecimento, mas sendo suficientemente atraente para alguém como Dorian Gray. Nos seus últimos anos de vida, Wilde terá confessado: “quem, que soubesse alguma coisa sobre a vida, abriria mão da oportunidade de permanecer para sempre jovem”? (Fryer, 2005)

Atualmente, não existem dados disponíveis sobre a prevalência da síndrome. No entanto, a prevalência estimada de PDC na população em geral é de cerca de 2%. A prevalência aumenta significativamente em doentes com quadros dermatológicos para até 11% (Veale, 2016). A investigação semiológica requer o diagnóstico diferencial de perturbações depressivas, ansiosas e delirantes. Após exploração semiológica e confirmação diagnóstica, deverão ser clarificadas as reais motivações do doente. O tratamento recomendado é, na maioria das vezes, a Terapia Cognitivo-Comportamental. A TCC conduz à identificação e mudança de padrões de pensamento e comportamentos negativos relacionados à autoimagem, podendo ser combinada com medicação anti-depressiva e/ou anti-psicótica, se for clinicamente necessário (Gieler et al., 2009).

Episódios depressivos, comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio foram observados nos casos observados pela equipa de Brosig (Brosig, 2001), sobretudo quando a escassez de mecanismos de defesa e a ingrata busca pela eterna juventude não foram suficientes para combater a sua baixa autoestima e necessidade de validação. Assim, ao desconsiderar o carácter autodefensivo por trás da impulsividade do seu funcionamento (o chamado *acting out*, como forma de lidar com emoções que são difíceis de enfrentar de forma consciente), e ao manter a perseguição frenética à beleza intemporal da juventude, sem ter consciência da psicodinâmica do narcisismo, terão desenvolvido sintomatologia depressiva. Nos casos extremos da síndrome, o homem procura a autodestruição, seja pela via medicamentosa ou tóxica, seja por meio de cirurgia plástica, ou ambos, para preencher o vazio narcísico que é a Síndrome de Dorian Gray.

Conclusão

A Síndrome de Dorian Gray, é um termo usado coloquialmente para descrever um desejo obsessivo de manter a juventude e a beleza física, muitas vezes às custas da moralidade ou do bem-estar psicológico. Este termo é derivado do personagem principal do romance “O Retrato de Dorian Gray”, de Oscar Wilde, no qual Dorian Gray deseja manter a sua juventude e beleza para sempre, mesmo que o seu retrato envelheça e reflita os efeitos da sua vida imoral.

A síndrome ainda não é reconhecida pelos sistemas classificativos internacionais, no entanto tem sido, desde 2001, descrita por vários autores, tendo ganho maior relevância nos últimos 10 anos, pelo fenómeno cultural e social que transporta.

Bibliografia

- Beckson, K. (1970). *Oscar Wilde: the critical heritage*. Barnes & Noble, New York, 1970. ISBN: 9780389040590
- Brosig, B, Kupfer, J, Niemeier, V, & Gieler, U. (2001). The “Dorian Gray Syndrome”: psychodynamic need for hair growth restorers and other “fountains of youth.”. *Int J Clin Pharmacol Ther*. Jul; 39(7):279-83. doi: 10.5414/cpp39279. PMID: 11471770
- Brosig, B. (2000). *The “Dorian Gray Syndrome” and other fountains of youth. Paper presented at the Continuous Medical Education Board of the Landesärztekammer Hessen, Clinical Pharmacology Section*, on 29. 4. 2000 in Bad Nauheim, FRG.
- Brosig, B., Euler, S., Brähler, E., & Gieler, U. (2005). Das Dorian Gray Syndrom. In: Trüeb, R. A. (Hg.): *Smart aging*. Darmstadt, Steinkopff (in press).
- Fryer, J. (2005). *Wilde* (Life & Times). Haus Publishing. ASIN: B019TLRJR2
- Mehta, S., Mong V., & Kashya, R. (2023). Exploring the Dorian Gray Trait: Unveiling the Complexities of Perceived Aging and Self-Image. *Cureus*, 15(10): e47326. DOI 10.7759/cureus.47326
- Mehta-Ambalal, S., & Nisarta, M. (2021). Dermatology 2.0 – how the internet is changing us, our patients and our practice. *Indian Dermatol Online J*. 12:593-6. DOI 10.4103/idoj.IDOJ_788_20
- Nicewicz, H., & Boutrouille J. (2022). *Body Dysmorphic Disorder*. StatPearls [Internet], Treasure Island (FL). The Aesthetic Society (2021) (ed.). *The Aesthetic Society Statistics Report (2020-2021)*. The Aesthetic Society, California, US; 202122022. <https://cdn.theaestheticsociety.org/media/statistics/2021>
- U. Gieler et al. (2009). *Clinical Management in Psychodermatology*. Springer. p. 47. ISBN 978-3-540-34718-7
- Veale D., Gledhill, L., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: a systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016, 18:168-86. DOI 10.1016/j.bodyim.2016.07.003
- Wilde, O. (1890). *The picture of Dorian Gray*. Wordsworth Edition. ISBN: 9781853260155

**XIV CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
XIV INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

**VI Simposium Internacional Mulheres e Loucura
VI Internacional Symposium Women and Madness**

**Coimbra, Portugal,
4-6 outubro/october 2023
Online - Via zoom**



Organização

SHIS

Porto - Hospital de Afirmados do Castelo de Foz de Douro
R - Lisboa - Alberto Pereira - Brasília - Porto

Apoios divulgativos

1 2



9 0

ESCOLA DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



GHSC

PROGRAMA / PROGRAM**4.outubro/October.2023****9h15 – sessão de abertura / opening ceremony****9h30 – 1ª sessão de comunicações livres / short presentations****SALA A / ROOM A**

O HOMEM SEM ÓRGÃOS NEM FUNÇÃO, MAS DE VONTADE: VIDA E OBRA DE ANTONIN ARTAUD – Ana Inês Gomes, Gisela Simões, Sandra Vicente

ALÉM DA SUPERFÍCIE: UM OLHAR MAIS PROFUNDO SOBRE O SIMBOLISMO DA PERSONAGEM DE BERTHA MASON EM JANE EYRE – Daniela Pereira, Brigitte Wildenberg, Nuno Madeira

PSICANÁLISE DOS CONTOS DE FADAS: HISTÓRIAS NA PSIQUIATRIA – Mariana Bernardo, Ariana Saro, Sandra Borges

ROBERT LOWELL: A ARTE NA FUSÃO DA MANIA COM A GENIALIDADE – Ana Luísa Cardoso, Márcia Mota

HITLER'S PSYCHIATRISTS AND NAZI EUGENICS: A HISTORICAL REVIEW ON A DARK CHAPTER – Sabrina Magueta, Gisela Simões, Paula Garrido

PSYCHIATRY AND POLITICAL DISSIDENCE IN OPPRESSIVE REGIMES – Filipe Azevedo, Rita André, Carolina Almeida

PSIQUIATRIA COMO FERRAMENTA DE OPRESSÃO POLÍTICA: A ESQUIZOFRENIA PROGRESSIVA – João Costa Pedro, Marta Santana

CURAR O QUE NÃO É DOENÇA: AS TERAPIAS DE CONVERSÃO SEXUAL NA HOMOSSEXUALIDADE – Helena João Gomes, Raquel Alves Moreira, Joana Pereira Correia

A HISTÓRIA DA SEXUALIDADE NA PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL – Mariana Pessoa, Ana Sofia Pires, Joana Calejo Jorge

SALA B / ROOM B

ALÉM DAS SOMBRAS: EXPLORANDO A MELANCOLIA NA GRAVURA DE DÜRER – Daniel Areias, Sara Martins Sousa, Eduardo Gomes Pereira

DOROTHEA TANNING NA EXPRESSÃO SURREALISTA DA FIGURA FEMININA – Maria Luís Aires, João Barreira, Mafalda Marques

VINCENT VAN GOGH: UMA CRIANÇA DE SUBSTITUIÇÃO? – Beatriz Cerqueira da Silva, Filipa Cordeiro, Graça Fernandes

O ARTISTA TORTURADO – Salomé Mouta, Isabel Fonseca Vaz, Ana Pires

UMA PALETA DE HORRORES: A VIDA E OBRA DE ZDZISLAW BEKSINKSI – João Barreira, Maria Luís Aires, Mário Marques dos Santos

AS IMAGENS DO INCONSCIENTE EM SALVADOR DALÍ – Carolina Almeida Rodrigues, Vitória Silva de Melo, Rita Machado Lopes

YAYOI KUSAMA – A ARTE DA SUBLIMAÇÃO – Beatriz Fernández, Raquel Moreira, Helena João Gomes

PAULA RÊGO: A SOBREVIVÊNCIA ATRAVÉS DA ARTE – Maria Pires Cameira, Ana Monteiro Fernandes

GOLDEN GATE BRIDGE: A LIDERAR AS MANCHETES NAS TEMÁTICAS DA ARQUITETURA E... DO SUICÍDIO – Afonso Carvalho Ramos, Sofia Carvalho, Nuno Borja Santos

11h00 – Intervalo / break**11h15 – 2ª sessão de comunicações livres / short presentations****SALA A / ROOM A**

UM OLHAR SISTÊMICO SOBRE OS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NA SÉRIE "GINNY AND GEORGIA" – Francisca Bastos Maia, Maria do Rosário Monteiro, Inês Cardoso

DEMÊNCIA DE ALZHEIMER NO CINEMA: LONGE DELA – Francisca Macedo Gomes, Mafalda Macedo Gomes

AS MORTES DE JAIME: UM DELÍRIO CINEMATOGRAFICO – Francisco Cunha, Nuno Castro, Sandra Borges

A MONTANHA-RUSSA DE EMOÇÕES DE TANYA MCQUOID – Alexandre Pimentel Ferreira, Sofia Carvalho, Alexandra Lourenço

JOKER – SERÁ ISTO LOUCURA? – Iara Santos, Bruna Melo

"LONG DAY'S JOURNEY INTO NIGHT" E O USO DE SUBSTÂNCIAS: CAUSA OU SINTOMA DA DISFUNCIONALIDADE FAMILIAR? – João Oliva Alves, Laura Silva Carvalho, Gustavo França

BOJACK HORSEMAN À LUZ DA PSICOTERAPIA EXISTENCIAL DE IRVIN D. YALOM – Laura Silva Carvalho, João Oliva Alves, Fábio Monteiro

MELODICA(MENTE): BREVE HISTÓRIA DA MUSICOTERAPIA – Ariana Saro, Mariana Bernardo, Joana Calejo Jorge

A SIMBIOSE ENTRE A MÚSICA E OS PSICADÉLICOS – DE ACORDO COM O ESTADO DA ARTE NO PERÍODO CRONOLÓGICO ENTRE 1972 E 2023 – Rebeca Cohen, Miriam Garrido Marguinho, Inês Matos Pereira

SALA B / ROOM B

DÉMENCE PRÉCOCE: CONCEPTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO – Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Joana Alexandra Garrido Ramos

DA DEMÊNCIA PRECOCE À ESQUIZOFRENIA: A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA TERMINOLOGIA – Daniela Moura Jeremias

EVOLUÇÃO CONCEPTUAL DE DEMÊNCIA: UMA PERSPETIVA HISTÓRICA – M. Pão-Trigo, J. Cavaco Rodrigues, B. A. da Luz

UMA HISTÓRIA DE ALTOS E BAIXOS – A EVOLUÇÃO DA PERTURBAÇÃO BIPOLAR – Patrícia Marta, Diana Marta, Joana Cavaco Rodrigues

PERDIDOS NA DICOTOMIA KRAEPELINIANA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO GRUPO DAS PSICOSES AGUDAS E TRANSITÓRIAS – Cândida Coelho

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE ALCOOLISMO – Filipa Alves da Silva, Rita Lousada, Maria João Amaral

DA PENUMBRA AO PROTAGONISMO – O INÍCIO DA PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA – Isabel Almeida, Joel Brás

ENTRE A POLÉMICA E A VANGUARDA – ASPERGER E O AUTISMO – Isabel Almeida, Bárbara Fontes, Joel Brás

A HISTÓRIA DA MELANCOLIA E A ORIGEM DA DEPRESSÃO – Margarida Vieira, Beatriz Silva, Joana Silva Ribeiro

13h00 – Intervalo para almoço / Lunch

14h00– Conferência plenária / Plenary lecture

«TERRA INCOGNITA»: A CULTURA DO NARCISISMO – Pedro Urbano

15h00 – 3ª sessão de comunicações livres / short presentations

SALA A / ROOM A

GEORGE III – DE REI CULTO A REI LOUCO, A “GRANDE EXPERIÊNCIA” – Marta Rebelo, Francisca Pais, José Abrantes

O “GÉNIO LOUCO” – A HISTÓRIA DE BOBBY FISCHER – Diogo Ribeiro

A BEAUTIFUL TRAGEDY: THE COMING OF AGE OF OKSANA SKORIK – Nair Martins Seixas, João Silva

JOHN HINCKLEY JR. – O HOMEM QUE TENTOU ASSASSINAR O PRESIDENTE POR AMOR A JODIE FOSTER – Mauro Pinho, Catarina Oliveira, Francisco Coutinho

A HISTÓRIA CONTROVERSA DA MALARIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS MENTAIS – Ana Salomé Pires, Miguel Pires, Diana Cruz e Sousa

TERAPIAS BIOLÓGICAS NO INÍCIO DO SÉCULO XX: O QUE HOJE É INOVADOR AMANHÃ TORNA-SE OBSOLETE – Rui Pedro Vaz, Joana Martins, Nuno Pessoa Gil

A DOCE SEDAÇÃO: REDESCOBRINDO A TERAPIA DE CHOQUE DE INSULINA – Miguel Pires, Isabel Fonseca Vaz, Ana Salomé Pires
AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR AO LONGO DOS SÉCULOS – Joana Martins, Tânia Casanova

ECO-ANXIETY – FAR FROM AN ‘ICD’ CODE? – Marta Loureiro Ribeiro, Ana Lourenço

SALA B / ROOM B

PSICOPATOLOGIA EM TEMPOS COLONIAIS: REVISITAR FANON – Matilde Gomes, Afonso Gouveia

À PROCURA DE UM SIGNIFICADO NA VIDA – O LEGADO VICTOR FRANKL – Mariana Remelhe, Pedro Miguel Barbosa, Raquel Ribeiro Silva

NISE DA SILVEIRA, A PRIMOGÉNITA BRASILEIRA – Beatriz Jorge, Pedro Veloso, Rita Dios

“ON BEING SANE IN INSANE PLACES” (1973): A EXPERIÊNCIA DE ROSENHAN – Joana Cardão, Afonso Matos, Inês Azevedo Silva

MEMÓRIAS DE UMA DOENÇA NERVOSA: UMA VIAGEM AO “AUSCHREIBESYSTEME” DE SCHREBER – Joana Marques Pinto, Isabela Faria, Joana Andrade

DICK JOHNSON IS DEAD – UM RETRATO SUBJETIVO DA REALIDADE DA DEMÊNCIA – Tatiana Pessoa, Ângela Pinto, Ângela Venâncio

GRANDES MULHERES, SENHORAS PECULIARES – Sofia Pires, Mariana Pessoa, Sandra Borges

LOBOTOMIA EM MULHERES: O LADO NEGRO DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA – Patrícia Abreu, Teresa Rocha de Oliveira

GASLIGHTING: ILUMINAR A HISTÓRIA PARA COMPREENDER A ATUALIDADE – Francisco S. Silva, Patrícia Baronet, Filipe Varino

16h30 – Intervalo / break**17h00 – 4ª sessão de comunicações livres / short presentations**

O PODER DAS PALAVRAS: O ABADE FARIA E A HISTÓRIA DA HIPNOSE – Francesco Monteleone, Andreia Gonçalves, Beatriz Couto
 “PSICOPATIA HOMOSSEXUAL E PEDERASTIA PASSIVA” – O CASO DE VALENTIM DE BARROS – Pedro Miguel Martins, Ana Isabel Samouco, João Felgueiras

QUE HISTÓRIAS NOS CONTAM OS ANTIGOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS? – Maria Beatriz Couto, João Bastos Fonseca, Rosa Rodrigues

OS RESQUÍCIOS PSIQUIÁTRICOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA – Bárbara Sofia Gonçalves Castro Sousa, Vítor Hugo Santos, Joana Alexandra Garrido Ramos

LEI DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL – HISTÓRIA E ATUALIDADE – Henrique Ginja, Eva Osório

MONOGAMIA: BIOLOGIA OU CULTURA? – Maria Pires Cameira, Patrícia Abreu

A TRAJETÓRIA DA PSIQUIATRIA EM ÁFRICA: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA – Odete Nombora, Tatiana Pessoa, Ângela Venâncio

DIREITOS HUMANOS E COERÇÃO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO HISTÓRICA E PONTO DE SITUAÇÃO ATUAL – Andreia S. Gonçalves, Francesco Monteleone, Rosa Rodrigues

HISTORIA DE LA REHABILITACION PSICOSOCIAL: DESDE GRECIA Y ROMA HASTA EL OPEN DIALOGUE – Miguel Angel Miguelez Silva, Raimundo Mateos Alvarez

19h00 – Encerramento dos trabalhos do primeiro dia / closing 1st day**5.outubro/October 2022****09h00 – Comunicações em poster / Posters**

SURREALISM AND THE EXPLORATION OF THE SUBCONSCIOUS – Ana Monteiro Fernandes, Maria Cameira, Pilar Froes

MEDICAL ATTITUDES TOWARDS WOMAN’S SEXUALITY THROUGHOUT HISTORY – Ana Sofia Pereira Vieira, Henrique Santos, Inês Vidó

“TOUCHED WITH FIRE” – A ESCOLHA ENTRE A SANIDADE E O AMOR – Andreia Filipe, Márcia Fonseca

DISFUNÇÕES SEXUAIS DA ANTIGUIDADE ATÉ À ATUALIDADE – PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS OU PRECONCEITO – Beatriz Calado Araújo, Miguel Pão Trigo, M. Mota Oliveira

O ASILO DE SARAMAGO E O *NÃO-LUGAR* – PERSPETIVAS NOS CAMPOS DA LITERATURA, ARQUITETURA, FILOSOFIA, POLÍTICA E ECONOMIA – Beatriz Jorge, Matilde Gomes, Raquel Faria

TERIA HITLER UMA DOENÇA MENTAL? – Beatriz Peixoto, Marina Cruz, Margarida Bicho

UM PSIQUIATRA NO GRANDE ECRÃ – Bruno Canelas Vidal, Francisca Nunes Braga

A CLOROPROMAZINA A REVOLUCIONAR A PSIQUIATRIA: A INÉDITA JORNADA DO LARGACTIL – Carlos Siopa, Ana Duarte, Carlos Góis

A LOUCURA DE MARY TODD LINCOLN – Catarina P. Desport, Daniela O. Martins, Boaventura Rodrigo Afonso

“MAL VIVER”: UMA REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE E A COMPLEXIDADE DAS RELAÇÕES FAMILIARES – Cecília Pedro, Filipa Cordeiro, Graça Fernandes

FRANCIS WILLIS, A PSIQUIATRIA DO SÉCULO XVIII E A LOUCURA REAL – Cláudia Sousa Reis, Susana Fonseca

A FILOSOFIA DOS AFETOS DE ESPINOZA – Daniel Terêncio, Mariana Sousa, Filipa Ramalheira

HIKIKOMORI – UMA SÍNDROME CULTURAL? – Daniel Terêncio, Mariana Sousa, Maria Moreno

PARAFRENIA: UM DIAGNÓSTICO À DERIVA? – Duarte Viegas Cotovio, Rita Lousada, Mariana Mendes Melo

JUANA INÉS DE LA CRUZ: “MEU ÚNICO PECADO É SER MULHER” – Eduardo Pinho Monteiro, Beatriz Jorge, Sónia Azenha

AS GUERRAS DO ÓPIO: REVISÃO NARRATIVA – Eliana Almeida, Francisco Cunha, Elsa Monteiro

A TRANSFORMAÇÃO DE GEORGE JORGENSEN: UMA VIDA REDEFINIDA – Ema Santos Faria, Patrícia G. Pereira, Jones Fonseca

THE FATHER, UMA HISTÓRIA SOBRE A VIVÊNCIA DA DEMÊNCIA – Filipa Leitão, Sofia Almeida Pinho, Pedro Moura Ferreira

DA DEBILIDADE INTELECTUAL À SOBREDOTAÇÃO: SERÁ A INTELIGÊNCIA UMA BÊNÇÃO OU UMA MALDIÇÃO? – Francisca Bastos Maia, Pedro Cotta, Inês Cardoso

- FENÓMENO DOPPELGÄNGER – EXPLICAÇÃO HISTÓRICA, NEUROBIOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA – Francisca Nunes Braga, João Nuno Fernandes, João Pedro Azenha
- O LEGADO DE ENGEL: DAS RAÍZES E FUNDAMENTOS AO USO CONTEMPORÂNEO DO MODELO BIOPSISSOCIAL – Gisela Simões, Sabrina Jesus, Rita Silva
- ALEISTER CROWLEY: OCULTISTA, POETA, VISIONÁRIO, PROFETA OU DOENTE MENTAL? – G. Soares, M. Andrade, M. Magalhães
- O GÊNIO CREATIVO EM BRIAN WILSON – VIRTUOSISMO E MODELOS DE DOENÇA AFECTIVA E PSICÓTICA – Inês Monteiro Lopes, Gil Santos, Leonor Lopes
- SÍNDROME HIKIKOMORI – UM FENÓMENO CULTURAL JÁ NÃO LIMITADO APENAS AO JAPONÊS – Inês Mateus
- WILLIAM UTERMÖHLEN: EVOLUÇÃO DA ALZHEIMER NO AUTO-RETRATO – Janaína Maurício, Lucinda Neves
- DRAPETOMANIA – DIAGNÓSTICO CONTROVERSO DO PASSADO – Joana Bravo, Cláudia Gonçalves da Silva, Francisco Lima Buta
- ESQUIZOFRENIA LENTA E PROGRESSIVA – DIAGNÓSTICO CONTROVERSO DO PASSADO – Joana Bravo, Cláudia Gonçalves da Silva, Francisco Lima Buta
- SÍNDROMES RARAS NA PSIQUIATRIA – Joana Tavares Coelho, Sertório Timóteo
- ÂNGELO DE LIMA: O DESTINO FATÍDICO DE UM POETA DE ORPHEU – João Pedro Azenha, João Nuno Fernandes, Bruno Vidal
- UM BREVE E TEMPESTUOSO INVERNO: O GRITO POR AJUDA NA OBRA DE MÁRIO DE SÁ-CARNEIRO – João Pedro Azenha, Francisca Nunes Braga, João Bessa Rodrigues
- PARAFILIAS, PODER E POLÍTICA: ANALISANDO “SALÓ OU OS 120 DIAS DE SODOMA” – João Bessa Rodrigues, Pedro Trindade
- PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE HISTRIÓNICA E PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: DOIS RETRATOS NUMA PEÇA – João Bessa Rodrigues, Maria de Fátima Urzal
- A PÍLULA DA FELICIDADE: UMA HISTÓRIA POR CONTAR – João Brás, Ana Pinto Costa
- PERSPECTIVA HISTÓRICA DA ELETROCONVULSIVOTERAPIA – João Vilas Boas

11h00 – Intervalo / break

11h15 – Comunicações em *poster* / *Posters*

- PONTO A PONTO: A VIDA E AS EXPERIÊNCIAS PSÍQUICAS DE YAYOI KUSAMA – Juliana Lima Freixo, Soraia Rodrigues, Teresa Novo
- AFTERSUN: MEMÓRIAS DE UMA DEPRESSÃO VELADA – Leonor Lopes, Margarida Matias, Inês Monteiro Lopes
- A ELETRIFICANTE HISTÓRIA DA EPILEPSIA: DA LOUCURA ÀS NEUROCIÊNCIAS – Luísa Santa Marinha, Maria do Rosário Basto, Adriana Horta
- “MELHOR É IMPOSSÍVEL” – UMA JORNADA IMPROVÁVEL PELA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA – Márcia Fonseca, Andreia Filipe
- HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA: UM CAMPO DE CONCENTRAÇÃO? – Margarida Bicho, João Mendes Coelho, Beatriz Peixoto,
- CAÇA ÀS BRUXAS: DESAFIO AO GÊNERO – Margarida Matias, Leonor Lopes, Marlene Alves
- A DICOTOMIA JEKYLL – HYDE – Maria Carolina Oliveira, Rita Dios, Daniela Freitas
- ART AS A COPING MECHANISM, THE EXPERIENCE OF BASQUIAT – Maria João Amaral, Verónica Podence Falcão, Filipa Alves Silva
- “AS MÚLTIPLAS CARAS DE *CHRIS*”. A PROPÓSITO DA PERTURBAÇÃO DISSOCIATIVA DA IDENTIDADE – Maria João Amorim, Patrícia Perestrelo Passos*, Filipa Araújo
- HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: ONDE ESTÃO AS MULHERES? – Maria Madalena Pereira, Carolina dos Santos, Mariana Soares
- PIBLOKTOQ: LOUCURA, CULTURA OU CONJETURA? – Maria Conde Moreno, Filipa Ramalheira, Daniel Terencio
- PARA SEMPRE BELO: A SÍNDROME DE DORIAN GRAY – Maria Mouzinho, Ana Pedro Costa
- DO PÓS COLONIALISMO À TRANSFORMAÇÃO: MEMÓRIA, TRAUMA E EXPRESSÃO ARTÍSTICA NA OBRA DE GRADA KILOMBA – M. Andrade, G. Soares, M. Magalhães
- MÁRIO ELOY: O HOMEM EM FUGA – Mariana Magalhães, Mariana Andrade, Gonçalo Soares
- DONA MARIA I – A RAINHA LOUCA? – Mariana Soares, Margarida Silva, João Queirós
- QUANDO A CRENÇA SE SOBREPÕE À CIÊNCIA – A TRÁGICA HISTÓRIA DE ANNELIESE MICHEL – Nuno Castro, Joana Abreu, Sofia Ribeiro Pereira
- REVISÃO HISTÓRICA SOBRE ESTIGMA E DOENÇA MENTAL – Patrícia Perestrelo Passos, Maria João Amorim, Filipa Araújo

- DOPE SICK – A SÉRIE TELEVISIVA QUE RETRATA O LADO NEGRO DOS OPIOIDES – Pedro Brito, Tânia Alves
- «LET’S PSYCHO-SCRABBLE!»: PSIQUIATRIA E LINGUAGEM – Pedro Cotta, Márcia Rodrigues, Graça Fernandes
- A DANÇA DA MORTE: DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE AO NASCIMENTO DOS PRIMEIROS ANTIDEPRESSIVOS – Ricardo Soares Nogueira, Francisco Agostinho, Filipa Alves Da Silva
- ARGENTINA E A SUA TRADIÇÃO PSICANALÍTICA – Rita André, Filipe Azevedo, Sofia Morais
- PSEUDOCYCLIS: CAUGHT BETWEEN DESIRE AND FEAR – Rita Facão, Cláudia Reis
- PRISIONEIRO EM CAMPOS DE CONCENTRAÇÃO – UMA EXPERIÊNCIA PSIQUIÁTRICA – Rita Diniz Gomes, Sofia Morais
- A ICONOGRAFIA DE DOIS SUICÍDIOS: ENQUADRAMENTO SEGUNDO A VISÃO DE ÉMILE DURKHEIM – Rita Ortega, João Fonseca, Elisa Lopes
- DO *MACACO PEDRADO* AO *HOMO SAPIENS* – TERÁ A PSILOCIBINA UM PAPEL NA EVOLUÇÃO HUMANA? – Rui Pedro Andrade, Hugo Afonso
- PIONEIRISMO TRANS NA ERA PRÉ-NAZI: A HISTÓRIA DE DORA RICHTER, A PRIMEIRA MULHER TRANSGÊNERO SUBMETIDA A CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL – Rui Sousa, Nuno Cunha
- DE *CLOUDBUSTING* DE KATE BUSH À TEORIA DOS ORGÓNIOS DE WILHELM REICH – Rui Sousa, Nuno Cunha
- ANATOMY OF A CANNIBAL: A PSYCHIATRIC PORTRAIT OF JEFFREY DAHMER – Sabrina Magueta, Ana Costa, Mónica Almeida
- SHIVITTI – ABORDAGEM AO TRAUMA DOS CAMPOS DE CONCENTRAÇÃO ATRAVÉS DA PSICOTERAPIA ASSISTIDA POR LSD – Sebastião Martins, Tiago Afonso, João Bastos
- QUANDO A IDENTIDADE DEIXA DE SER IMPLÍCITA À EXISTÊNCIA HUMANA: A TÊNUE FRONTEIRA ENTRE A VIVÊNCIA DO *SELF* NORMAL E PATOLÓGICA – Sofia Carvalho, Afonso Carvalho Ramos, Bruno Vale Trancas
- O IMPACTO PSICOPATOLÓGICO DE UM PAI COM PERSONALIDADE NARCÍSICA NOS SEUS FILHOS, À LUZ DA SÉRIE *SUCCESSION* – Sofia Almeida Pinho, Filipa Leitão, Francisco Coutinho
- DA HISTERIA À ANOREXIA NERVOSA: A MESMA DOENÇA EM DIFERENTES MOMENTOS DA HISTÓRIA – Sónia Pereira, João Pais
- OZZY OSBOURNE, O PRÍNCIPE DAS TREVAS SOB A LENTE DA PSIQUIATRIA – Tânia Alves, Pedro Brito
- HISTORICAL BACKGROUND OF PORTUGAL’S MADNESS – Verónica Podence Falcão, Maria João Amaral, Rita Lousada

13h00 – Intervalo para almoço / lunch

14h00 – Conferencia plenária / Plenary lecture

- “MEUS SENTIDOS NÃO ME ENGANAM...”: SENSIBILIDADES DA LOUCURA EM NARRATIVAS MANICOMIAIS – Nádia Maria Weber Santos

15h00 – 1ª Sessão de comunicações / oral presentations – VI SIMPÓSIO MULHERES E LOUCURA/V SYMPOSIUM WOMEN AND MADNESS

- A VINGANÇA NO FEMININO: “*MEDEIA*” DE EURÍPEDES – Catarina Portela, Rita Dionísio
- D. MARIA I, HISTÓRIA E PSICOPATOLOGIA DA RAINHA “LOUCA” – Isabela Faria, Joana Marques Pinto, Carla Silva
- FLORBELA ESPANCA: UMA EXPLORAÇÃO PSICOPATOLÓGICA DA VIDA E DA OBRA – Ângela Pinto, Tatiana Pessoa, Ana Marques
- SYLVIA PLATH E A SUA OBRA: A *LADY LAZARUS* DO SÉCULO XX – Beatriz Fonseca da Silva, Bárbara Moura, André Oliveira
- HISTERIA FEMININA: A PATOLOGIZAÇÃO DO CORPO DA MULHER – Eliana Almeida, Iara Santos, Elsa Monteiro

16h30 – Intervalo / break

16h45 – 2ª Sessão de comunicações / oral presentations – VI SIMPÓSIO MULHERES E LOUCURA/V SYMPOSIUM WOMEN AND MADNESS

- MULHERES E LOUCURA NA *ARQUIPATOLOGIA* (1614) DE FILIPE MONTALTO – Joana Mestre Costa
- “LOCAS” EN LOS MÁRGENES: SUBJETIVIDADES Y MEDICINA MENTAL EN LA ESPAÑA PERIFÉRICA (1900-1936) – Celia García-Díaz, Carmen Marina Vidal Valiña
- WOMEN AND MADNESS: CINQUENTA ANOS DEPOIS – Sandra Caponi
- A EVOLUÇÃO DA PERTURBAÇÃO DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL: UMA PERSPETIVA HISTÓRICA – Daniela Pereira, Brigitte Wildenberg, Nuno Madeira
- MULHERES E MORFINA NO SÉCULO XIX – Marta Roque Pereira

SOME ISSUES ON BIOMEDICAL LAW AND MENTAL HEALTH: ETHICAL AND LEGAL REFLECTIONS ON THE PROTECTION OF TRANSGENDER PERSONS – Elena Atienza Macías

19h00 – Encerramento dos trabalhos do segundo dia / closing 2nd day

6.outubro/October.2023

09h30 – 3ª Sessão de comunicações / oral presentations

ÉPIDÉMIES DANS LES PRINCIPAUTES ROUMAINES ENTRE 1700-1830 – Chicoş Bogdan Horia

CANÁBIS NA ANSIEDADE – PERCEÇÕES – Catarina Paiva, João Rui Pita, Ana Leonor Pereira

“UM HOMEM PODE SER DESTRUÍDO, MAS NÃO DERROTADO” – UMA NARRATIVA DA JORNADA TRÁGICA DE ERNEST HEMINGWAY – Ana Carolina Pires, Carolina Pinto-Gouveia, Miguel Bajouco

LEONARD COHEN (1934-2016): DA PALAVRA À TERAPIA. EXERCÍCIO DE MEDICINA NARRATIVA – António de Vasconcelos Nogueira

11h00 – Intervalo / break

11h15 – 4ª Sessão de comunicações / oral presentations

BIOGRAFOS DE EGAS MONIZ: DA APOLOGÉTICA DOMINANTE AOS MEANDROS DO PODER BIOGRÁFICO – Manuel Correia

CASOS MEDIÁTICOS DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA: ASPETOS COMUNS ENTRE OS AUTORES DOS CRIMES SOBRE SOUSA REFOIOS (1905), MIGUEL BOMBARDA (1910) E EGAS MONIZ (1939) – Inês Pinto da Cruz

TRANSIENT MENTAL ILLNESSES AND SCIENTIFIC REALISM. EPISTEMOLOGICAL CONCERNS – Moreno Paulon

INFLUENCE OF EXISTENTIALISM IN THE PSYCHOPATHOLOGY OF SUICIDE DURING FRANCOIST SPAIN (1939-1975) – Joaquín Gil-Badenes

12h45 – Apresentação de livros: História Interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental – XIII e Mulheres e Loucura – V

13h00 – Intervalo para almoço / lunch

14h00 – Conferencia plenária / Plenary lecture

CASA DE ALIENADOS: CINEMA E LOUCURA EM MANOEL DE OLIVEIRA – Paulo Cunha

15h00 – 5ª Sessão de comunicações / oral presentations

UMA CA(U)SA PARA A INFÂNCIA: O ASYLO DA INFÂNCIA DESVALIDA DE COIMBRA SOB A DIREÇÃO DE ELYSIO DE AZEVEDO E MOURA (1923-1977) – Milton Pedro Dias Pacheco

TERAPIA EXPERIMENTAL PARA “INFANCIAS ANORMALES”. ADAPTACIÓN DEL MODELO DE LA CLÍNICA DE ORIENTACIÓN INFANTIL EN ANTIOQUIA (COLOMBIA) 1935-1948 – Erika Giraldo Gallego

A HISTÓRIA DA FOTOGRAFIA MÉDICA NA PSIQUIATRIA – Marina Cruz, Beatriz Peixoto, Henrique Medeiros

LEI DE SAÚDE MENTAL: UM OLHAR SOBRE A SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA EM PORTUGAL – Carolina Pinto-Gouveia, Ana Carolina Pires, Susana Renca

16h30 – Intervalo / break

16h45 – 6ª Sessão de comunicações / oral presentations

THE CRISIS OF (PSYCHIATRIC) SEMIOLOGY AND THE ORIGINS OF (STRUCTURAL) PSYCHOPATHOLOGY – Enric Novella

VIAJES Y REDES PROFESIONALES EN LA PSIQUIATRÍA DEL FRANQUISMO: CABALEIRO GOÁS E HISPANOAMÉRICA (1962-1973) – David Simón-Lorda

O SONO, A VIGÍLIA E A INSÓNIA NA SAÚDE MENTAL. COMPÊNDIO DE REFLEXÕES DO DOUTOR ISAAC CARDOSO NO TRATADO DE ANIMA DA PHILOSOPHIA LIBERA (1673) – Luciana Braga

LA HISTERIA EN EL PENSAMIENTO DE GALENO – Mariáblanca Ramos R. de Viesca

GALENO: LA MELANOLÍA Y LA ENFERMEDAD MENTAL – Carlos A. Viesca y T., Mariáblanca Ramos R. de Viesca

19h00 – Sessão de encerramento / closing session

XIV Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIV International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / VI Simposio Internacional Mulheres e Loucura – VI International Symposium Women and Madness

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)

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 25**Título**

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIV

Autores (Editores):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Resumo

Esta obra coletiva intitulada *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIV* resulta da reunião de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros que serviram de base a apresentações realizadas no XIV Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental realizado em 2023.

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 sciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá lugar no dia 14 de março de 1910*. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis – *Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) – *A Revista de Neurologia e Psychiatria (1888-1889)*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9
9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3
10. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5
11. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8
12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5
13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – VII*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX

- CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3
14. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – VIII*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2018. 251 p. ISBN: 978-989-99637-8-8
15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – IX*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5
16. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Mulheres e Loucura – I*. Coimbra: 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
25. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – XIV*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2024. 393 p. ISBN: 978-989-53831-7-7
26. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *Mulheres e Loucura – VI*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS, 2024. 127 p. ISBN: 978-989-53831-5-3

