

# Mulheres e Loucura – VI

Ana Leonor Pereira | João Rui Pita (Coord.)

26

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde

2024



Ana Leonor Pereira  
João Rui Pita  
(Coordenadores)

# **Mulheres e Loucura**

## **– VI –**

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 26

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

#### Ficha Técnica

TÍTULO: Mulheres e Loucura – VI  
COORDENADORES: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita  
LOCAL: Coimbra  
EDIÇÃO: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde  
ANO DE EDIÇÃO: 2024  
ISBN: 978-989-53831-5-3

**SHIS**

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

# Índice

Introdução.....	7
“Locas” en los márgenes: subjetividades y medicina mental en la España periférica (1900-1936).....	9
Celia García Díaz, Carmen Marina Vidal Valiña	
Mulheres e morfina no século XIX.....	15
Marta Roque Pereira	
Nise da Silveira, a primogénita brasileira.....	21
Beatriz Jorge, Pedro Veloso, Rita Dios	
Dona Maria I – a rainha louca?.....	25
Mariana Rebelo Soares, Margarida Lisboa Silva, João Queirós	
D. Maria I, história e psicopatologia da rainha “louca”.....	29
Isabela Faria, Joana Marques-Pinto, Carla Silva	
Histeria feminina: a patologização do corpo da mulher.....	35
Eliana Almeida, Iara Santos, Elsa Monteiro	
A montanha russa de emoções de Tanya Mcquoid.....	39
Alexandre Pimentel Ferreira, Sofia Carvalho, Alexandra Lourenço	
Florbel Espança: uma exploração psicopatológica da vida e da obra.....	43
Ângela Pinto, Tatiana Pessoa, Ana Marques	
Yayoi Kusama – a arte da sublimação.....	49
Beatriz Fernández, Raquel Moreira, Helena João Gomes	
Sylvia Plath e a sua obra: a <i>Lady Lazarus</i> do século XX.....	55
Beatriz Fonseca da Silva, Bárbara Moura, André Oliveira	
Ponto a ponto: a vida e as experiências psíquicas de Yayoi Kusama.....	63
Juliana Lima Freixo, Soraia Rodrigues, Teresa Novo	
História da Psiquiatria: onde estão as mulheres?.....	67
Madalena Pereira, Carolina dos Santos, Mariana Rebelo Soares	
Pibloktoq: loucura, cultura ou conjetura?.....	71
Maria Conde Moreno, Filipa Ramalheira, Daniel Terêncio	
“As múltiplas caras de <i>Chris</i> ”. A propósito da perturbação dissociativa da identidade.....	75
Maria João Amorim, Patrícia Perestrelo Passos, Filipa Araújo	
Dorothea Tanning na expressão surrealista da figura feminina.....	83
Maria Luís Aires, João Barreira, Mafalda Marques	
Paula Rêgo: a sobrevivência através da arte.....	89
Maria Pires Cameira, Ana Monteiro Fernandes	
A beautiful tragedy: the coming of age of Oksana Skorik.....	95
Nair Martins Seixas, João Silva	
Identificação do texto: Lobotomia em mulheres: o lado negro da história da psiquiatria.....	101
Patrícia Abreu, Teresa Rocha de Oliveira	

Dick Johnson is dead – um retrato subjetivo da realidade da demência.....	107
Tatiana Pessoa, Ângela Pinto, Ângela Venâncio	
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.....	111
Coleção Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XXI.....	119

## Introdução

Esta obra contém textos admitidos a publicação que estiveram na base de comunicações apresentadas no VI Simpósio Internacional *Mulheres e Loucura* / VI INTERNATIONAL Symposium Women and Madness que integrou o *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 simpósio mas antes um livro com as melhores comunicações apresentadas no referido simpósio e convertidas em capítulos.

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

Continuamos com a periodicidade anual do congresso e do simpósio (este iniciado em 2018), o que vai ao encontro da dinâmica científica da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS. Esta dupla iniciativa científica 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 na 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 / VI Simpósio* 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, as temáticas da História da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental constituem alguns dos seus focos mais 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

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

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

Ao terminar estas palavras de introdução, agradecemos a todos os autores que colaboram nesta obra. 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

# “Locas” en los márgenes: subjetividades y medicina mental en la España periférica (1900-1936)

Celia García Díaz<sup>1</sup>, Carmen Marina Vidal Valiña<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Málaga (UMA), <sup>2</sup> Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

E-mails: celiagarcia@uma.es, cmvidal@uemc.es

## Resumen

En nuestro trabajo problematizamos el abordaje de la categoría “mujer-locas” institucionalizada en manicomios como doblemente subalterna por ser mujer y por atribuírsele una supuesta locura desde el discurso hegemónico de la ciencia mental androcéntrica del momento. Si además se trata de mujeres internadas en establecimientos psiquiátricos ubicados en el sur y el norte del Estado español, distanciadas de los discursos y prácticas centralistas, a esos condicionantes habría que sumar la periferia (geográfica y discursiva) como nueva categoría de análisis interseccional. Todo ello las convertía en mujeres en los márgenes, con escasas posibilidades de que sus discursos fuesen tenidos en cuenta. Nuestro objetivo es abordar, con una metodología cualitativa y desde una perspectiva de género específica, las subjetividades de estas “mujeres-locas” a través del análisis de contenido del material que de ellas se conservan en el Manicomio Provincial de Málaga (sur) y el Manicomio de Conxo (norte), entre 1900 y 1936, recuperando así parte de la memoria de dichas internas.

**Palabras clave:** locura, género, subalternidad

## Abstract

In this article we problematize the approach to the “mad woman” category institutionalized in the Spanish asylums of Málaga and Conxo as a doubly subalternity: for being a woman and for being attributed a supposed madness from the hegemonic discourse of the androcentric mental science of the moment. Our approach focuses in two psychiatric establishments located in the south and north of Spain (Málaga and Conxo, in Santiago de Compostela), distanced from centralist discourses and practices, offering, then, new additional categories of intersectional analysis focused on the periphery (both discursive and geographical). The objective of our work is to address, with a qualitative methodology and a gender approach, the subjectivities of these “crazy women” through the content analysis of the material preserved in them in the Provincial Asylum of Málaga (south) and the Conxo Asylum (north), between 1900 and 1936.

**Keywords:** madness, gender, subalternity

## Introducción

La categoría “mujer-locas” fue empleada en la España de las tres primeras décadas del siglo XX (1900-1936, hasta el estallido de la Guerra Civil) como una herramienta de control de ciertas feminidades divergentes, que rompían con los estereotipos de género hasta entonces vigentes. En este artículo nos proponemos señalar, a través del análisis concreto del material conservado en el Manicomio Provincial de Málaga y el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela), la subalternidad de las mujeres internadas en hospitales psiquiátricos periféricos en la España de la época. El acceso a la documentación existente en ambos centros desde una perspectiva de género permitirá recuperar las subjetividades de las “mujeres-locas” de ese periodo, teniendo en cuenta que su ubicación en periferias discursivas y geográficas respecto al epicentro de la psiquiatría de la España de la época, Madrid, obliga a un análisis interseccional de todos estos expedientes.

## Marco teórico

Desde que Donna Haraway planteara en su trabajo *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza* (Haraway, 1995) el concepto de conocimiento situado, este ha servido como herramienta epistemológica a las investigadoras que desde una perspectiva feminista problematizan la cuestión de la objetividad en ciencia. No es

casual que nosotras, como firmantes de este trabajo, hayamos elegido hablar de “mujeres-locas” en la periferia, ya que nuestro ámbito de trabajo se inserta también en las periferias de la producción científica. El abordaje histórico feminista del material clínico de mujeres internadas en los manicomios periféricos de nuestro entorno requiere de una serie de herramientas conceptuales entre las que es central el conocimiento situado. Nosotras no planteamos una objetividad positivista, más bien trabajamos con la idea de una objetividad “fuerte” caracterizada por incluir los elementos que nuestra propia experiencia como investigadoras feministas ha ido moldeando para detectar nuevos problemas, nuevas preguntas de investigación y nuevas metodologías. El conocimiento situado no plantea la exclusión de la subjetividad de las investigadoras del ámbito de trabajo, sino que más bien apuesta por incluirla para hacer que el proceso investigador se muestre más fuerte, honesto y claro. Qué duda cabe que nuestra formación y perspectiva feminista ha influido en que ambas, separadas por muchos kilómetros de distancia, optáramos por hacernos las mismas preguntas sobre las fuentes historiográficas: ¿qué ocurría con las mujeres que internaban en los manicomios? ¿Se puede hablar de la construcción de una subjetividad de las “mujeres-locas” como objeto de estudio feminista? ¿Qué calado tuvo el resituarse como “mujeres-locas” en la periferia?

Para dar respuesta a estas preguntas hemos reflexionado en torno al concepto de subjetividad como aquello que nos hace sentirnos únicos/as, que nos dota de identidad, que habla de nuestro “estar en el mundo”. Cuando una mujer era internada en algún establecimiento psiquiátrico, uno de los objetivos era despojarla de su subjetividad previa, aquella que tampoco solía ser reconocida como “normal” y que debía ser reconducida desde el discurso/ práctica psiquiátrica hacia un modelo hegemónico y deseable de feminidad (García Díaz, 2023). Así, los procesos de reconstrucción sobre los que se forjaban nuevas subjetividades durante el internamiento interactuaban con la institución, el personal de cuidados, la familia y los médicos en una matriz sociocultural, económica y política determinada.

Desde los trabajos de Michel Foucault sobre el biopoder y las biopolíticas el discurso médico en general, y el psiquiátrico en particular, ha estudiado este tipo de poder como fundante de biopolíticas coercitivas que han llegado a tocar y controlar los cuerpos de las mujeres en estas condiciones de internamiento. Introducir la crítica feminista en el análisis de las instituciones y los discursos foucaultianos se hace imprescindible precisamente para comprobar que las mujeres seguían estando en un lugar de subordinación dentro de las reclusiones con respecto a los hombres, planteando una generización de los espacios manicomiales (García-Díaz, 2020).

A pesar de encontrarse en una situación de subalternidad extrema, las mujeres demostraron capacidad de agencia y de resistencia frente a los envites de las prácticas y los discursos totalizadores de la disciplina. Como el mismo Foucault planteó, donde hay poder hay resistencia al poder. En su texto “No al sexo rey” planteaba que la resistencia no es lo opuesto al poder, pero puede mostrarse «tan inventiva, tan móvil, tan productiva como él» (Foucault, 1994). Luego se trata de verificar esos lugares de agencia/resistencia que las mujeres pudieron desarrollar desde los lugares de intersección de internamiento.

Recuperar la historia de las mujeres consideradas “locas” implica, pues, adoptar una óptica que parte de la historia social de la medicina y particularmente de la psiquiatría “desde abajo”, tal y como la define Rafael Huertas, uno de sus principales impulsores en el contexto español (Huertas, 2020). Se trata de aprovechar fuentes hasta ahora poco utilizadas en nuestro contexto, fundamentalmente los expedientes de las internas, para hacer emerger las voces de las propias enfermas como elemento clave para entender una realidad que hasta tiempos muy recientes se había estudiado únicamente desde el paradigma del saber médico hegemónico, resignificando así el concepto de subalternidad desde una perspectiva de género, a partir del término original propuesto por Antonio Gramsci para referirse a los sectores sociales marginalizados y a las clases inferiores de la sociedad.

### **Manicomio provincial de Málaga: perfil sociodemográfico de sus internas y análisis de sus expedientes**

La institución malagueña fue inaugurada en 1898 como “pabellón San Carlos”, en honor a la familia Larios, principal inversora en su construcción. Como era frecuente en la época, aunque estaba dentro del recinto del Hospital General, el manicomio se situaba también en una marginalidad arquitectónica. En este espacio intermedio entre el muro del recinto hospitalario y el pabellón general se situaban también el pabellón de infecciosos y la leprosería, lo que nos hace pensar en la vigencia de la idea de contagiosidad de la locura y la necesidad de mantenerla aislada. El establecimiento psiquiátrico estaba diseñado en sus inicios para albergar a hombres y mujeres, teniendo una organización especular y los mismos espacios para ambos géneros: celdas para furiosas, salas de agitadas, sucias, tranquilas y convalecientes (García-Díaz, 2018). Sin embargo, en 1909 se habilitó un sótano anexo al hospital general donde se albergó a las mujeres, lo que llegó a conocerse como la sala 20 o sala de mujeres del Manicomio Provincial de Málaga.

Del análisis de las 811 historias clínicas se han obtenido por análisis cuantitativo las características sociodemográficas de la población psiquiátrica de las mujeres que habitaron la sala 20. Teniendo en cuenta que parte del archivo clínico ha sido expoliado y no ha sido posible localizar los libros de ingresos y altas, los datos que se exponen a continuación se han obtenido por el análisis directo de los expedientes clínicos. La edad media de la mayoría de las mujeres era de unos 33 años (33,2 años): el 25% de las mujeres eran menores de 23 años y el 75% tenían como máximo 40 años en el momento del ingreso. Eran más frecuentes los casos de ingresos de niñas que de mujeres por encima de los 65 años (García Díaz, 2023). En cuanto al estado civil, las solteras correspondían a un 48.1% del total, mientras que las casadas representaban un 41.8%. Las viudas representaban un porcentaje minoritario.

La mayoría eran nacidas en la provincia de Málaga, casi un 55 %, seguidas de las nacidas en Málaga capital con un 23%. El 14.5% procedían de otras provincias de Andalucía, siendo el resto nacidas en Melilla y Ceuta (26 casos), otras provincias españolas (22 casos), el extranjero (Brasil, Buenos Aires, Francia, Milán, Tánger y Gibraltar) y el protectorado español en Marruecos (Larache) (García Díaz, 2023).

Por último, en cuanto al trabajo, mayoritariamente era recogido como “sus labores” o “su sexo”, sin recoger otras actividades que las mujeres desarrollaban además de las tareas domésticas y que ni siquiera eran consideradas como “trabajos”. Entre las que se anotaban sus ocupaciones, constaban como sirvientas, costureras, y algunos casos puntuales de maestras, cocineras y religiosas.

La procedencia de las mujeres en el momento del internamiento es una variable interesante, ya que no era recogida como tal en el 66.3% de los casos. Con respecto a aquellas en las que sí constaba este dato, un 26.9% (218 casos) procedían de su domicilio. Le siguen en frecuencia los ingresos desde otro hospital o consulta médica (19; 2.3%) o desde otros servicios del mismo Hospital Provincial (17; 2.1%).

En cuanto a su nivel cultural, la mayoría de las internadas entraban en el manicomio en régimen de beneficencia, con el certificado de “pobre” y analfabetas. El establecimiento ofrecía la posibilidad de ingresar en régimen de primera, segunda y tercera clase, donde las familias de las internas pagaban una parte para que ellas pudieran gozar de ciertos privilegios como mejoras en la dieta y en el régimen de visitas. Sin embargo, las mujeres que internaban en estas condiciones eran muy minoritarias, posiblemente por la coexistencia en la ciudad de otro manicomio privado para “señoras” a cargo de la orden del Sagrado Corazón de Jesús.

El análisis de los contenidos de las historias clínicas revela la escasa importancia que se le otorgaba tanto al discurso de las mujeres como a sus vivencias. Los documentos están redactados con un lenguaje meramente descriptivo, en el que la ilusión de objetivación de los síntomas adquiere un primer plano. Así, los relatos de las familias eran recogidos de forma detallada en los conmemorativos patológicos, de donde se extraían las ideas de las conductas de las mujeres pensadas como “anormales”: mujeres que no trabajaban en casa, que se habían rebelado contra la autoridad del marido, padre, hermano o madre, mujeres que transgredían los roles esperables como alcohólicas, ladronas por necesidad, e incluso otras que buscaban en el manicomio un lugar donde al menos, poder comer todos los días y cobijarse del frío en tiempos de posguerra (García-Díaz y Jiménez-Lucena, 2023). Elementos como fugas de la institución, negativas a hablar con los facultativos, desobediencias y desafíos al régimen disciplinario del manicomio pueden ser interpretados como ejercicios de resistencia que no faltaron en el relato de los internamientos de las mujeres de la sala 20.

### **Manicomio de Conxo: perfil sociodemográfico de sus internas y análisis de sus expedientes**

El manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) se funda en el año 1885 y ostenta el monopolio de la asistencia psiquiátrica en Galicia hasta bien entrado el siglo XX. Con una función fundamentalmente custodial-asilar, desde su fundación recibe constantes críticas por su masificación, ausencia de avances científicos en los tratamientos y prevalencia de la función custodial-asilar frente a la propiamente médica.

En los archivos de la Cidade da Cultura (Santiago de Compostela) se han consultado un total de 470 expedientes femeninos entre 1885 y 1936, que permiten trazar un perfil de estas mujeres en los que la precariedad social y económica es el elemento predominante:

La profesión mayoritaria, claro reflejo de la estructura de una Galicia eminentemente rural, es la de labradora o sus labores (entendiendo por esas labores, en muchos casos, durísimas jornadas en las que el trabajo en el hogar se combina con las tareas en el campo)

- En cuanto al origen geográfico, la mayoría de las internas son gallegas (con algunas procedentes de provincias cercanas, como León) y en su inmensa mayoría proceden del ámbito rural

- Gran parte de ellas eran analfabetas (y se constata, además, en algunos expedientes, que se expresaban habitualmente en gallego, frente al discurso médico que únicamente se dirigía a ellas en español).

Los expedientes de Conxo son notablemente ricos y variados en cuanto a su composición. Todos ellos incluyen la correspondiente historia clínica, pero en otros muchos se localizan documentos claves para ir más allá del saber médico hegemónico de la época. Particularmente interesantes en este sentido son el denominado “Examen al ingreso” y el informe de antecedentes (cubierto por un miembro, generalmente varón, de la familia), que nos permite reconstruir parte de sus trayectorias vitales hasta entonces.

El examen al ingreso resulta especialmente relevante para nuestra investigación porque, entremezcladas con preguntas sobre matemáticas, puntos cardinales o días de la semana se incluyen otras que permiten obtener valiosa información adicional respecto a la recogida en las historias clínicas, como las cuestiones referidas a si la interna a ido o no a la escuela o los lugares donde ha vivido. Algunas, incluso, permiten introducirse en la percepción que estas mujeres tienen de sí mismas, expresando algunas de sus emociones, como sucede en las referidas a si tienen pensamientos que las hagan sufrir, si son felices en su matrimonio, si se han burlado alguna vez de ellas o qué necesitan para ser felices. Encontramos de esta manera, y aunque sea en un documento mediado por el propio manicomio, una ventana a los pensamientos y sentimientos de estas mujeres.

### Subjetividades periféricas

Las internas en los psiquiátricos de Málaga y Conxo fueron, como hemos visto, doblemente silenciadas por su sexo y por su conceptualización como locas. Su analfabetismo y la humilde clase social a la que en su mayoría pertenecían incrementó todavía más su vulnerabilidad, así como el entorno periférico del que procedían: Andalucía y Galicia eran, a la altura de los años 30, territorios periféricos respecto a Madrid. Periféricos no sólo geográficamente, sino también discursivamente: se ubican en el contexto geográfico europeo, pero son sures de la modernidad europea y sures de la propia España. Espacios, en definitiva, lejos de los grandes centros de decisión y de modernización médica.

En el caso particular de Conxo, la construcción de un saber médico completamente alejado de la realidad mayoritaria de la Galicia de la época se deja traslucir en dos elementos fundamentales: el uso exclusivo del español en un contexto mayoritariamente gallegohablante, y la referencia, particularmente en la hoja de ingreso, a cuestiones que poco o nada tienen que ver con la vida cotidiana de mujeres en muchos casos analfabetas y dedicadas a labores agrícolas en un mundo rural muy lejano a los grandes núcleos de poder, como las relativas al sistema actual de gobierno o las preguntas de tipo matemático o vinculadas a los puntos cardinales.

Es a través de sus palabras conservadas en los respectivos expedientes que podremos reconstruir, aunque sea de manera muy precaria, las subjetividades de dichas internas, subjetividades periféricas tanto a nivel geográfico como discursivo, por encontrarse alejadas, en ocasiones durante todas sus vidas, del devenir cotidiano de la sociedad que las vio nacer.

### Conclusiones

En los expedientes analizados encontramos numerosas pacientes sin un trastorno mental claramente especificado, pero que presentan comportamientos considerados entonces inaceptables en una mujer: alcoholismo, relaciones amorosas antes del matrimonio... ¿Eran, pues, “locas” o simplemente mujeres al margen de lo socialmente establecido?

Recuperar sus voces a través del análisis con perspectiva de género de la documentación que sobre ellas se conserva permite restituir parte de su memoria. Es la manera más directa de acercarnos a su subjetividad, sentimientos y emociones. Si la psiquiatría (y su lenguaje pretendidamente aséptico) fueron una herramienta de control social contra las feminidades divergentes en la España de principios del siglo XX, recuperar las voces de estas mujeres es una manera de mostrar sus estrategias de resistencia.

### Bibliografía

Candela, R. (2017). *El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Foucault, M. (1994). *No al sexo rey*. Entrevista, Disponible en: <https://www.ram-wan.net/restrepo/politicas/no%20al%20sexo%20rey-foucault.pdf>
- García-Díaz, C. (2018). El Manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser. *Asclepio*, 70(2), 238.
- García-Díaz, C. (2020). Mujeres en el manicomio. Espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950). *Investigaciones Históricas. Época moderna y contemporánea*, (40), 523-552.
- García Díaz, C. (2023). Un lugar para la locura de las mujeres. Historia(s) de la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950). Málaga: Centro Ediciones de la Diputación de Málaga.
- García-Díaz C. y Jiménez-Lucena, I (2023). Clasificando mujeres: diagnósticos psiquiátricos y subjetividad femenina en el Manicomio Provincial de Málaga, España, 1909-1950. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 30 (2023): e2023003.
- González, E. (1977). *A siquiatria galega e Conxo*. A Coruña: Edicións do Ruedo.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Huertas, R. (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Barcelona: Octaedro.
- Huertas, R. (2020). *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias y activismos*. Madrid: La Catarata.
- Nash, M. (2006). Identidades de género, mecanismos de subalternidad y procesos de emancipación femenina. *Revista CIDOB d'Àfers Internacionals*, 73/74, 39-57. <http://www.jstor.org/stable/40586226>
- Ruiz Somavilla, M.J. y Jiménez Lucena, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica". *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, vol. 3, n. 1.
- Santos, B. d. S. (2014). *Epistemologías del Sur*. Madrid: Ediciones Akal.
- Sierra Blas, V. y Castillo Gómez, A, coords (2005). *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento*. Gijón: Trea.
- Simón Lorda, D. (2002). Las celdas de dementes del hospital provincial: Ourense, 1896-1897 (apuntes sobre la hospitalización psiquiátrica en la España periférica del fin del siglo XIX). *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, vol. II-I.
- Tierno Patiño, Raquel (2019). *El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.



# Mulheres e morfina no século XIX

**Marta Roque Pereira**

Médica psiquiatra

E-mail: martaroquepereira@gmail.com

## Resumo

Em 1804, Sertürner extraiu morfina do ópio. A seringa hipodérmica surgiu em 1853, e nas Guerras Civil americana e Franco-Prussiana disseminou-se o uso da morfina na dor. Os opiáceos, prescritos ou em regime de automedicação, tornaram-se populares no alívio de desconfortos físicos e mentais.

No fim do século XIX, a morfinomania era epidémica nos profissionais de saúde, no mundo do espetáculo, e nas mulheres (sobretudo caucasianas das classes média e alta). A morfina e preparados, eram receitados por médicos para problemas femininos como menstruação, enjoo matinal, parto, e “vapores femininos”. Estes, como condição típica da época, englobavam estados como histeria, depressão, traços caracteriais, e incómodos sociais.

Os preparados eram publicitados tendo por alvo a mulher. O excesso do uso originou dependência, e no fim do século XIX, mais de 60% dos dependentes nos EUA eram mulheres. A opiomania foi cúmplice na feminilidade indolente e frágil, romantizada na época.

**Palavras-chave:** mulher, morfina, dependência, século XIX, morfinomania

## Abstract

In 1804, Sertürner extracted morphine from opium. The hypodermic syringe appeared in 1853, and the use of morphine in pain was disseminated through the American Civil War and Franco-Prussian War. Opiates, prescribed or from self-medication, became popular for relieving physical and psychological discomfort.

By the end of the 19th century, morphinomania was epidemic in health professionals, in the entertainment world, and in women (mainly middle- and upper-class Caucasians). Morphine and its concoctions were prescribed by doctors for female problems such as menstruation, morning sickness, childbirth, and “female vapours”. These, as a condition of that time, encompassed states such as hysteria, depression, character traits and social nuisance.

These concoctions were advertised with women in mind. Abuse led to addiction, and by the end of the 19th century, more than 60% of addicts in the US were women. Opiomania was an accomplice in the indolent and fragile femininity romanticized at the time.

**Keywords:** woman, morphine, addiction, 19<sup>th</sup> century, morphinomania

## Introdução

O ópio é um narcótico extraído da papoila *Papaver somniferum* (Figura 1.), originária da baixa Mesopotâmia. Em 1804, Sertürner isolou a morfina a partir do ópio. Esta substância propagou-se facilmente graças à sua eficácia como analgésico, sedativo, antitússico e obstipante. O potencial aditivo foi negligenciado, e foi capitalizada como tranquilizante e modelador de comportamento. No fim do século XIX, a morfinomania era epidémica. Um grupo particularmente atingido, foram as mulheres caucasianas pertencentes às classes média e alta, que eram sujeitas a este tratamento para condições “femininas”, desde a dismenorria e o parto, até questões caracteriais e comportamentais (psiquiátricas ou puramente sociais). A imagem da mulher pálida, indolente, frágil, nervosa, tipicamente representada nos meios artísticos da época, é resultado da extensão da dependência de opiáceos.

## O Ópio na História da Humanidade

As referências mais antiga ao cultivo e uso de ópio remontam a 3400 a.C., no sudoeste da Ásia, na baixa Mesopotâmia. (1, 2) Contudo, foram encontradas cápsulas de ópio intactas em escavações arqueológicas no sul de Espanha, datadas de 5500 a.C..

Numa tábua de argila suméria (cerca de 2100 a.C.) consta a lista de prescrições médicas conhecida como a mais antiga do mundo, e alguns estudiosos acreditam que a papoila do ópio seja aí mencionada. (3) O Papiro de Ebers (1552 a.C.) descreve o uso do ópio numa preparação que era utilizada para a sedação de crianças. (4)

Na antiguidade greco-romana o ópio era conhecido com um potente analgésico, mas também como sedativo, obstipante, e fonte de prazer. Hipócrates (460 a.C. - 390 a.C.), negou atributos mágicos ao ópio, e credibilizou a sua utilidade na medicina. Preconizava o seu uso enquanto narcótico e adstringente, no tratamento de doenças internas, doenças das mulheres e mesmo para travar epidemias. Posteriormente, a papoila e o ópio mantiveram a sua importância clínica com Dioscórides, Plínio, Celso, e mais tarde por Galeno. (1)

As Rotas da Seda, com inícios anteriores a I a.C., foram ao longo de séculos um instrumento de globalização e aculturação, e propagaram o comércio do ópio,

Por volta de 1000 d.C., a medicina árabe usava extensivamente o ópio. (3)

Na Idade das Trevas, é raro encontrar o ópio em registos históricos europeus. Era um assunto tabu nos círculos de estudo, durante a Santa Inquisição. (2)

Nos caminhos das Descobertas, os portugueses terão iniciado a comercialização do ópio ao longo do Mar da China Oriental, e por tal, a disseminação do seu consumo e do seu uso fumado. Os mercadores portugueses, levavam cargas de ópio indiano através de Macau diretamente para a China.

Em 1527, durante o auge da Reforma Protestante, o ópio é reintroduzido na literatura médica europeia por Paracelso, sob a forma de láudano do qual era um dos ingredientes.

No século XVII, Thomas Sydenham apresentou o *Laudanum de Sydenham*, um composto de ópio, vinho xerez e ervas.

Em 1753, Lineu classificou a papoila como '*Papaver somniferum*' no seu livro *Genera Plantarum*. Entretanto, navios da frota da Rainha Elizabete I compravam o mais fino opio indiano, e transportavam-no para Inglaterra. O ópio tornou-se um dos principais bens de troca entre Inglaterra e China, enquanto bem de luxo para a Europa, tal como o cravinho ou a pimenta, mas com o seu valor potenciado pelo poder aditivo.

Entre 1773 e 1793 a *British East India Company* assumiu o monopólio do comércio do ópio, e proibiu a venda do ópio indiano a qualquer outro país, o que gerou um movimento de contrabando para a China por troca com prata.

Em 1799, o Imperador da China Kia King reagiu ao crescimento da dependência em massa, e baniu completamente o ópio, tornando ilegal o comércio e o cultivo de papoila. (4)

Por essa altura, no raiar do século XIX, a *British Levant Company* comprava quase metade de todo o ópio que saía de Esmirna, na Turquia, estritamente para importação para a Europa e para os Estados Unidos. (2,4)

Em meados do século XIX, o comércio e o consumo de ópio catalisaram as Guerras do Ópio, ou Guerra Anglo-Chinesa, conflitos armados ocorridos envolvendo a China e a Grã-Bretanha nos anos de 1839-1842 e 1856-1860. A derrota da China na 1ª Guerra do Ópio esteve na base da cedência de Hong Kong.

Entretanto no ocidente, o consumo de opio e a produção de derivados, cresciam e ramificavam-se ao longo do século XIX.

### **Friedrich Wilhelm Adam Sertürner**

Em 1803, Sertürner era um jovem aprendiz de farmácia em Paderborn, Alemanha. Isolou uma substância ativa e aparentemente pura a partir do ópio, dissolvendo-o em ácido e neutralizando com amónia. Então, colocou estes cristais alcalóides na comida de ratos e cães da vizinhança. Estes adormeceram ou... morreram. (5,6) Posteriormente, Sertürner decidiu fazer testes em humanos: em si mesmo e em três amigos de 17 anos. Estes desenvolveram dores abdominais e desmaios, e Sertürner ficou muito sonolento. Preocupado, induziu o vómito em todos os indivíduos, e estes acabaram por recuperar, embora um deles ficasse bastante doente e "passasse a noite num sono profundo". (4,5,6) Este alcaloide, '*Principium somniferum*', era a morfina.

A morfina é 10 vezes mais potente que o ópio. Os médicos acreditaram que finalmente o ópio tinha sido domado, e a morfina foi apelidada de "*God's own medicine*" pela sua eficácia, efeitos duradouros e segurança. Em 1817 inicia-se o comércio da morfina. Em 1827 a Merck & Company, começou a manufatura e comercialização da morfina. (4,5,6)

Em 1874, foi sintetizada a partir da morfina, a diacetilmorfina ou diamorfina, também chamada de heroína. Foi acolhida como um promissor substituto da morfina. A Bayer iniciou a produção comercial de heroína, como supressor da tosse em crianças. A maioria dos médicos permaneceu ignorante quanto ao seu potencial aditivo, superior ao da morfina, até que o seu uso desviante tomou proporções alarmantes em 1903.

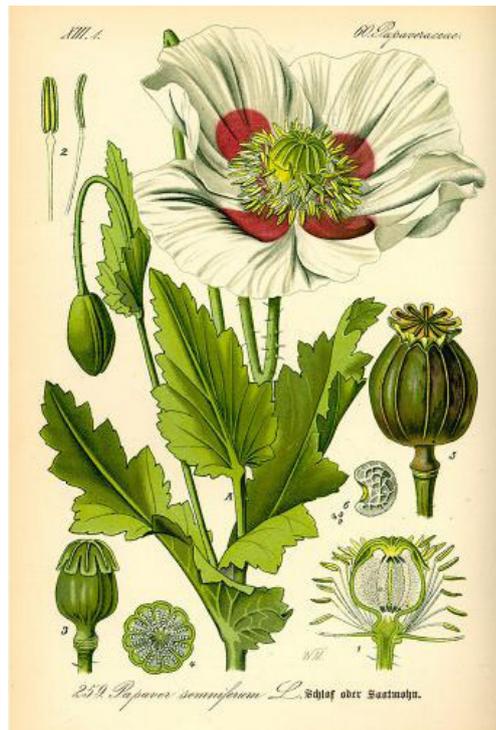


Figura 1. Ilustração científica da flor do ópio por Walter Müller no livro *Flora von Deutschland, Österreich und der Schweiz*, de Dr. Otto Wilhelm Thomé, (1885)

(disponível online em Biodiversity Heritage Library, Smithsonian Libraries and Archives acessado a 20/03/2024 em <https://www.biodiversitylibrary.org>)

### O Contexto da Dependência de Morfina

Após a Merck iniciar a comercialização da morfina, o mundo ocidental acolheu-a de braços abertos enquanto potente analgésico.

Quando em 1953, o médico escocês Alexander Wood inventou a seringa hipodérmica, a administração de morfina de forma rápida e mais que nunca eficaz, ficou garantida. (5)

Coincidindo com a sangrenta Guerra Civil Americana (1861-1865), e Franco-Prussiana (1870-1871), e com uma falta de conhecimentos gerais acerca de como utilizar os opioides, a seringa hipodérmica foi amplamente utilizada para administrar morfina, incluindo em kits individuais que cada soldado levava para o campo de batalha para autoadministração. A dependência de morfina, teve por primeiro nome “soldier’s disease”. (8, 9, 10)

Um número desconhecido de soldados voltou para casa dependente, com ou sem feridas de guerra orgânicas que necessitassem de alívio analgésico.

“Mesmo que um soldado ferido sobrevivesse à guerra sem se tornar dependente, havia uma boa hipótese de que viesse a encontrar um médico que usasse uma seringa hipodérmica. [...] Embora pouco curasse, poderia aliviar qualquer coisa”. “Médicos e pacientes ficaram tentados ao abuso.”, citando Courtright (10)

### A Mulher Enquanto Público Alvo de Opiácios

A mulher, enquanto cuidadora e mãe, foi a principal destinatária da catadupa de panaceias com opio, morfina, cânabis, álcool, heroína, etc., publicitados para todo o tipo de maleitas.

Destacamos o produto “Mrs. Winslow’s Soothing Syrup” cuja publicidade particularmente agressiva, mostrava bebês felizes e pacíficos, embalados por lindas e jovens mães. Era comercializado para acalmar a criança, para alívio na dentição, para limpar os dentes, para refrescar o hálito, e aliviar a obstipação. Continha uma quantidade perigosa de morfina e álcool, e podia ser adquirida sem receita médica.

A morfina pode ser fatal para as crianças, mesmo em pequenas doses. O “Mrs Winslows Syrup” permaneceu nas prateleiras dos consumidores até a década de 1930. (11) Contudo, versões simplificadas de preparados de tintura de opio, foram usados na Dinamarca até perto do ano 2000. (10, 11)

No Brasil ainda pode ser comprado o Elixir Paregórico. Este é tintura canforada de ópio, à base de Papaver somniferum, com o equivalente a 0,05% de morfina, além de excipientes. Em Resolução do Ministério da Saúde e Anvisa, datada de 2023, passou a ser obrigatória a prescrição médica, e proibido o uso pediátrico. (12)

### O Tratamento dos Vapores Femininos

A morfina e os seus preparados eram publicitados para a mãe e cuidadora, mas também para a mulher frágil, digamos, do sexo fraco.

Eram receitados por médicos para problemas femininos como nervosismo, letargia, dismenorreia, enjoo matinal, parto, e “vapores femininos”. Na altura, os médicos afirmavam que cerca de um quarto da população feminina sofria de vapores.

No uso arcaico, vapores são um estado no qual o sofredor perde o foco mental. Atribuídos principalmente às mulheres, e considerados resultantes de emanções internas (vapores) do útero, estava ligado ao conceito de histeria feminina.

Eram uma mal típico da época, e englobava estados como histeria, depressão, traços caracteriais, e incómodos sociais. Dada a grande variedade de condições que podiam ser abrangidas por este termo, não surpreende que fosse utilizado como instrumento de condicionamento social, especialmente quando se supunha que as mulheres que pensavam por si mesmas, sofriam dos vapores.

“Então, se você fosse uma mulher branca que pudesse pagar medicamentos prescritos e fosse ao médico por causa, digamos, de tosse ou cólicas menstruais, era muito mais provável que você saísse com uma receita de morfina do que qualquer outra pessoa,” (11, 13)

Os médicos americanos começaram a prescrever amplamente morfina na década de 1860 aos soldados e veteranos da Guerra Civil, e às mulheres de classe média e alta com “problemas”. (10, 13)

No fim do século XIX, a morfinomania era epidémica nos profissionais de saúde, no mundo do espetáculo, e nas mulheres (sobretudo caucasianas das classes média e alta).

“As complicações uterinas e ovarianas fazem com que mais mulheres adquiram o hábito [do ópio] do que todas as outras doenças combinadas”, escreveu o Dr. Frederick Heman Hubbard em seu livro de 1881, *O Hábito do Ópio e o Alcoolismo*.

### Ideal de feminilidade na época vitoriana

As drogas opiáceas proporcionam uma sensação de conforto ou euforia. Dado que os opiáceos eram medicamentos, as mulheres podiam desfrutar dos seus efeitos de uma forma socialmente aceite, enquanto o uso de outras substâncias, como o álcool, teria suscitado críticas sociais. As mulheres dependentes de opiáceos eram toleradas por manterem um estatuto de doença e incapacidade dentro da família e da sociedade.

No final do século XIX, as mulheres representavam mais de 60% dos dependentes opiáceos.

A morfinomania contribuiu para o retrato da mulher vitoriana: romântica, pálida, frágil, languida e adoentada. Esta imagem, de um romantismo negro, está representada na obra de arte de John Everett Millais, *Ofélia* (Figura 2.), que se encontra na Galeria Tate em Londres. A beleza na morte de Ofélia, (*Hamlet*, Acto IV), embora criação de Shakespeare (1564-1616), é a imagem feminina ideal do século XIX.

### Representações da Morfinomania na Pintura do Sec. XIX

Pela quantidade de exemplos de pinturas magníficas que retratam esta forma de ser no feminino, não foi possível destacar esta ou aquela obra de arte. Por tal, mencionam-se algumas referências que o leitor encontrará facilmente.

Sugerimos *Les Morphinées*, de Georges Moreau de Tours, (1891). Uma jovem olha-nos diretamente, enquanto se injeta no braço esquerdo, e ao seu lado está deitada outra dama, languida e desfalecida.

*La Morphinomane*, de Vittorio Matteo Corcos, (1899), é um quadro soturno em que uma dama impávida, de olhar penetrante, nos mostra braços desnudos expondo a fossa cubital esquerda como que expectante da seringa.

No esboço de *Les Morphinomanes* de Paul-Albert Besnard, (1887), uma mulher de face encovada e mão caquética é contemplada por um espectro feminino.

O esboço de Eugene Grasset, 1897, *La Morphinomane*, mostra uma jovem de cabelos soltos, desleixados, que com uma seringa se injeta na coxa esquerda, com um esgar de sofreguidão e dor, com o frasco que continha a morfina sobre uma mesa ao seu lado.

No livro de Paul Regnard, *Sorcellerie, Magnétisme, Morphinisme, Délire des Grands*, ilustrado com 120 gravuras de arte médica primando pelo descritivo, uma destas, apelidada de *Bras d'une Morphinomane*, demonstra uma quantidade extrema de estigmas de punção cobrindo o braço e antebraço de uma doente.



Figura 2. John Everett Millais – Ophelia – 1851.  
(Domínio público)

### Morfinismo em Portugal

O morfinismo manifestou-se em Portugal, ao mesmo tempo que nos EUA ou em países da Europa Central.

Em 1843, Almeida Garrett, no drama *Frei Luís de Sousa*, atribui a Maria a iniciativa de colocar debaixo da almofada um ramo de flores, dessas que fazem “dormir de um sono” (ato primeiro, cena IV). Esta descrição, embora seja um artifício literário, pois o efeito sedativo destas plantas resulta da ingestão do ópio ou seus alcaloides, confirma que Almeida Garrett conhecia o ópio e as suas propriedades psicoativas. (14)

### Considerações Finais

Ao longo das décadas de 1870 e 1880, foram crescendo nas revistas médicas advertências sobre o perigo da adição em morfina. Mas a educação médica inadequada, e a escassez de outras alternativas terapêuticas constituíram um obstáculo. As pressões financeiras também eram importantes: a procura de morfina por parte dos pacientes abastados, a concorrência de outros médicos e farmácias dispostas a fornecer narcóticos.

Em 1895, a morfina e o ópio em pó levaram a uma epidemia de dependência que afetou cerca de 1 em cada 200 americanos, e o típico viciado em opiáceos na América era uma mulher branca de classe alta ou média.

Os derivados do ópio incluem narcóticos poderosos como a morfina, a codeína, a heroína e a oxicodona. Atualmente, estes ocupam um lugar fundamental na farmacopeia, assim como os derivados semi-sintéticos do ópio (hidromorfona, hidrocodona, oximorfona, oxicodona). Quando falamos de metadona e fentanil, falamos de opioides sintéticos. Contudo, são das substâncias mais aditivas conhecidas, e por tal, das mais sujeitas a desvio para consumo abusivo e conseqüente risco de vida. (1)

Atualmente, o paradigma da validação da dor pela medicina é muito diferente. Permanecem diferenças na apreciação clínica dependentes do gênero, com a dor e os cuidados de analgesia a serem mais intensivos na população masculina e andronormativa. Hoje, tal como no século XIX, há um enviesamento na apreciação da variável dor que tem de ser combatido, pois a dor é um fenómeno universal, ainda que subjetivo.

É inegável que os opiáceos são excelentes fármacos para a dor orgânica severa. Contudo, é do conhecimento comum que um indivíduo que entre num serviço de urgência manifestando dor torácica, vai ter uma validação e investigação mais precoce e minuciosa que uma mulher. A dor do homem, ainda não é igual à dor da mulher.

Um problema que arrastamos do século XIX, é a vasta população adicta a opiáceos, que hoje em dia consideramos doente, com critérios de doença psiquiátrica explícita no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais 5.<sup>a</sup> edição), e também codificada na CID 11 (Classificação Internacional de Doenças, 11<sup>a</sup> revisão) como F11 – transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos. (15)

### Fontes e bibliografia final

1. United States Government. (2021). Cannabis, Coca, and poppy: Nature's addictive plants. DEA Museum. Acedido a 20 de março de 2024, em <https://museum.dea.gov/exhibits/online-exhibits/cannabis-coca-and-poppy-natures-addictive-plants>
2. A selected history of Opium. (2004, August 24). The New Humanitarian. Acedido a 20 de março de 2024, em <https://www.thenewhumanitarian.org/report/25857/afghanistan-selected-history-opium>
3. Norn, S., Kruse, P. R., & Kruse, E. (2005). Opiumsvalmuen og morfin gennem tiderne [History of opium poppy and morphine]. *Dan Medicinhist Arbog*, 33, 171-184. Danish. PMID: 17152761.
4. Norn, S., Kruse, P. R., & Kruse, E. (2005). Opiumsvalmuen og morfin gennem tiderne [History of opium poppy and morphine]. *Dan Medicinhist Arbog*, 33, 171-184. Danish. PMID: 17152761.
5. Encyclopædia Britannica, inc. (n.d.). The opium wars. Encyclopædia Britannica. Acedido a 20 de março de 2024 em <https://www.britannica.com/money/topic/opium-trade/The-Opium-Wars>
6. Thomé, O. W., & Migula, W. (1886). *Prof. dr. Thomé's Flora von Deutschland, Österreich und der Schweiz, in wort und bild, für schule und haus ... mit ...*: Vols. Bd. 2 (1886). Acedido em 20 de março de 2024 em <https://www.biodiversitylibrary.org/page/4317579#page/340/mode/1up>
7. Buckenmaier, C. C. , et al. (eds.) (2019). *Acute Pain Medicine* (New York, 2019; 'Chapter 26'; online edn, Oxford Academic, 1 Apr. 2019). Acedido em 20 de março de 2024. <https://doi.org/10.1093/med/9780190856649.001.000>. <https://www.dvcipm.org/site/assets/files/1083/chapt26.pdf>
8. Corrêa, A. (2022). *Como a Guerra Civil levou a 1a epidemia de drogas dos EUA*. BBC News Brasil. Acedido a 20/março de 2024 em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-60080726>
9. PBS. (1998). *Opium Throughout History: The Opium Kings*. FRONTLINE | PBS. Pbs.org. Acedido em 20 de março de 2014 em -nbbn <https://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/heroin/etc/history.html>
10. *Inside the story of America's 19th-century opiate addiction*, Smithsonian.com. Available at: <https://www.smithsonianmag.com/history/inside-story-americas-19th-century-opiate-addiction-180967673/> (Accessed: 18 September 2023).
11. *Mrs. Winslow's soothing syrup (no date)*. Mrs. Winslow's Soothing Syrup | DEA Museum. Available at: <https://museum.dea.gov/museum-collection/collection-spotlight/artifact/soothing-syrup> (Accessed: October 2023). Magazine, S. (2018).
12. Resolução – RDC nº 784, de 31 de março de 2023. Diário Oficial da União. Publicado em: 04/04/2023 | Edição: 65 | Seção: 1 | Página: 79 Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada.
13. McMahan, M. (2023). *What were the 'vapors'?*, Historical Index. Available at: <https://www.historicalindex.org/what-were-the-vapors.htm>. Last Modified Date: September 28.2023. Accessed: October 2023.
14. Ribeiro, J. S. (1999). Contributo para a história dos consumos de droga em Portugal. *Revista TOXICODPENDÊNCIAS*, Edição SPTT. <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?key=&doc=41323&img=25415&res=150>.
15. Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). "Brave men" and "Emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
16. MyBib Contributors. (2019, May 26). APA Citation Generator – FREE & Fast – (6th Edition, 2019). MyBib. Acedido a 20 de março de 2024 em <https://www.mybib.com/tools/apa-citation-generator>

# Nise da Silveira, a primogénita brasileira

Beatriz Jorge, Pedro Veloso, Rita Dios

Hospital de Braga

E-mails: bea.negocios@gmail.com, fveloso.pedro@gmail.com, ritadios@campus.ul.pt

## Resumo

Há trajetos que se destacam ao longo da história, transportando com eles retratos e reflexões de uma época, por onde vão passando. É o caso de Nise da Silveira, a primeira mulher psiquiatra a exercer no Brasil.

O presente trabalho tem como objetivo dar a conhecer o seu percurso de vida e as contribuições que exerceu, com impacto nos tempos hodiernos. Com percurso pessoal invulgar, médica dedicada e investigadora, ficou conhecida pelo seu método de abordagem humanizada da psiquiatria, em particular na doença mental grave opondo-se aos métodos coercivos e invasivos de tratamento comumente utilizados na época, bem como à atribuição pioneira do valor artístico das obras realizadas pelos seus doentes, entre 1946 e 1999, ano do seu falecimento.

Apresenta-se uma revisão narrativa, capturando um “tempo diferente da loucura” e o testemunho do olhar de um “anjo duro”, vanguardista e humanista.

**Palavras-chave:** mulher, pioneira, loucura, psiquiatria

## Abstract

There are paths that stand out throughout history, carrying with them portraits and reflections of an era, wherever they go. This is the case of Nise da Silveira, the first woman psychiatrist to practise in Brazil.

The aim of this paper is to reveal her life journey and the contributions she made that have an impact on modern times. As a dedicated doctor and researcher, she became known for her humanised approach to psychiatry, particularly severe mental illness, opposing the coercive and invasive treatment methods commonly used at the time, as well as for her pioneering attribution of artistic value to the works made by her patients, between 1946 and 1999, the year of her death.

A narrative review is presented, capturing a “different time of madness” and the testimony of the gaze of a “tough angel”, avant-garde and humanist.

**Keywords:** woman, pioneer, madness, psychiatry

## Introdução

### *O percurso inicial de Nise*

Nise da Silveira nasceu a 15 de fevereiro de 1905, em Maceió, Alagoas.

Era filha única. A sua mãe, exímia pianista, sonhava em fazer da filha sua seguidora. Seu pai, além de professor, era jornalista. Faustino Silveira chegou a ser diretor do Jornal de Alagoas junto com seus irmãos.

Desde criança Nise conviveu com animais. Na infância tinha dois cães: Top e Jiqui. No final da vida chegou a ter 23 gatos morando com ela em um apartamento no Rio de Janeiro.

Em dezembro de 1920, com 15 anos, conclui seus estudos secundários no Colégio S. S. Sacramento. Os estudos do ensino superior, de 1921-1926, a 2 de dezembro de 1926, em Salvador, e Nise foi a única mulher a graduar-se entre os 157 alunos da Faculdade de Medicina da Bahia.

Mudou-se para o Rio de Janeiro onde, em 1928, iniciou estágio na renomada Clínica Neurológica do professor Antonio Austragésilo. Nesta época, morava com seu primo e companheiro Mário Magalhães.

Em 1933 foi aprovada em Concurso Público no Serviço de Assistência e Psicopatias e Profilaxia Mental, antiga Divisão Nacional de Saúde Mental. No ano seguinte, começou a trabalhar no Hospital da Praia Vermelha (hoje Hospital Pinel), onde também passou a residir.

Nise era apenas simpatizante dos ideais comunistas. Ela esteve vinculada ao Partido Comunista Brasileiro entre 1931 e 1933, quando foi expulsa por não ter tempo para o partido, pelos seus desejos de estudar.

Nesta época, a polícia política de Getúlio Vargas perseguia brutalmente os militantes comunistas e prendia qualquer um que estivesse sob suspeita de ter ligações com o Partido Comunista do Brasil. Como Nise da Silveira

mantinha livros socialistas em sua estante no hospital, foi presa injustamente no dia 26 de março de 1936, denunciada por uma auxiliar. Ficou na Casa de Detenção durante um ano e quatro meses, onde conheceu e fez amizade com Olga Benário, Graciliano Ramos e outros participantes do movimento comunista.

Foi libertada em junho de 1937, mas ficou afastada do serviço público até 1944, período em que vagava pelo Brasil sem residência fixa, com medo de nova prisão.

Anistiada em 1944, voltou ao serviço público no dia 17 de abril, e iniciou trabalho no Hospital do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro.

### ***Contra os antigos engenhos***

Pode afirmar-se que a primeira metade do século XX foi caracterizada pela hegemonia das concepções fiscalistas da doença mental, claramente articuladas com os ideais da eugenia e do higienismo que proliferavam em contextos tão distintos quanto a Alemanha nazista e países latino-americanos como Argentina, México e Brasil. A década de 1930 foi particularmente propícia ao advento de técnicas fiscalistas de tratamento que elegiam o cérebro como seu terreno privilegiado de intervenção, tais como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia.

Contrariando os métodos de tratamento então em uso, Nise procurou novas abordagens terapêuticas para pacientes com doenças psiquiátricas. Acreditava que a linguagem não verbal das artes plásticas poderia permitir que os pacientes se expressassem e organizassem o seu mundo subjetivo. Silveira introduziu aulas de pintura e modelagem para doentes com esquizofrenia no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Rio de Janeiro, de 1944 a 1975.

Em 1946, criou e foi a diretora da Seção de Terapia Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, posteriormente conhecido como Centro Psiquiátrico Pedro II.

Em 1947, com o apoio do Ministério da Cultura, realizou a primeira exposição com os materiais produzido pelos seus doentes. Exposição semelhante aconteceu em 12 de outubro de 1949 no Museu de Arte Moderna, em São Paulo, intitulada Nove Artistas do Engenho de Dentro, tendo Nise prefaciado o Catálogo da Amostra.

Em 1950, o material exposto em São Paulo foi apresentado no Salão Nobre da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, com o apoio do vereador e Presidente da Câmara, o poeta e também médico, Jorge de Lima.

A articulação entre a terapêutica de Nise e o uso das atividades de expressão visual também encontrou na obra de Carl Gustav Jung, pai fundador da psicologia analítica, uma incessante fonte de inspiração.

A partir da observação da recorrência de figuras circulares e concêntricas na produção dos seus pacientes.

A manifestação espontânea de tais figuras era produto da linguagem simbólica do inconsciente coletivo. Como se sabe, Jung, dissidente de Freud, acreditava que haveria nas profundezas do psiquismo uma camada ainda mais



Figura 1. As mandalas dos doentes do Engenho de Dentro (In Itaú cultural)

profunda, repleta de matrizes imagéticas primordiais, os arquétipos, presentes nas mais diversas culturas ao longo dos séculos (Jung, 2008).

## Nise e Jung

Nesse ponto encontram-se as origens da relação entre Nise e Jung, conforme narrado no segundo capítulo do livro *Imagens do inconsciente*.

Em 1954, a médica alagoana, depois de reunir centenas dessas imagens no ateliê do Engenho de Dentro, escreveu uma carta ao próprio psiquiatra suíço perguntando se elas seriam mandalas e como interpretá-las.

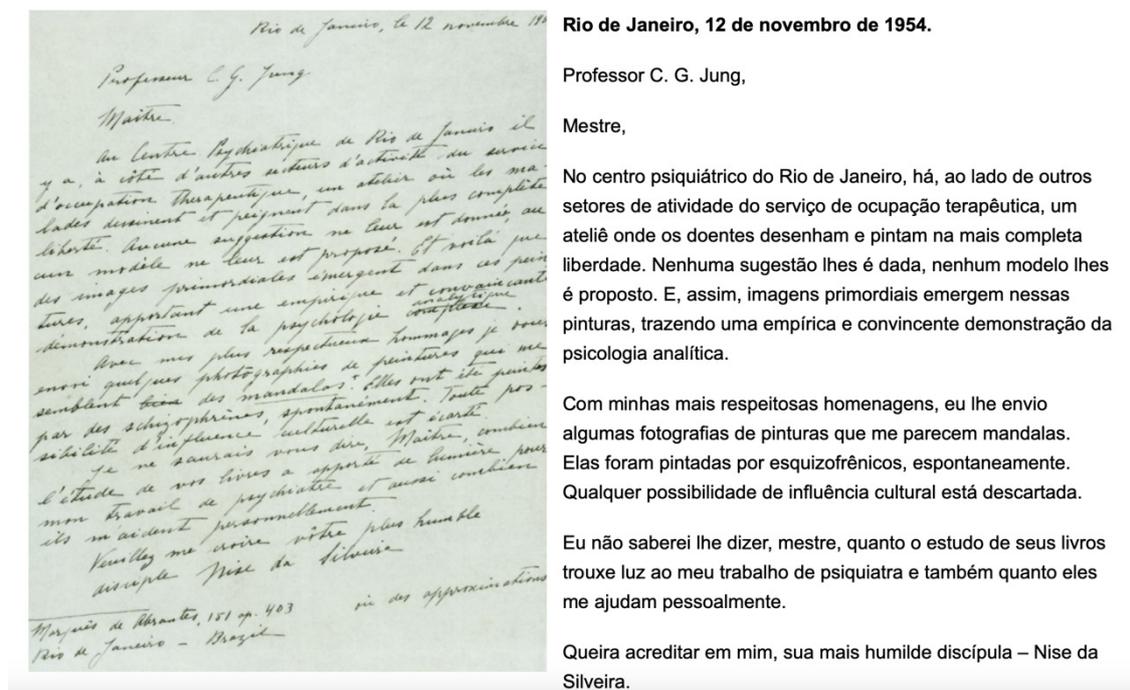


Figura 2. Carta de Nise de Silveira a Carl Jung, em novembro de 1954.

A secretária de Jung, Aniela Jaffé, respondeu um mês depois, confirmando serem essas imagens mandalas – isto é, símbolos universais da unidade, presentes em diversas culturas desde os tempos mais remotos –, o que demonstraria a tendência do inconsciente para compensar a situação de caos do consciente na esquizofrenia. Aí se vislumbra uma espécie de vitalismo que concebe um potencial reorganizador e autocurativo da psique, em homologia com os organismos vivos: a criação de imagens constituía não só um caminho de acesso ao inconsciente, mas também um meio de eficácia terapêutica. Para a psiquiatra, se a experiência psicótica seria fundamentalmente caracterizada por uma fragmentação do psiquismo, o ato de pintar e de modelar teria uma função integradora.

## Conclusão

### O legado de Nise

O trabalho da Dra. da Silveira e seu Museu das Imagens do Inconsciente desempenham um papel fundamental na história da psiquiatria no Brasil.

Foi o embrião do Grupo Carl Jung, que somente seria formalizado em 1968. Por causa destas reuniões, Nise foi surpreendida em 1964 com uma denúncia ao Serviço Nacional de Informação, que partiu de um morador do prédio. Em plena Ditadura Militar, o apartamento foi vasculhado, mas não encontraram nada que pudesse comprometer a moradora famosa.

Em 1975, aposentou-se do Serviço de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental. Tinha 70 anos de idade.

Nise faleceu de complicações respiratórias em 30 de outubro de 1999, aos 94 anos.

Em 1999, por decreto, o governador de Alagoas, instituiu a Comenda Nise da Silveira, outorgada a mulheres que se destacam na sociedade alagoana, principalmente na luta em defesa da cidadania. As homenagens acontecem sempre no dia 8 de março, Dia Internacional da Mulher.

No ano 2000, o Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, foi municipalizado e em homenagem à fundadora do Museu passou a chamar-se Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira.

No seu livro sobre Nise, “*Abecedário de uma libertadora*”, Didimo Otto Kummer refere-se a ela como uma revolucionária: “*apaixonada pelos que estão à margem da vida*”.

Nise tornou-se uma referência nacional na Psiquiatria. As transformações nos serviços psiquiátricos, através de oficinas com atividades expressivas, alinham-se para se expressar e se relacionar ativamente com alguém que o aceita e tenta compreendê-lo em sua forma peculiar de linguagem”.

### Obras publicadas

- 1968 – Lançou o seu primeiro livro “**Jung: Vida e Obra**”, José Álvaro – Editor, Rio de Janeiro, com 194 páginas.
- 1979 – Publicou “**Terapêutica Ocupacional**” com 66 páginas, pela Casa das Palmeiras.
- 1981 – Lançou o livro “**Imagens do Inconsciente**”, pela Editora Alhambra – Rio de Janeiro, contendo 346 páginas.
- 1987 – **A emoção de lidar**. Coordenação e prefácio de uma experiência em psiquiatria na Casa das Palmeiras. Editora Alhambra. 1987 – **Imagens do Inconsciente**. Editora Alhambra.
- 1989 – O livro “**Artaud: a nostalgia do Mais**” foi publicado pela Editora Numem, com 91 páginas.
- 1990 – Pela mesma Editora lançou o livro “**A Farra do Boi, do sacrifício do touro na Antiguidade à Farra do Boi Catarinense**”, com 127 páginas. 1992 – Publicou o livro “**O Mundo das Imagens**”, pela Ática, com 165 páginas.
- 1995 – Lançamento do livro “**Cartas à Spinoza**”, Editora Francisco Alves, Rio de Janeiro, com 128 páginas.
- 1998 – Sua última obra “**Gatos, a emoção de lidar**”, Léo Cristiano Editorial, com 72 páginas, recheada de fotografias de Sebastião Barbosa.

### Referências Bibliográficas

- Guimarães, J., & Saeki, T. (2007). Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira [Time in mental illness according to Nise da Silveira]. *Ciência e Saude Coletiva*, Mar-Apr; 12(2), 531-538. Portuguese. doi: 10.1590/s1413-81232007000200029. PMID: 17680107.
- Amendoeira, M. C., Cavalcanti, M. T. (2006). Nise Magalhães da Silveira (1905-1999). *Am J Psychiatry*. Aug; 163(8): 1348. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1348. PMID: 16877645.
- Magaldi FS. Psyche meets matter: body and personhood in the medical-scientific project of Nise da Silveira. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2018 Mar; 25(1): 69-88. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0104-59702018000100005. PMID: 29694527.
- Magaldi, F. (2019, December). Das memórias de Nise da Silveira no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro. *Mana*, 25(3), 635-665. <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n3p635>

# Dona Maria I – a rainha louca?

Mariana Rebelo Soares, Margarida Lisboa Silva, João Queirós

Hospital Júlio de Matos – ULS São José

E-mails: marianasoares@ulssjose.min-saude.pt, margaridalisboa@ulssjose.min-saude.pt,  
joaqueiros@ulssjose.min saude.pt

## Abstract

Queen Maria I of Portugal and the Algarves since 1777, later Queen of the United Kingdom of Portugal, Brazil, and the Algarves, went down in History as “Maria the Mad”. Despite the lack of information in medical reports of the time, according to the known data, Queen Maria is said to have begun exhibiting symptoms suggestive of depressive episodes after multiple deaths of loved ones, later switching between these and manic episodes with psychotic symptoms, with the diagnosis of bipolar disorder being the most plausible. While it is true that historical research suggests a diagnosis of mental disorder, it is also true that the epithet given to the queen carries a stigmatizing burden. Emerging in a context where information about mental illness was scarce and where it was common to label a woman as “mad”, this epithet became a historical contribution to the perpetuation of the stigma surrounding mental illness.

**Keywords:** madness, queen, bipolar disorder, stigma

## Resumo

Dona Maria I, rainha de Portugal e dos Algarves desde 1777, mais tarde, Rainha do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves, eternizou-se na História como “Maria, a Louca”. Apesar da escassez de informação em relatórios médicos da época, segundo os dados conhecidos, Dona Maria terá iniciado, após sucessivas mortes de entes queridos, sintomas sugestivos de episódios depressivos, alternados mais tarde com episódios maníacos, com sintomatologia psicótica, assumindo-se como mais provável o diagnóstico de perturbação bipolar. Se é certo que a investigação histórica evidencia um diagnóstico de perturbação mental, é também certo, contudo, que o cognome dado à rainha acarreta uma pesada carga estigmatizante. Tendo surgido num contexto em que era escassa a informação sobre doença mental, sendo comum utilizar a loucura para descrever uma mulher, este cognome tornou-se um importante contributo histórico para a perpetuação do estigma associado à doença mental.

**Palavras-chave:** loucura, rainha, perturbação bipolar, estigma

## Introdução

Dona Maria I apresenta-se nos registos históricos e na memória portuguesa e brasileira como uma figura-chave entre os governantes portugueses, uma vez que se tornou a primeira rainha reinante de Portugal e a primeira rainha do Brasil (Barbero, 2022). A história de Dona Maria I é marcada por desafios políticos em Portugal e no Brasil, bem como por lutas pessoais relacionadas com doença mental. (Módolo, 2020). De facto, Dona Maria I entrou na História como “Maria, a Louca” no Brasil e como “a Piedosa” em Portugal (Barbero, 2022).

O presente artigo visa analisar, à luz do seu contexto e da evidência histórica existente, o possível diagnóstico de Dona Maria I, procurando compreender os motivos pelos quais a sua figura ficou associada ao cognome “a louca”, e refletindo sobre as consequências e a carga estigmatizante de um tal epíteto ao longo das gerações.

## Contextualização Histórica

Maria Francisca Isabel Josefa Antónia Gertrudes Rita Joana nasceu a 17 de dezembro de 1734 em Lisboa (Barbero, 2022). Em 1777, ascendeu ao trono de Portugal, tornando-se a primeira rainha reinante do país. Casou-se com o seu tio, Pedro de Bragança, que posteriormente se tornou D. Pedro III, o que fortaleceu os laços entre Portugal e Espanha. Recebeu uma educação rigorosa, fortemente influenciada por valores e princípios religiosos, tornando-se uma católica devota, num período em que os tribunais da Inquisição ainda estavam em funcionamento. Em termos de personalidade, é descrita como uma mulher reservada, modesta, conservadora e discreta. Deste modo, em Portugal, reconhecida pela sua devoção religiosa e piedade, Dona Maria I ganhou o cognome “A Piedosa” (Módolo, 2020).

Foi ao longo do seu reinado que Dona Maria I evidenciou os primeiros sinais de instabilidade emocional e alterações comportamentais, o que acabou por desencadear grande especulação sobre a sua condição mental. Em 1792, foi declarada incapaz de governar pelos médicos da corte, pelo que suas funções foram transferidas para o seu filho mais velho, de seu nome João, que se tornaria D. João VI, o que marcou o início da regência.

Durante o seu reinado, a invasão das tropas napoleónicas em 1807 forçou a família real a exilar-se no Brasil, onde estabeleceram o governo. O Brasil tornou-se independente oito anos depois, deixando de ser uma colónia para se integrar no Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves. Dona Maria I veio a falecer em 20 de março de 1816, no Rio de Janeiro. A sua memória é lembrada tanto em Portugal como no Brasil, com perspetivas distintas sobre a sua personalidade e saúde mental na História. Assim, como anteriormente mencionado, em Portugal ficou conhecida como “A Piedosa”, adquirindo, por outro lado, no Brasil, o cognome: “A Louca” (Cheniaux, 2021).

### **Dona Maria – História Clínica**

Sendo escassa a informação disponível nos registos médicos da época de Dona Maria I, é ainda assim possível obter dados importantes do quadro clínico contextualizados na sua história de vida, cuja análise permite uma interessante discussão diagnóstica.

Começando a análise pelas experiências precoces da sua vida, previamente à ascensão ao trono, dois eventos de natureza traumática deixaram uma marca indelével na vida de Dona Maria I. Por um lado, o Terramoto de 1755, que causou a destruição da cidade de Lisboa. Por outro, a tentativa de assassinato do pai, D. José I, em 1758, seguida da cruel execução da família Távora, que foi implicada no ataque, o que provocou grande choque na futura rainha, dada a relação próxima desta família com a casa real (Peters, 2013).

Após assumir o trono, Dona Maria viveu períodos conturbados, marcados por uma série de perdas devastadoras. De facto, num intervalo de apenas três anos, a rainha lamentou a morte de seis entes queridos. Em maio de 1786, perdeu o marido, que terá falecido por uma trombose. Em 1788, decorreram várias mortes na sua família por varíola, doença para a qual a rainha recusara vacinar-se por motivos religiosos. Assim, faleceu em setembro desse ano o seu filho mais velho, D. José, seguido, em novembro, da morte sua filha, Mariana Vitória, bem como do marido desta e filho recém-nascido de ambos. Ainda nesse ano, faleceu de trombose o confessor e confidente da rainha, Frei Inácio de São Caetano. Por fim, no final do ano de 1788, faleceu D. Carlos III da Espanha, sogro de Mariana Vitória e tio de D. Maria I (Roberts, 2012).

Perante todas estas perdas, começaram a surgir os primeiros sintomas de doença mental, incluindo ansiedade, boca seca, dores corporais e tremores. Aos 56 anos, em 1791, verificou-se agravamento da sintomatologia, tendo a rainha passado por episódios depressivos caracterizados por melancolia, insónia, perda de apetite, sentimentos de culpa, bem como ideias persistentes relacionadas com o inferno e ainda uma ideia niilista, uma vez que acreditava que estava “morta por dentro e sem vísceras”. O seu novo confessor, que terá sucedido Frei Inácio após a morte deste, de seu nome Monsenhor José Maria de Melo, poderá ter tido um papel nas crenças mencionadas, lembrando constantemente a rainha do massacre dos Távoras e pregando sobre os horrores e penitências do Inferno. Aos 58 anos, começaram a surgir sintomas sugestivos de quadros maniformes, com irritabilidade e períodos de alegria excessiva, discurso incoerente, agitação e heteroagressividade, que duravam vários dias e alternavam com episódios depressivos (Cheniaux, 2021).

Dona Maria I terá recebido vários tratamentos, contudo, sem qualquer melhoria. Em 1792, um médico inglês que não possuía licença, chamado Dr. Francis Willis, foi convocado a Portugal para tratar a rainha, uma vez que já teria tratado anteriormente, e com aparente sucesso, D. Jorge III, rei da Inglaterra, utilizando um método conhecido como “tratamento moral”. Embora alguns autores modernos tenham sugerido o diagnóstico de porfíria para o caso do rei inglês, há descrições detalhadas de episódios maníacos e depressivos, levando à especulação de que este poderá ter tido uma perturbação bipolar. O tratamento moral consistia numa abordagem psicológica em oposição às intervenções físicas populares da época. A informação sobre os métodos terapêuticos aplicados por Willis no caso de Dona Maria I é pouco clara. Se, por um lado, alguns autores acreditam que o médico adotou uma abordagem semelhante à que terá sido usada para tratar o rei de Inglaterra, são também mencionados em registos biográficos da rainha outros métodos como o uso de camisas de força, banhos de água fria, enemas e ainda indução do vômito. Dona Maria I terá recebido outros tipos de tratamento através de sangrias, banhos de água sulfurosa, dietas e ingestão de quinino e valeriana. No entanto, nenhuma das medidas terapêuticas aplicadas demonstrou qualquer eficácia (Módolo, 2020).

## História Familiar

Na família de Dona Maria I, onde a consanguinidade era comum, foram registados diversos outros casos de perturbação mental. D. Filipe V da Espanha, avô de Dona Maria I, acreditava que o fogo o consumia por dentro como castigo pelos seus pecados, oscilando entre extrema letargia e explosões de violência. Por outro lado, D. Fernando VI, tio de Dona Maria I e filho de D. Filipe V, acreditava que morreria repentinamente se se deitasse, tendo ainda comportamentos autolesivos, como bater com a sua cabeça na parede, e alternava entre noites sem dormir e períodos de completa apatia. A sua mãe, Maria Vitória, sofreria de melancolia, sobre a qual escrevia em cartas para a família, sendo também provável que duas irmãs de Dona Maria I, Mariana e Dorothea, sofressem da mesma perturbação (Cheniaux, 2021). Por fim, existe ainda evidência de que o filho de Dona Maria I, D. João, tivesse também episódios compatíveis com melancolia (Peters, 2013).

## Discussão diagnóstica

Apesar da falta de informação nos registos médicos da época, de acordo com os dados disponíveis, Dona Maria I apresentava psicopatologia sugestiva de episódios depressivos com sintomas psicóticos, nomeadamente ideias delirantes místicas e niilistas, congruentes com o humor. Estes episódios eram alternados com episódios maníacos, o que sugere como hipótese de diagnóstico mais provável a perturbação bipolar (Saraiva, 2014). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a perturbação bipolar é uma perturbação de humor episódica, definida pela ocorrência de episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos, que alternam ao longo do curso da doença com episódios depressivos (Almeida, 2020).

O primeiro episódio na perturbação bipolar geralmente surge após um evento de stress, sendo que os primeiros sinais e sintomas na rainha se manifestaram após o falecimento de seis familiares (Cheniaux, 2021). Inicialmente depressivo, este episódio foi seguido, mais tarde, por sintomas característicos de episódio maniforme, conforme é comum nesta condição (Saraiva, 2014).

Como descrito previamente, existia história familiar de múltiplos casos sugestivos de perturbação depressiva e de perturbação bipolar, o que se apresenta como fator de risco importante. De facto, a perturbação bipolar está associada a uma predisposição genética significativa, havendo uma hereditariedade de 58 a 85% (Pereira, 2022).

Por outro lado, outro fator de risco a considerar é a consanguinidade presente na família real, sendo que, durante os séculos XVIII e XIX, os casamentos reais entre indivíduos da mesma família eram comuns na Europa. Estas uniões tinham frequentemente motivações políticas, em particular em países como Portugal, onde a manutenção da estabilidade política e da soberania era primordial, especialmente após a restauração da independência em 1640. As divisões religiosas por toda a Europa também desempenharam um papel importante na origem da consanguinidade na realeza, uma vez que limitavam a seleção de potenciais parceiros católicos com os quais a família real portuguesa se pudesse unir. Como consequência, Portugal procurava uniões matrimoniais com países católicos como Espanha ou França, excluindo frequentemente países do norte da Europa, incluindo a Grã-Bretanha, apesar dos estreitos laços políticos, industriais e económicos existentes. Deste modo, os casamentos consanguíneos eram prevalentes na família de Dona Maria I, o que poderá ter contribuído para um risco acrescido de perturbação bipolar. Efetivamente, a evidência atual demonstra uma prevalência mais elevada de perturbação mental, em particular de perturbação bipolar, entre os indivíduos nascidos de uniões consanguíneas (Peters, 2023).

Por outro lado, é de salientar que a doença da rainha teve início aos 56 anos, uma idade considerada avançada, sendo a idade média para o aparecimento dos sintomas da perturbação bipolar de aproximadamente 25 anos a nível mundial e de 29 anos na Europa. Sabe-se que a doença bipolar de início precoce surge por volta dos 19 anos, tendo maior associação com comorbilidades psiquiátricas e sintomas depressivos mais graves. Por outro lado, a doença bipolar de início tardio surge, em média, pelos 42 anos (Pereira, 2022). Em 5 a 10% dos casos, a perturbação bipolar surge após os 50 anos, como no caso em apreço, estando geralmente associada a doenças cerebrais, sexo feminino e bom funcionamento pré-mórbido (Cheniaux, 2022).

## O Estigma

Na época de Dona Maria I, as doenças mentais eram frequentemente interpretadas através de uma lente religiosa, sendo atribuídas a possíveis possessões demoníacas. A visão contemporânea da perturbação bipolar, caracterizada por episódios alternados de mania e depressão, só começou a surgir após a sua morte. Foi somente em 1899, com Kraepelin, que o termo “loucura maníaco-depressiva” foi cunhado, marcando o início de uma compreensão

mais científica e clínica destas perturbações. Adicionalmente, terapêuticas eficazes para abordar a perturbação bipolar só foram desenvolvidas no século XX, proporcionando uma melhoria significativa na abordagem desta doença mental.

Deste modo, a falta de compreensão e de tratamentos eficazes para doenças mentais na época de Dona Maria I poderá ter contribuído significativamente para a perpetuação do estigma associado à doença mental. A ignorância sobre as causas reais das perturbações mentais levava muitas vezes a interpretações erróneas e à culpabilização do doente pela sintomatologia. Adicionalmente, o contexto religioso da época poderia reforçar ainda mais a ideia de que a doença mental era uma forma de punição divina (Cheniaux, 2022).

Curiosamente, embora a doença da rainha se tenha manifestado inicialmente em Portugal, foi no Brasil que ela se tornou amplamente conhecida como “a Louca”. Efetivamente, o Brasil tornou-se independente em 1822, com o neto de Dona Maria I, D. Pedro I, a assumir a liderança do novo reino. No entanto, perante a necessidade de uma libertação completa da influência portuguesa e da memória do passado colonial, surgiu o desejo de o Brasil se tornar uma República. Foi este mesmo desejo que acabou por originar o título de “Maria, a Louca”, uma vez que parte da agenda republicana passava por criar uma imagem negativa da família real portuguesa. Assim, no contexto da época, a “loucura” de Dona Maria I não foi mais do que uma imagem cuidadosamente criada para apoiar uma agenda específica. De facto, no período histórico em que viveu Dona Maria I, era comum rotular uma mulher como “louca”, pelo que, ao servir os interesses políticos da época, o seu estado de saúde mental debilitado foi aproveitado para a construção de uma imagem e de um cognome pejorativos, que ficaram para sempre marcados na História. Este cognome, infelizmente, contribuiu de forma significativa para o estigma associado à doença mental, em particular em torno da doença mental feminina, marcando indelevelmente os séculos e as gerações que se seguiram (Barbero, 2022). Assim, torna-se fundamental combater o estigma enraizado em torno das doenças mentais, especialmente as que afetam as mulheres, adotando uma abordagem feminista e contextualizando historicamente as narrativas.

### Conclusões

O diagnóstico mais provável de Dona Maria I seria Perturbação Bipolar de início tardio, caracterizada por episódios maníacos e depressivos com sintomatologia psicótica associada.

Perante as manifestações implicadas neste diagnóstico, acabou por ficar conhecida por “Maria, a Louca”. Este cognome e o estigma associado têm sido prejudiciais não apenas para a memória de figuras históricas como Dona Maria I, mas também para a compreensão e empatia em relação às pessoas que sofrem de perturbações psiquiátricas.

Recentemente, historiadoras começaram a escrever sobre esta rainha, que foi popular durante o seu tempo e que se diz ter sido uma boa governante, mas que foi marcada para sempre pela escrita da História. Assim, os livros de História atuais deveriam contextualizar o uso do termo “loucura”, enquadrando-o no seu tempo histórico (Barbero, 2022). Só assim será possível quebrar a corrente de estigma que, durante séculos, associou os conceitos de Mulher e Loucura.

### Referências bibliográficas

- Almeida, M. S. C., Sousa Filho, L. F. D., Rabello, P. M., & Santiago, B. M. (2020). Classificação Internacional das Doenças-11ª revisão: da concepção à implementação. *Revista de Saúde Pública*, 54, 104.
- Barbero, N. (2022). *The Formation Of Maria I, Queen Of Portugal, As A 'Madwoman'In Brazil*. Final Essay for Methodology in the Study of History – Sapienza Univesità di Roma, Itália.
- Cheniaux, E., Nardi, A. E., Gomes, M. (2021). Qual seria o diagnóstico psiquiátrico de D. Maria I, a “rainha louca”? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, nº 3, 275-279. Acedido a 20 de setembro de 2023 em <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/sSyznLxgWV6kfCB5CbrMDxh/>.
- Módolo, M., Negro, H. D. O. B., Fernandes, N. R., Porto, N. P., & Dias, F. G. (2020). DEL PRIORE, Mary. D. Maria I: as perdas e as glórias da rainha que entrou para a história como “a louca”. São Paulo: Benvirá, 2019, 224 p. ISBN: 978-85-5717-316-3. *LaborHistórico*, 6(1), 339-347.
- Pereira, D. P. J., & Pereira, J. (2022). *Raciocínio Clínico em Psiquiatria 1*. Vol. I. Lidel-Edições técnicas, Lda. Lisboa.
- Peters, T. J., & Willis, C. (2013). 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. Acedido a 20 de março de 2024 em <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0957154x13482832>.
- Roberts, J. (2012). *D. Maria I – A vida notável de uma rainha louca*. Leya. Alfragide.
- Saraiva, C.B., & Cerejeira, J. (2014) *Psiquiatria Fundamental*. 1ª edição, Lidel. Lisboa.

# D. Maria I, história e psicopatologia da rainha “louca”

Isabela Faria<sup>1,2</sup>, Joana Marques-Pinto<sup>1,2</sup>, Carla Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

E-mail: 12003@chuc.min-saude.pt

## Resumo

D. Maria I (1734-1816) ficou conhecida na História da monarquia como a “Rainha Louca”. No decorrer da sua vida, viveu o conturbado terramoto de 1755, o atentado do seu pai D. José I, a execução de nobres acusados de conspiração, entre outras vivências. Os tempos na Europa que se viviam tumultuosos pela Revolução Francesa, aliados a diversos eventos de vida negativos, marcaram a sua vida, havendo descrições de períodos de aflições melancólicas, discurso incoerente que, segundo registos, terá evoluído para sintomatologia descrita como “insanidade que chegou ao delírio total”. Algumas das descrições históricas são congruentes com o diagnóstico de Doença bipolar, com psicopatologia importante que, em 1792, levou a que fosse considerada incapaz de governar, dando lugar ao filho D. João VI. Pretende-se com este trabalho explorar a doença mental e psicopatologia que pautaram a vida da rainha D. Maria I resultando num dos reinados mais singulares da monarquia portuguesa.

**Palavras-chave:** psicopatologia, monarquia, portuguesa, louca, bipolar

## Abstract

Mary I of Portugal (1734-1816) became known in the monarchy's history as the “Mad Queen”. During her life, she lived through the turbulent earthquake of 1755, the assassination attempt of his father José I, the execution of noblemen accused of conspiracy, among other experiences. Tumultuous times in Europe due to the French Revolution, combined with other negative life events, marked her life, and there are descriptions of periods of melancholic distress, incoherent speech which, according to records, evolved into symptoms described as “insanity that reached total delusional”. Some of the historical descriptions are congruent with the diagnosis of bipolar disorder, with significant psychopathology that, in 1792, led to her being considered unfit to govern, giving way to her son João VI. The aim of this work is to explore the mental illness and psychopathology that characterized the life of Mary I of Portugal, resulting in one of the most unique reigns of the Portuguese monarchy.

**Keywords:** psychopathology, monarchy, portuguese, mad, bipolar

## Introdução

A história e psicopatologia da primeira rainha de Portugal, do seu nascimento em Lisboa, até ao falecimento no Brasil, em 1816, é pautada por disputas entre a Igreja e o Estado, entre a religiosidade e a Razão, que contribuíram para diversos eventos negativos no decorrer da sua vida. O seu quadro fenomenológico é descrito por períodos intermitentes de “loucura”, de aflições melancólicas, discurso incoerente que terá evoluído para sintomatologia descrita como “insanidade que chegou ao delírio total”, tendo sido considerada incapaz de governar em 1792, dando lugar ao seu filho, João VI. (Roberts, 2009).

Com a literatura ao nosso dispor, exploramos a psicopatologia e doença mental da rainha D. Maria I, que poderá enquadrar-se no diagnóstico de Doença Bipolar, e as particularidades e consequências deste no seu reinado e história da monarquia portuguesa.

## Breve contexto histórico e descrição

Maria Francisca Isabel Josefa Antónia Gertrudes Rita Joana de Bragança nasceu a 17 de dezembro de 1734 no Paço da Ribeira, na cidade portuguesa de Lisboa, Portugal. Apelidada posteriormente de “a Piedosa” e “a Louca”, foi a primeira filha de D. José de Bragança, Príncipe do Brasil, e sua esposa Mariana Vitória de Bourbon, Infanta da Espanha. D. José I apenas teve filhas do sexo feminino, e quando subiu ao trono em 1750, D. Maria tornou-se a sua herdeira presuntiva e recebeu os títulos tradicionais de Princesa do Brasil e Duquesa de Bragança (Roberts, 2009).

A continuidade dinástica da Casa de Bragança ficou assegurada com o seu casamento com o tio Pedro de Bragança, que subiria ao trono como Pedro III de Portugal. O casamento foi realizado na Real Paço da Ajuda a 6 de junho de 1760.

A descrição de D. Maria aos 18 anos refere que “tinha-se tornado alta, magra, com traços bem definidos e sorriso caloroso” (Roberts, 2009). Relativamente à educação, foi instruída por padres jesuítas sem ênfase nos assuntos do Estado. Falava e lia francês, a língua diplomata das cortes da Europa; sabia latim e estudava religião e teologia. Estudou canto com David Perez (mestre de música italiano). Desde jovem, é descrita como tendo uma personalidade pautada por traços de introversão, “amável e afetiva, tímida e envergonhada, sofria de acessos de melancolia e de alguma agitação nervosa” (Beckford, 1978). Herdou a religiosidade do seu avô e, sendo profundamente servil para com a igreja, pensou diversas vezes entrar para um convento para se tornar freira.

### **Terramoto de 1755, atentado à vida de D. José I e Reinado (1777-1816)**

No decorrer da sua vida, D. Maria I experienciou diversas vivências negativas. Uma delas, o terramoto ocorrido a 1 de novembro de 1755, um dos mais mortíferos da história, com mais de 10 mil mortos. Tal como descrito por Roberts, em 2009:

“D. Maria olhava para leste, ao longo do Tejo, para a nuvem de pó que estava suspensa sobre as ruínas de Lisboa. Observou as águas a subirem e a recuarem, enquanto as ondas gigantes se elevavam no rio e, quando veio a escuridão da noite, viu os fogos na cidade a iluminarem o céu. Nessa noite, a princesa ficou na tenda montada nos jardins do palácio. Sentiu a terra a continuar a tremer, ouviu os gritos dos refugiados em Belém. Era difícil dormir durante as longas horas de escuridão, mas o muito desejado dia apareceu finalmente e o sol levantou-se com grande esplendor sobre a cidade desolada de manhã.” (Roberts, 2009).

D. José I, após o terramoto, desenvolveu uma fobia específica a recintos fechados, que fez com que residisse o resto da sua vida num complexo luxuoso de tendas no Alto da Ajuda, a Real Barraca da Ajuda (Fage, 1980).

Anos mais tarde, em setembro de 1758, o rei foi alvejado na sua carruagem, quando regressava da casa de sua amante, a esposa do Marquês de Távora. As investigações acusaram membros da alta nobreza, os quais foram imediatamente presos, atitude apoiada e alegadamente instigada pelo Marquês de Pombal, que viu nesta situação uma oportunidade única.<sup>1</sup> Entre os nobres incluíram-se membros da família dos Távoras (o número total de prisioneiros chegou a mais de mil, a maioria dos quais jamais foi julgada formalmente). A execução dos Távoras constituiu um choque social no país, sendo descrito que D. Maria I ficou muito afetada pelos eventos, por não concordar com as decisões tomadas, tendo implorado ao rei por misericórdia. A aversão de D. Maria a Marquês de Pombal foi grandiosa, e quando tomou posse, uma das primeiras medidas foi tirar-lhe todos os poderes, expulsá-lo de Lisboa, e emitir um decreto que proibiu a sua presença a uma distância inferior a 20 milhas da capital (Roberts, 2009).

D. Maria foi aclamada rainha a 13 de maio de 1777, numa cerimónia solene na praça do Comércio. O seu reinado é descrito como um “Reinado de clemência” ou “Reinado da paz”. Deu início ao período denominado de Viradeira<sup>2</sup>, com conseqüente demissão e exílio do Marquês de Pombal. Dedicou-se a obras sociais, concedeu asilo a numerosos aristocratas franceses fugidos da Revolução Francesa (1789-1799), contrariou decisões tomadas anteriormente pelo seu pai, tendo libertado inúmeros reclusos sob alegadas falsas acusações. Adicionalmente, desenvolveu a área da Cultura, Ciências e do Comércio, sendo responsável pelo envio de variadas missões a diferentes países.

### **Psicopatologia, diagnóstico e tentativas de cura**

As descrições de doença mental na família monárquica portuguesa antecedem a vida de D. Maria I. O seu avô, Filipe V de Espanha, oscilava entre o estado de letargia extrema e explosões de violência, cantando alto e não permitindo que lhe cortassem as unhas ou o cabelo:

<sup>1</sup> No passado, Marquês de Pombal terá pedido em casamento uma filha da família Távora, os Távoras não gostando do seu passado provinciano, terão recusado e humilhado. Pombal terá utilizado espíões e reunido “provas” contra a família, tendo também recorrido à tortura.

<sup>2</sup> Período de reação antipombalina iniciado a 13 de maio de 1777, após aclamação de D. Maria I, conseqüente à situação financeira do país, desorganização dos serviços públicos, no qual foi restaurada a influência da Igreja e Clero no Estado.

“acreditava que o fogo o estava a consumir por dentro, que seria castigo divino pelos seus pecados mortais. Os estados de espírito variavam entre a letargia extrema e explosões de frenesim violento... Era capaz de gritar e gemer durante horas de seguida, cantava alto e mordia-se a si próprio. Recusava que lhe rapassem a barba, cortassem o cabelo ou as unhas dos pés. Achava que não podia andar porque os seus pés eram de tamanhos diferentes” (Roberts, 2012).

Adicionalmente, há também descrições de alterações psicopatológicas do seu tio, Fernando VI:

“herdou a doença do pai. Vivia atormentado com a eventualidade de morte súbita, convencido de que o seu corpo estaria a ser destruído por dentro e que morreria se se deitasse. Recusava-se ser lavado, barbeado ou vestido. Recusava comida, tomando apenas refrescos líquidos. Batia com a cabeça contra a parede e atacava criados. Na fase maníaca, era capaz de passar dez ou mais dias sem dormir. Noutras alturas, entrava em fase de apatia, ficando completamente inerte” (Roberts, 2012).

Adicionalmente, D. Maria Vitória, filha de Felipe V e mãe de D. Maria I, queixava-se frequentemente de “melancolia” em cartas à família. (Del Priore, 2019). Duas das três irmãs de D. Maria I, Mariana e Doroteia, também sofriam de uma perturbação mental, provavelmente Perturbação depressiva e, D. João, filho de D. Maria e seu sucessor, por vezes apresentava episódios de “melancolia” (Peters, 2013).

O aparecimento de psicopatologia em D. Maria I foi precedido pela morte de várias pessoas que lhe eram muito próximas. Em maio de 1786, perde o marido e o tio, vítima de trombose (Roberts, 2009). Até ao ano seguinte, continua a queixar-se de “melancolia” (Del Priore, 2019), mas não é claro se se trata de um processo adaptativo de luto. Em setembro de 1788, o seu filho mais velho, D. José, morre de varíola. Por motivos religiosos, a rainha recusara-se a vaciná-lo contra a doença, apesar dos conselhos que recebera. Em novembro do mesmo ano, a mesma doença mata a sua filha Mariana Vitória e, pouco depois, o seu filho recém-nascido e o seu marido, o príncipe Gabriel de Bourbon de Espanha. Nesse mesmo mês, o confessor da rainha, Frei Inácio de São Caetano, em quem ela depositava grande confiança, sofre uma trombose e também morre. Em dezembro de 1788, morre D. Carlos III de Espanha, sogro de Mariana Vitória e tio de D. Maria I, a sexta morte em três anos. Perante tantas perdas, a rainha começou a apresentar níveis aumentados de ansiedade: “inquietação, boca seca, dificuldade em engolir, visão turva, tremores ou ondas de calor, para além de dores no corpo” (Del Priore, 2019). Com o passar dos anos, D. Maria I começou a apresentar sintomatologia de maior gravidade, congruente com o diagnóstico de Episódio depressivo grave, em outubro de 1791, quando tinha 56 anos de idade. Relata-se que “começou a mergulhar numa grande melancolia, com angústias noturnas, sono interrompido e abatimento de espírito” (Peters, 2013). Em dezembro do mesmo ano, foi-lhe declarado que se encontrava “muito abatida” e que sofria de “reflexões melancólicas, mal-estar na cabeça e espírito muito aflito” (Peters, 2013). Os sintomas deste tipo foram recorrentes até ao fim da vida da rainha, porém, com base nas informações disponíveis, não é possível estimar a frequência e a duração dos episódios.

Nos períodos de sintomatologia depressiva grave, D. Maria I apresentava ideias de culpa, eventualmente de características delirantes. Sentia-se em pecado e, por isso, recusava a comunhão; acreditava ser responsável por todos os horrores do mundo e ter falhado nos seus deveres; verbalizava que a morte dos seus filhos, neto e entes queridos teriam sido um castigo divino pelos seus pecados; referia que a alma do pai sofreria a “condenação eterna” e que a sua alma também não teria salvação, ardendo para sempre no fogo do inferno (Roberts, 2012). É possível que o desenvolvimento destes delírios esteja relacionado, pelo menos em parte, com o seu novo confessor, Monsenhor José Mariade Melo, bispo do Algarve, que a pressionou repetidamente a reabilitar e a perdoar os sobreviventes do massacre do Távora, ordenado pelo seu pai. É descrito que o confessor “pregava os horrores do inferno e cobria a rainha de penitências” (Peters, 2013). A certa altura, D. Maria I apresenta também ideias delirantes de carácter niilista: pensando que “estava morta e que por dentro não tinha entranhas” (Del Priore, 2019).

A partir de 1792, surgiram novos sintomas, característicos de uma fase maníaca. São relatados momentos de “frenesim” e “fúria” (Roberts, 2012). Descrevem-se episódios em que D. Maria terá começado a “vociferar e a enfurecer-se”, assustando a família (Peters, 2013). Apresentava episódios de agitação psicomotora e heteroagressividade dirigida aos criados (Roberts, 2012). Num dos episódios, terá abandonado um teatro por alterações do comportamento, e durante a noite “gritou e gemeu” e ficou “a andar de um lado para o outro, a puxar os cabelos e a dizer palavras incoerentes” (Peters, 2013). Noutras ocasiões, era alegre e cantava, o que era considerado algo fora do normal. Uma outra história bastante sugestiva de mania: “quando quis ouvir missa a uma hora pouco habitual, foi levada para a capela, mas comportou-se de uma forma muito extravagante e, desde então, tem andado tão perturbada que envergonha todos os que dela cuidam” (Peters, 2013). Segundo vários testemunhos, a rainha passava de um

estado de “letargia”, em que parecia “morta” e não podia “ser animada”, a um outro de “excitação violenta”, que podia durar vários dias, fazendo com que os seus assistentes e criados passassem a noite acordados (Del Priore, 2019).

Ao longo dos anos, D. Maria I recebeu várias formas de tratamento, nenhuma delas eficaz. Foi submetida a sangrias frequentes, além de banhos de água sulfurosa, dietas, clisteres e ingestão de quinino e valeriana (Peters, 2013). Em 1792, o Dr. Francis Willis, médico inglês, foi convocado a Lisboa para tratar a rainha. Alguns anos antes, teria sido aparentemente bem sucedido no tratamento de Jorge III, rei de Inglaterra, utilizando o “tratamento moral” (Charland, 2015).

Transcreve-se a carta de Luís Pinto, Secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros, em 1792:

“Sua Majestade está a sofrer de uma aflição melancólica que degenerou em insanidade, até ao que se receia que seja o delírio total. Tendo em vista esta infeliz situação, acredito que seria benéfico que o Dr. Willis, o médico principal que assistiu a Sua Majestade Britânica em circunstâncias similares, viesse a esta corte logo que possível. Proporcionar-lhe-emos todo o dinheiro necessário, sem limitações. Concordaremos com tudo o que proponha, se tiver de celebrar um contrato com ele, e deixará a remuneração à discrição generosa desta corte. A rainha teve sempre um temperamento melancólico e sujeito a aflições nervosas. A sua disposição é de grande submissão e tem uma certa timidez, a sua imaginação é viva e os seus hábitos inclinam-se para a espiritualidade. Desde há muitos anos que tem vindo a sofrer de dores de estômago e de espasmos no abdómen, com tendência a piorarem devido à aversão que tem a remédios purgativos, especialmente clisteres que nunca consentia.” (Roberts, 2009).

Apesar do diagnóstico de Jorge III ter sido reformulado para porfria, há descrições muito típicas de episódios maníacos e depressivos e acredita-se que tenha tido também o diagnóstico de Doença Bipolar (Peters, 2011).

As informações são divergentes quanto às medidas terapêuticas adotadas por Willis no caso de D. Maria I. Há descrições do tratamento moral, mas também do uso de camisas de força, banhos de água fria, unguentos, enemas, e indução de vômito. De qualquer das formas, a rainha não melhorou e Willis considerou-a incurável, com o diagnóstico de uma forma “rara e particularmente grave da doença bipolar” (Roberts, 2009).

Relativamente ao diagnóstico, as descrições de episódios depressivos e maníacos, por vezes pautados por sintomatologia psicótica, são congruentes com o diagnóstico de Doença Bipolar, de acordo com os sistemas de classificação atuais (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 2021). A Doença Bipolar é uma perturbação de humor episódica definida pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos ou mistos, e esses episódios normalmente alternam com episódios depressivos ou com períodos de eutimização do humor (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 2021). Um episódio maníaco é um estado de humor extremo que dura pelo menos uma semana, a menos que seja encurtado por uma intervenção terapêutica, caracterizado por humor eufórico, irritável ou expansivo, aumento de atividade dirigida ou de energia, e outros sintomas característicos, como taquipsiquia, fuga de ideias, discurso taquifémico, aumento da auto-estima ou grandiosidade, hipossónia, dificuldade na concentração, comportamento imprudente ou gastos excessivos.

Antigamente, a forte influência da Igreja Católica, contribua para que as doenças mentais fossem atribuídas a possessões demoníacas, ou cultos religiosos. O conceito da Doença Bipolar evoluiu no decorrer do tempo, e no século XX surgiram opções terapêuticas eficazes para o tratamento, como os antipsicóticos, os estabilizadores de humor, os antidepressivos e a eletroconvulsoterapia (Carvalho, 2020).

A presença de antecedentes familiares psiquiátricos, como Perturbação depressiva e Doença Bipolar, reforça a hipótese diagnóstica, dada a elevada carga genética (Carvalho, 2020). Adicionalmente, os casamentos consanguíneos eram muito comuns na família real e a consanguinidade pode ser um fator de risco para a Doença Bipolar (Mansour, 2009). O primeiro episódio de uma perturbação do humor pode ocorrer após um evento de *stress* (Post, 1992), tal foi observado no caso da D. Maria I, em que o primeiro episódio de doença ocorreu cerca de três anos após a morte de vários familiares. Nesta patologia, é mais comum que o primeiro episódio seja uma fase depressiva, como descrito na soberana. Salienta-se o início tardio da doença, uma vez que é mais comum ter início na idade do adulto jovem, no entanto este fato pode ser justificado pela parca informação disponível, pela ocultação de sintomas, ou mesmo por sintomatologia subclínica e, conseqüentemente, subdiagnosticada.

### Considerações finais

A literatura disponível e os relatos de psicopatologia existentes contribuem para que a doença mental de D. Maria seja congruente com o diagnóstico de Doença Bipolar. A incapacidade em governar, pelo estado clínico descrito

como “insanidade que chegou ao delírio total”, contribuiu para que, em 1792, D. João VI assumisse a regência do reino. Em 1807, a família real transfere-se para o Brasil, por receio de ser deposta como ocorrido em outros países europeus pela invasão francesa. D. Maria foi instalada no Convento do Carmo, no Rio de Janeiro, onde residiu nos últimos anos da sua vida, tendo falecido em 1816. Foi no Brasil que ficou inicialmente conhecida como “a Louca”. Relativamente a este termo, é sempre importante explicar o seu contexto, tal como a psicopatologia e a perturbação psiquiátrica subjacente, para evitar e não perpetuar o estigma associado ao conceito de doença mental.

### Referências

- Beckford, J. A. (1978). Accounting for Conversion. *The British Journal of Sociology*, 29(2), 249-262. <https://doi.org/10.2307/589892>
- Carvalho, A. F., Firth, J., Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *N Engl J Med*. 383(1), 58-66.
- Charland, L. C. (2015). “Moral Treatment” in *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Del Priore, M. D. (2019). *Maria I: As perdas e as glórias da rainha que entrou para a história como “a louca”*. São Paulo: Benvirá.
- Fage, J. D. (1980). A Commentary on Duarte Pacheco Pereira’s Account of the Lower Guinea Coastlands in his “Esmeraldo de Situ Orbis,” and on “Some Other Early Accounts”. *History in Africa*, 7, 47-80. <https://doi.org/10.2307/3171656>
- Mansour, H., Klei, L., Wood, J., Talkowski, M., Chowdari, K., Fathi, W., et al. (2009). Consanguinity associated with increased risk for bipolar I disorder in Egypt. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 150(6), 879-85.
- Peters, T., & Willis, C. (2013). Maria I of Portugal: Another royal psychiatric patient of Francis Willis. *Br J Psychiatry*. 203(3), 167-7.
- Peters, T. (2011). King George III, bipolar disorder, porphyria and lessons for historians. *Clin Med*. 11(3), 261-264.
- Peters, T. J., & Willis, C. (2013) Mental health issues of Maria I of Portugal and her sisters: the contributions of the Willis family to the development of psychiatry. *Hist Psychiatry*. 24(3), 292-307.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*. 149(8), 999-1010.
- Roberts, J. D. (2009). *Maria I – A vida notável de uma rainha louca*. Alfragide: Casa das Letras.
- World Health Organization (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>



# Histeria feminina: a patologização do corpo da mulher

**Eliana Almeida, Iara Santos, Elsa Monteiro**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro-Hospitalar Tondela-Viseu  
E-mail: eliana\_almeida13@hotmail.com, iara.matias@hotmail.com, elsa70psiq07@gmail.com

## Resumo

O termo *histeria* tem origem na palavra grega *hystera* que significa “útero”. O primeiro autor a introduzir o termo foi Hipócrates, que defendia que se tratava de uma condição em que na ausência de relações sexuais, o útero perdia volume e deslocava-se pelo corpo, afetando sobretudo virgens e viúvas. É na Idade Média que o termo surge como sinal de prazer sexual, pecado ou possessão demoníaca, sendo estas mulheres perseguidas pela Inquisição, e muitas vezes mortas. As mulheres “histéricas” também já foram enclausuradas em manicómios e em casas de repouso, tiveram órgãos mutilados, e foram classificadas com base nas suas atitudes morais e sexuais. Sendo a histeria uma “doença” tipicamente feminina, tornou-se frequentemente utilizada para atingir e categorizar determinadas mulheres.

**Palavras-chave:** histeria, sexo feminino, história

## Abstract

The term *histeria* originates from the greek word *hystera*, which means “uterus”. The first author to introduce the term was Hippocrates, who argued that it was a condition in which, in the absence of sexual intercourse, the uterus would decrease in volume and move around the body, affecting primarily virgins and widows. It was during the Middle Age that the term emerged as a sign of sexual pleasure, sin, or demonic possession, leading to the persecution and often death of these women by the Inquisition. “Hysterical” women were also confined to asylums and rest homes, had organs mutilated, and were classified regarding their moral and sexual attitudes. As hysteria was a typically female “disease,” it became frequently used to target and categorize certain women.

**Keywords:** hysteria, female sex, history

## Introdução

Foi há cerca de 4000 anos, no Antigo Egipto, que apareceu pela primeira vez menção à histeria. Ao longo da história, tanto o conceito quanto o próprio termo “histeria” foi tendo uma grande evolução, contudo sempre bastante associada ao corpo da mulher. *Histeria* tem origem na palavra grega *hystera* que significa *útero*, dada a crença de que o útero seria a causa da histeria, e por isso foi considerada uma doença que afetava principalmente as mulheres e o seu corpo. A **histeria** e a **patologização do corpo da mulher** estão interligadas na história da medicina e da sociedade, representando um exemplo de como as condições médicas foram usadas para controlar e estigmatizar as mulheres ao longo dos séculos. O objetivo deste trabalho consiste em analisar os vários significados que o termo foi tendo ao longo das diferentes épocas da história e analisar como frequentemente esteve associado à patologização do corpo da mulher.

## Evolução histórica

As primeiras descrições de *histeria* remontam ao **Antigo Egipto**. No primeiro texto médico ginecológico de que se tem conhecimento, o *Kahun Papyrus* (1900 aC), consta a descrição de *histeria*, como estando associada a movimentos verticais que o útero adquiria de forma espontânea no corpo da mulher, dada a ideia da imperfeição do corpo feminino, que, sendo húmido e frio, fazia com que o órgão migrasse em busca de locais mais quentes e confortáveis. (1,2) Mais tarde, no *Eber Papyrus* (1600 aC), a histeria era descrita como caracterizando-se por alterações do humor, de tonalidade depressiva, associada a sensação de falta de ar, desmaios e morte iminente. (1) Os sintomas variavam consoante o órgão para onde o útero se deslocaria e, assim, surgiria o *sintoma histérico*, como os desmaios, a catalepsia e a falta de ar. O tratamento proposto consistia em técnicas de reposicionamento do útero: se este se encontrasse movimentado para cima, deveriam ser colocadas substâncias de odor fétido e com alto nível de acidez na boca e narinas da mulher, e simultaneamente, deveriam ser colocadas substâncias de odor agradável e

perfumado perto da vagina; caso o útero de tivesse movimentado para baixo, era recomendado inverter a aplicação das substâncias, e colocar as de odor fétido perto da vagina e as perfumadas perto das narinas e boca. (1)

Na **Grécia Antiga**, os gregos adotaram as mesmas teorias, acrescentando que a histeria apresentava uma associação importante com a vida sexual, nomeadamente falta ou insatisfação sexual. Platão (429 ± 347 aC), descreveu a mulher como sendo uma “criatura mais animal do que divina” e considerava que o útero tinha vontade própria, podendo movimentar-se dentro do corpo e, mediante o sítio onde repousava, causava sintomas típicos dessa localização. (2) Na sua teoria do **útero “errante”** ou **“perverso”**, Platão descrevia-o como sendo responsável por sentimentos de agonia das mulheres, manifestando-se como sensação de falta de ar, asfixia, mutismo e paralisia. Esta noção de útero perverso provinha da infelicidade sentida pelo útero quando não se unia ao masculino, e não gerava uma nova vida. (1)

Hipócrates (460 ± 377 aC), foi o primeiro a utilizar o termo *histeria*, descrevendo-a como tendo origem na ausência de relações sexuais, provocavam uma perda de volume do útero, que assim deslocava-se pelo corpo da mulher. Por tal, os humores venenosos, neurotóxicos, “típicos” do género feminino, ficavam estagnados no corpo da mulher, não tendo a possibilidade de serem libertados através do ato sexual. Esta condição afetava sobretudo virgens e viúvas. (1) Segundo Hipócrates, o tratamento passava por colocar substâncias aromáticas na vulva, de modo a que o útero se sentisse “atraído” e regressasse ao seu local habitual.(2)

Já mais tarde, na **Grécia Antiga**, Cornelius Celsus (26 aC ± 50 dC) descreve a **histeria** como uma “epilepsia sem convulsões”. Para Galeno (129 ± 216 dC) a histeria englobava uma grande variedade de sintomas e a sua causa eram os vapores advindos do sangue menstrual (causador de alucinações) e a abstinência sexual. Os tratamentos sugeridos variavam entre a aplicação de ervas, casamento para as solteiras, de forma a estimular a vida sexual da mulher, ou através da repressão de estímulos que pudessem excitar as jovens; já para as mulheres casadas seriam as relações sexuais, e para as viúvas Galeno sugeriu a fricção da área genital da enferma com um produto ou creme até que esta atingisse um estado de contrações físicas e de êxtase, vulgo orgasmo. (2)

Até então a histeria apresentava uma visão naturalista, e é na Idade Média que começa a ganhar uma visão demonológica, segundo a qual, o Diabo poderia incorporar o corpo de uma mulher com histeria, possuí-la, e torná-la uma bruxa. Agostinho de Hipona (354-430 dC) foi quem teve maior influência nesta viragem. Foram escritos vários tratados em que as mulheres eram vistas não como doentes, mas como causadoras de doenças. (1) Nesta época, a mulher era considerada como um “ser física e teologicamente inferior”. São Tomás de Aquino (1225-1274) publicou “*Summa Theologica Aristotle*”, em que considerava a mulher como um “homem fracassado” e como uma “criatura defeituosa”. Suportava ainda a visão demonológica da mulher, encarando-a através da ideia de “mulher-bruxa”. Nesta altura, alterações da sensibilidade, mutismos e as convulsões, sintomas típicos de histeria, passaram a ser interpretados como “*stigmati diaboli*”, ou seja, as marcas do demónio eram interpretadas como tendo origem em vínculos obscenos entre as mulheres e o Diabo. (1,2) Mulheres “histéricas”, deveriam ser submetidas a rezas, amuletos e exorcismo. Mulheres identificadas como histéricas eram perseguidas, interrogadas, torturadas e, por vezes, queimadas na fogueira. Até ao século XVIII milhares de mulheres inocentes foram classificadas como bruxas pelo Movimento Inquisitor e condenadas à morte com base em “provas” ou “confissões” obtidas por meio de tortura. Geralmente pobres e de origem rural, as chamadas bruxas apresentavam condutas estranhas, indicativas de possessão demoníaca. Algumas dessas condutas assemelhar-se-iam a quadros, atualmente, descritos como mania, depressão ou ansiedade. (3)

É finalmente no **Renascimento** que começa a surgir a visão científica. Girolamo Cardano (1501-1576) e Giovanni Battista Della Porta (1535-1615) exploraram a visão científica de doença mental a descartavam, a hipótese de possessões demoníacas como causa da histeria. A origem de certos comportamentos estaria em determinados fumos, água poluída, ou em certas substâncias que tinham a capacidade de induzir “visões” e “imagens”. Johann Weyer (1515-1588) entendia que as “bruxas” não eram bruxas, mas sim doentes mentais e que deveriam ser tratadas por médicos ao invés de sofrerem interrogatórios por eclesiásticos. Contudo, para os médicos da época, o útero ainda era o órgão que permitia explicar a vulnerabilidade da fisiologia e da psicologia das mulheres. O conceito de inferioridade em relação ao homem ainda não estava ultrapassado. A histeria ainda era considerada como o “símbolo” da feminilidade. (1)

No séc. XVII, no **Período Barroco**, surgem as teorias vaporosas. Lange (1689) descreve o “tratado de vapores”, segundo o qual os fermentos seminais libertavam vapores histéricos, mas os efeitos iriam depender de cada organismo. Em algumas pessoas são distribuídos de maneira uniforme, tornando as pessoas (sobretudo as mulheres) doces e sensíveis na medida certa, amorosas e sem problemas sexuais. Nos homens os vapores são mais voláteis e desta forma não chegam ao cérebro. Pelo contrário, nas mulheres em situações de abstinência sexual, a semente

seria fermentada e acumulada, produzindo vapores que vão até o cérebro, mas isso não acontece com as mulheres casadas ou as mais jovens que cuidam da casa. As teorias dos vapores são colocadas de parte à medida que começa a surgir um melhor conhecimento do cérebro.

Com o **Iluminismo** doença mental foi finalmente enquadrada na “visão científica”. Causas e sintomas da histeria e da melancolia estariam ligados à teoria do humor, e não a feitiçaria ou demónios. Griesinger (1817-1868) descrevia a histeria como estando relacionada com problemas genitais e frustração sexual, mas também poderia ter a sua etiologia no cérebro.

Pierre Briquet (1796-1881) rejeitou a ideia da origem uterina e considerou a histeria uma “neurose do cérebro” em alguém do “tipo histérico”; podia ser causada por emoções violentas, prolongadas e repetidas, e poderia ocorrer no homem. Briquet estudou exaustivamente pacientes histéricos e criou, em 1859, o *Tratado Clínico e Terapêutico da Histeria*. O seu papel foi tão fundamental para o estudo destes doentes que, quando o termo histeria foi alterado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a perturbação de somatização era designada, inicialmente, de Síndrome de Briquet.(1,2)

Charcot descreveu a histeria como uma “Neurose” de base orgânica. Era uma doença dinâmica, onde as manifestações e os sintomas eram semelhantes a doenças neurológicas, mas sem representação de lesão física no cérebro. Para o seu tratamento, Charcot utilizava maioritariamente a hipnose, a psicoterapia e a sugestão. (1,2)

A **Era Moderna** é marcada pelo nascimento da ciência médica moderna. Autores, como René Descartes (1596-1650), defendia a ligação entre mente e alma e explicava como as ações atribuídas à alma estão realmente ligadas à órgãos do corpo. Thomas Willis (1621±1675), com os seus estudos e avanços relativamente à anatomia do cérebro, sugeriu que a histeria poderia ter uma causa neurológica. William Cullen (1769) traz uma nova visão da histeria com a sua classificação no grupo das neuroses. Pierre Roussel (1775) descreve que a histeria seria uma doença explicada pela não realização do desejo natural, o de ser mãe, e restringiu, desta forma, a mulher a um papel específico: “mãe e guardiã da virtude”. (1,2)

Apesar de tudo, ainda se mantinha a ideia de inferioridade da mulher em relação ao homem, seja do ponto de vista físico, seja do ponto de vista mental. A menstruação era vista como causadora do estado de fúria das mulheres e considerava-se que beber o sangue de uma mulher menstruada poderia enlouquecer um ser humano. (4)

Entre o final do séc. XVII e o início do XVIII emerge a figura do médico na identificação da loucura, e a prática de internamento nos grandes asilos. O internamento tornou-se o destino de muitos indivíduos considerados incapazes para o trabalho ou desviantes da sociedade (mendigos, pobres de toda ordem e desempregados). No caso das mulheres, o internamento era dirigido aquelas que se prostituíam ou filhas de artesãos e outros pobres, que tivessem sido ou corresse o risco de serem seduzidas. (3) Para além do internamento, podem-se identificar outras formas de lidar com a loucura feminina. (5) Para Freital (1949), o temperamento nervoso da mulher poderia ser responsabilizado por alterações dos estados de alegria, tristeza, vivacidade e melancolia, devendo-se, portanto, evitar quaisquer excessos, de forma a prevenir alterações no sistema nervoso. Como tratamento deveriam ter uma alimentação baseada em vegetais, passeio no campo, banhos, laxantes e sanguessugas. (4)

É na **Era Contemporânea** que surge Sigmund Freud (1865-1939), que, em conjunto com com Joseph Breuer (1842-1925), publicaram “*Studies on Hysteria*”, onde era descrito o caso de Anna O. Descreveu a histeria como estando associada a eventos traumáticos e impulsos reprimidos. Identificou três tipos de histeria: defensiva, retentiva e hipnóide. Desenvolveu ainda um novo paradigma, pois considerava a histeria como sendo causada pela falta de evolução libidinal, sendo o fracasso da concepção o resultado, não a causa da doença. (1)

## Discussão

Nas primeiras décadas do séc. XX, a histeria era a doença que mais afetava as mulheres. Nem sempre estas tinham patologia psiquiátrica; uma das características, segundo alguns autores era porque, por exemplo, não cumpriam os então considerados deveres de esposa e mãe de família. Mulheres que preferiam ler, estudar, trabalhar fora de casa, em vez de cuidar da casa, “não cumpriam” a essência do feminino e precisavam de um tratamento num manicómio. Ainda hoje, muitas vezes mulheres são chamadas de histéricas e loucas com sentido pejorativo, mesmo sem terem doença mental. (4-6)

A medicalização e patologização das mulheres foram fenómenos que aconteceram, sobretudo no século XIX, em todo Ocidente. Curiosamente quase todos os indivíduos responsáveis pelos estudos sobre o corpo e da mente da mulher eram homens, e que de alguma maneira, nos seus estudos, inferiam características e aspetos tipicamente pertencentes ao sexo feminino, expunham as suas histórias e tipificavam uma neurose específica, coberta por uma

noção pouco acurada da essência feminina, validando com isso, conceitos que já deveriam ter sido desconsiderados, e que continuam a refletir-se até aos dias atuais. (5)

As mulheres chamadas histéricas já foram caracterizadas de diversas formas por filósofos, médicos, teólogos, intelectuais e psicanalistas. Durante os últimos séculos foram sacrificadas em fogueiras nos tempos da Inquisição, detidas, enclausuradas em manicômios e casas de repouso pelos seus maridos ou familiares, foram mutiladas, e foram classificadas por vários estudiosos quanto às suas atitudes morais e sexuais. Em vários momentos da história do Ocidente a noção de histeria ressurge e tenta definir as atitudes femininas consideradas desreguladas pela sociedade. (5)

### Conclusão

Ao longo dos séculos, o conceito de histeria foi evoluindo e foi sendo associado a várias teorias. As várias definições que foi apresentado, foram sendo influenciadas por várias mudanças na sociedade, na ciência, na saúde e na religião, refletindo os valores e crenças da época em relação à saúde mental e ao papel das mulheres na sociedade. Durante muito tempo a histeria ficou associada ao sexo feminino. Muitas vezes foi utilizada para caracterizar não só mulheres em sofrimentos psíquico, mas também mulheres consideradas desviantes ou que não cumpriam as funções atribuídas pela sociedade. O estigma associado e a falta de especificidade, levou a que o termo fosse abandonado, tendo hoje um interesse predominantemente histórico. Os sintomas anteriormente atribuídos a ela são agora reconhecidos como parte de uma variedade de condições médicas e de saúde mental.

É importante respeitar e compreender as experiências e necessidades individuais das mulheres, em vez de patologizar aspetos normais dos seus corpos e das suas vidas.

### Fontes e bibliografia final

1. Tavares, F. G., Ribeiro, P. M. & Solana, C. (2021). Histeria: Uma Visão Histórica. *Mulheres e Loucura III*. Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde. pp. 15-22.
2. Barros, M., Pires, D. A., Caldas, F. & Fonseca, C. (2021). Histeria – do orgasmo à doença psiquiátrica. *Mulheres e Loucura III*. Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde. pp. 23-29.
3. Pessotti, I. (1994). *A doutrina demonista. A Loucura e as Épocas*. 34th ed. Editora 34. pp. 83-120.
4. Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 17(2), 82-94.
5. Albuquerque, G. C. (2018). *Histeria feminina no Ocidente: Conceito e patologização do corpo da mulher*. Universidade Federal de Pernambuco. XX Encontro Internacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre Mulher e Relações de Gênero (REDOR). Disponível em <https://www.sinteseeventos.com.br/site/redor/GT3/GT3-24-Gabriela.pdf>
6. *Desinstitute*. *Nem louca e nem histérica: como a história da loucura está ligada à mulher* [Internet]. 2023. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/nem-louca-e-nem-histerica-como-a-historia-da-loucura-esta-ligada-a-mulher/>

# A montanha russa de emoções de Tanya McQuoid

Alexandre Pimentel Ferreira, Sofia Carvalho, Alexandra Lourenço

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca – ULS Amadora-Sintra

E-mail: alexpferreira25@gmail.com

## Resumo

A série televisiva *The White Lotus* constitui, através de uma das suas personagens, um exemplo de representação das perturbações da personalidade na cultura *pop* que interessa explorar. Tanya McQuoid, interpretada pela atriz Jennifer Coolidge, é uma extravagante e teatral mulher de meia-idade, com grandes posses económicas, mas frágil, com marcada instabilidade emocional e insegura das suas relações pessoais.

A sua presença ao longo de 14 episódios permite a avaliação longitudinal de um padrão estável de comportamento. Todavia, apesar da disfuncionalidade evidente que este causa, transparece também o sofrimento de Tanya, o que a levou a conquistar a atenção dos espetadores e tornar-se a personagem mais marcante da série, que se destaca enquanto exemplo de como as perturbações da personalidade podem ser representadas artisticamente de forma expressiva, mas empática.

**Palavras-chave:** *The White Lotus*, Tanya McQuoid, perturbações da personalidade, televisão

## Summary

The television series “The White Lotus,” through one of its characters, provides an example of personality disorders representation in pop culture that is worth exploring. Tanya McQuoid, portrayed by actress Jennifer Coolidge, is an extravagant and theatrical middle-aged woman with significant wealth, yet fragile, shaken by emotional instability, and insecure in her personal relationships.

Her presence throughout 14 episodes allows for the longitudinal evaluation of a stable pattern of behavior. However, despite the evident dysfunctionality it causes, Tanya’s suffering also shines through, which has garnered the attention of viewers, making her the most striking character in the series. She stands out as an example of how personality disorders can be artistically represented in an expressive yet empathetic manner.

**Keywords:** *The White Lotus*, Tanya McQuoid, personality disorders, television

## Introdução

A série *The White Lotus*, da HBO, conta até agora com 2 temporadas desde a sua estreia em 2021. A história decorre em hotéis de luxo e versa sobre a interação entre hóspedes, funcionários, explorando conflitos que surgem, dinâmicas de poder, relações amorosas, e tensões que os visitantes trazem para as suas férias.

Apenas um protagonista passa da primeira para a segunda temporada: Tanya McQuoid. Estando presente ao longo de 14 episódios, é provavelmente a personagem mais marcante da série, sendo também um exemplo de representação expressiva, mas empática, de uma perturbação da personalidade que impacta principalmente as relações interpessoais, com enorme sofrimento para a própria.

Este trabalho teve como objetivo fazer uma análise da personalidade de Tanya à luz dos novos critérios da 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), colocando hipóteses para um diagnóstico diferencial que explique o sofrimento e disfuncionalidade da personagem.

## Desenvolvimento

Tanya McQuoid é uma mulher americana interpretada pela atriz Jennifer Coolidge. Não são dados muitos detalhes da sua biografia: deduz-se que terá cerca de 60 anos, baseando-nos na idade da atriz, e não é certo qual será a sua ocupação profissional. Contudo, sabe-se que é uma mulher extremamente rica através da herança familiar que recebeu. Na primeira temporada, apresenta-se solteira, mas nos últimos episódios conhece um outro hóspede, Greg, com quem acaba por surgir casada na segunda. Conhecemos também pelo menos um antecedente familiar de relevo: o diagnóstico de perturbação da personalidade borderline da sua mãe. Quanto à própria Tanya, nunca nos é dito de forma tão clara um diagnóstico, mas sabemos que há vários anos que participa em diversos projetos psicoterapêuticos, com resultados pouco significativos no alívio da sua angústia.

Tanya destaca-se à primeira vista pelo seu visual extravagante, colorido, mas rapidamente ao longo da série tomam primazia o seu comportamento desajustado, as situações positivamente bizarras em que se vê envolvida e acima de tudo, o seu enorme sofrimento, sempre à beira de transbordar ao mínimo obstáculo. Com tanto acontecer, torna-se útil uma análise estruturada para compreender melhor esta mulher, e o novo modelo de classificação das perturbações da personalidade do CID-11 revela-se bastante útil e ajustado a uma personagem que, como veremos, não se enquadra de forma perfeita nas categorias clássicas.

Este novo modelo aborda estas perturbações em 2 vertentes, classificando separadamente a gravidade do quadro e os traços de personalidade disfuncional presentes. No que toca ao critério de gravidade, a doença pode ser classificada como ligeira, moderada ou grave. Esta avaliação é feita com base no impacto que a doença tem na esfera interpessoal (isto é, o impacto mais ou menos severo que tem na capacidade do doente se relacionar de forma estável, segura e satisfatória com terceiros) e na esfera do self (ou seja, o impacto na vivência que o doente tem de si próprio enquanto pessoa íntegra, competente, autodeterminada e coerente, ou não). Por outro lado, o segundo critério é mais descritivo e reúne cinco traços de personalidade patológicos que podem ou não estar presentes em cada doente, permitindo assim uma caracterização e personalizada da sua doença. São eles: a afetividade negativa (predisposição para experienciar com intensidade e frequência indevida emoções negativas); a dissocialidade ou antagonismo (equivalente aos traços antissociais, no fundo, a falta de empatia e desconsideração das necessidades de terceiros em detrimento das do próprio); a desinibição (traduzindo impulsividade, falta de planeamento nas ações, distratilidade); o desapego ou distanciamento (a evicção da interação social, indisponibilidade emocional para o outro); a anancastia (equivalente aos traços obsessivos, pautados por rigidez cognitiva e comportamental acentuadas). Por fim, o grupo de trabalho de reformulação de critérios para o CID-11 que trabalhou nesta área foi sensível ao apelo da comunidade científica e manteve uma das categorias clássicas como um descritor adicional dentro do critério dos traços: o padrão borderline. Foi do consenso geral que a doença borderline tinha um carácter particular dentro das perturbações da personalidade, pelo seu valor enquanto objeto de investigação, com um padrão relativamente bem definido e reproduzível entre doentes, para o qual tem sido assim possível criar estudos e evidência quanto a intervenções eficazes para abordar estes doentes. Assim, apesar da intenção inicial dos autores ser eliminar todas estas categorias, considerando que através dos 5 traços também era possível descrever a perturbação borderline, foi aberta uma exceção para que o diagnóstico pudesse continuar a ser atribuído e codificado tal como é habitualmente conhecido.

A afetividade negativa é provavelmente o traço mais expressivo e evidente ao longo da série. Não é preciso muito para que Tanya fique profundamente desesperada, angustiada, chore abundantemente, mas estas reações surgem principalmente em contexto relacional, quando aqueles com quem interage, de alguma forma, não correspondem no nível de suporte e proximidade que ela esperaria. Na primeira temporada da série, conhecemos esta personagem durante o luto difícil da morte da sua mãe, sendo que Tanya vai de férias para o hotel White Lotus com a urna das suas cinzas na esperança de aí encontrar um local adequado, e a força interior, para se desprender delas. Neste processo, a personagem vai-nos relevando episódios dolorosos da relação conturbada que teve com a mãe, descrita como uma pessoa “muito cruel” e recordando com mágoa insultos e maus tratos antigos como se de ofensas recentes se tratassem, demonstrando uma marcada labilidade emocional. Nota-se desde cedo o enorme medo que Tanya do abandono, zangando-se, chorando e tornando-se muito difícil de tranquilizar quando, por exemplo, o seu marido Greg não se mostra tão disponível como ela gostaria para cumprir os seus planos de férias. Além disso, ela tem perceção de que é uma pessoa difícil de os outros se relacionarem, o que a leva muitas vezes a ficar angustiada com situações abandonicas imaginadas, que ela prevê que irão ocorrer, mas que efetivamente não se concretizaram. Trata-se, portanto, de uma mulher com uma baixa autoestima, que se sente impossível de amar pelos outros (ou mesmo não merecedora desse amor) e, a agravar tudo isso, incapaz de modificar a sua situação, impotente perante a sua condição – *“I’m a dead end! Save your self! (...) It’s who I am! There’s nothing I can do about it!”*, grita a Greg nas fases iniciais da sua relação.

Contudo, apesar da sua enorme sensibilidade, Tanya nem sempre é a pessoa mais atenciosa. No meio da sua angústia, esquece-se frequentemente das necessidades e direitos dos outros, atropelando-os na ânsia de ver aliviado o seu sofrimento. É muitas vezes egoísta, trazendo para umas férias de casal uma assistente pessoal para se assegurar que não fica um segundo sozinha para o caso de o seu marido não estar totalmente disponível em todos os momentos (mesmo depois de este ter deixado bem claro que não desejava a presença desta terceira pessoa). No entanto, é na sua relação com uma funcionária do hotel, Belinda, que sobressai mais esta sua faceta. Belinda é a chefe do spa do hotel e, ao ver Tanya chegar para começar as suas férias enquanto ainda chora a morte da mãe, aceita a responsabilidade de a apoiar e ajudar a recuperar. Desenvolve-se entre as duas uma relação mais íntima do que seria de esperar entre

hóspede e funcionária (situação que Belinda ao início estranha, mas que Tanya continua a alimentar a cada episódio); esta proximidade chega ao ponto de se criar um projeto de negócio partilhado, no qual Belinda usaria a sua expertise como massagista e “healer” que tanto ajudou a sua cliente/amiga, e esta última financiaria o projeto. Escusado será dizer que ela rapidamente deixa cair este plano quando surge alguém que satisfaz as suas necessidades emocionais com maior eficácia (o futuro marido Greg), deixando Belinda, que já se demitira do emprego para investir tudo no sonho das duas. Tanya tenta compensa-la monetariamente mas não volta atrás, abandonando esta pessoa que se entregou a ela numa posição vulnerável e desamparada. Não serve isto para demonstrar que esta mulher é cruel ou maltrata os outros de propósito: ela não pretende magoar ninguém... simplesmente, as necessidades, emoções e vidas alheiras *nunca* estão no topo da lista das suas prioridades. O episódio descrito também demonstra que esta mulher está, pelo menos em parte, protegida de consequências mais graves da sua disfuncionalidade pelo facto de ser muito rica e poder, pelo menos em parte, reparar parte dos danos que causa; Tanya sofre muito, mas podemos presumir que a sua situação seria pior ainda se não tivesse acesso aos seus abastados recursos financeiros.

Por último, a desinibição é transversal ao comportamento de Tanya. Ela não se inibe de demonstrar a sua angústia de forma espalhafatosa em público (para constrangimento dos que a acompanham e se veem impotentes para tranquilizar). E apesar de desejar intimidade, é irresponsável na forma como trata os outros e rapidamente abandona quem já a ajudou se alguém novo surge.

Passando ao critério de gravidade, a vivência de si mesma, do self, é angustiante; ela diz-nos: “*I can't get rid of this really empty feeling... I want someone to figure it out for me*”, expressando uma vivência de fragilidade e incompletude intrínseca à qual não consegue dar resposta. Apesar de tudo, mesmo assim, Tanya consegue fazer uma leitura relativamente adequada da sua situação: sabe que é alguém que as pessoas sentem como difícil, que exige a nível emocional e de disponibilidade. Ela sabe-o, mas não consegue evitar ser assim, tendo até necessidade de avisar previamente aqueles que começam a aproximar-se dela – “*I am a very needy person. And I am deeply insecure*”. Mas é na esfera interpessoal que se observa a maior disfuncionalidade. Desde o início da série que a própria personagem nos descreve um padrão de relações instáveis, que não se prolongam, gerando nela um enorme medo do abandono que domina a sua existência; Tanya parte para a relação já com medo de ser abandonada. E esta insegurança traz ao de cima uma angústia e desorganização que ninguém, nem ela própria, consegue conter, e que culmina na confirmação da temida profecia de abandono e solidão.

Chegados a este ponto, podemos estruturar e propor um possível diagnóstico para Tanya McQuoid: uma perturbação da personalidade ligeira a moderada, com impacto predominantemente na esfera interpessoal, pautada por forte afetividade negativa, mas também com traços de antagonismo e desinibição.

Contudo, esta proposta não é a única possível. A publicação do CID-11 é relativamente recente, e a classificação clássica da patologia da personalidade continua a ter uma presença relevante no pensamento clínico da psiquiatria atual. Assim, interessa pensar em que categoria poderíamos enquadrar esta personagem à luz dos antigos critérios.

McQuoid poderia integrar pelo menos parcialmente num diagnóstico de perturbação borderline, sendo que o facto de a mãe ter esse diagnóstico, considerando a componente de hereditariedade genética, reforça esta possibilidade. Cumpre critérios como o sentimento crónico de vazio, a instabilidade afetiva e relacional; contudo, não observamos durante a série ideação autolesiva ou suicida. Há um momento na primeira temporada em que Tanya refere ter feito pelo menos uma tentativa de suicídio no passado, pelo que podemos deduzir que noutra fase mais sintomática e instável da sua doença, a personagem cumpriria critérios para esta entidade de forma mais completa. Adicionalmente, há que ter em atenção que está descrita a melhoria espontânea da sintomatologia da doença borderline com o envelhecimento, pelo que, no momento da vida da personagem em que decorre a série, ela poderá estar numa fase naturalmente menos aguda da patologia, não sendo observáveis os comportamentos e ideação autolíticos classicamente associados a ela. Por fim, podemos também pôr a hipótese de, mais uma vez, a riqueza desta ter aqui um papel protetor, conferindo-lhe bastante conforto material, o que poderia contribuir para atenuar alguma da angústia e com isto eliminar comportamentos suicidários.

De uma outra perspetiva, se valorizássemos mais a componente demonstrativa e teatral da personagem, poderíamos enquadrá-la enquanto uma perturbação da personalidade histriónica. No entanto, um olhar mais atento revela que McQuoid não procura a atenção, sentir-se olhada por quem a rodeia como um fim em si mesma: é a sua angústia e conseqüente desorganização, impossíveis de conter, que atraem a atenção de quem a rodeia. Mas isso é apenas um efeito secundário; o que ela procura é a ligação, a relação com o outro, e, quando não o consegue, surgem crises emocionais que, inevitavelmente, atraem olhares. Ao considerarmos estas duas entidades (borderline e histriónica), acabamos por nos inclinar para o enquadramento relativamente seguro deste caso numa perturbação da personalidade do cluster B.

Por último, na primeira temporada, coloca-se a hipótese de Tanya estar a passar por um episódio depressivo major. Está numa fase de luto pela morte da mãe, luto esse que poderíamos considerar patológico pela duração e desorganização que provoca; mas a vivência patológica deste processo dever-se-á, provavelmente, à patoplastia condicionante de uma personalidade já de base conturbada. Nesta fase, vemos a personagem distrátil, com insónia e sintomatologia ansiosa proeminente, com necessidade de medicação ansiolítica. Tendo em conta que os episódios afetivos, nomeadamente depressivos, são mais comuns nas pessoas com patologia da personalidade, a presença de um episódio depressivo ou de um luto patológico acaba por não constituir propriamente um diagnóstico diferencial, mas sim uma camada adicional no estudo da personagem, que em nada contraria a hipótese de base.

### Conclusão

A nova classificação das perturbações da personalidade da CID-11 permite uma abordagem descritiva sistematizada, útil para doentes que não encaixam bem nas categorias clássicas – e que são a maioria. O caso desta personagem não encaixa de forma absoluta nas entidades clássicas (quanto muito no cluster B, de forma geral), o que reforça a validade de terem sido mudados os critérios de classificação para uma perspetiva dimensional descritiva.

Apesar da disfuncionalidade causada pelo seu comportamento, Tanya McQuoid é a personagem mais marcante da série pois, apesar de ser caricatural, transparece um seu sofrimento real e intenso, que conquistou a atenção dos espetadores. É por isso um exemplo de como as perturbações da personalidade podem ser representadas artisticamente de forma expressiva, mas empática.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- McGuire, J. (2022). *Tanya McQuoid Is A Ridiculous Hot Mess & She's My Idol*. Acedido em setembro de 2023. <https://www.romper.com/entertainment/jennifer-coolidge-tanya-mcquoid-the-white-lotus>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological assessment*, 30(2), 154-169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>
- Rudra, S. (2022). *'The White Lotus' Character: Tanya Mcquoid, Explained – What Happens To Tanya At The End Of Season 2?*. Acedido em setembro 2023. <https://dmtalkies.com/the-white-lotus-tanya-mcquoid-character-explained-2022-hbo-series/>
- White, M. (2021-2025). *The White Lotus* (TV Series 2021-2025).
- World Health Organization (2021). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

# Florbela Espanca: uma exploração psicopatológica da vida e da obra

Ângela Pinto, Tatiana Pessoa, Ana Marques

Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

E-mails: angela.silva.pinto@ulsge.min-saude.pt, tatiana.soares@ulsge.min-saude.pt, ana.marques@ulsge.min-saude.pt

## Resumo

A 8 de dezembro de 1930, no dia do seu aniversário, Florbela Espanca faleceu após ingestão voluntária de 2 frascos de Veronal, um barbitúrico usado na época como sedativo. A sua terceira e consumada tentativa de suicídio tornou-a parte de um fenómeno que veio 30 anos depois ser informalmente denominado de Efeito Sylvia Plath, que relaciona poetas ou escritores (particularmente mulheres), a doença mental, podendo culminar como no caso da poeta que lhe deu nome, em suicídio.

Neste trabalho abordamos a história de vida de Florbela e, através de uma abordagem fenomenológica, a psicopatologia que transparece na sua obra poética e em cartas que escreveu aos seus familiares, amigos e companheiros. Mais do que a sintomatologia enquadrável numa perturbação do espectro afetivo, exploraremos também os traços disfuncionais da personalidade que se poderão figurar numa perturbação da personalidade comórbida.

**Palavras-chave:** literatura, poesia, psicopatologia, personalidade

## Abstract

On December 8, 1930, on her birthday, Florbela Espanca died after deliberately consuming two bottles of Veronal, a barbiturate used at the time as a sedative. Her third and successful suicide attempt later became associated with a phenomenon informally dubbed the Sylvia Plath Effect 30 years later, which links poets or writers (especially women) to mental illness, potentially leading to suicide.

This study delves into Florbela's life story and, through a phenomenological approach, the psychopathology evident in her poetic work and letters to family, friends and partners. We're delving deeper than merely cataloging symptoms associated with an affective spectrum disorder; we're also scrutinizing the maladaptive personality traits that could signal a comorbid personality disorder.

**Keywords:** literature, poetry, psychopathology, personality

## Introdução

Florbela Espanca, cuja voz se destaca na poesia portuguesa do século XX, é frequentemente lembrada não só pela sua obra intensamente lírica mas também pela sua vida tumultuosa e marcada por eventos trágicos e altamente marcantes. A sua morte prematura, um acto deliberado de desespero na celebração do seu próprio aniversário, faz questionar se esta poeta padecia de uma doença mental, questão esta que este trabalho se propõe a responder. Partindo de uma abordagem fenomenológica, e explorando a vida e a obra poética e epistolográfica de Espanca, revelam-se alguns traços de personalidade disfuncionais, que se enquadram numa Perturbação da Personalidade do Cluster B. Explora-se ainda uma provável comorbilidade com um episódio depressivo no final da sua vida.

## Florbela Espanca – uma breve bio e bibliografia

Florbela Espanca foi uma poetisa portuguesa, natural de Vila Viçosa. Nasceu a 8 de dezembro de 1894 e os seus pais biológicos foram João Maria Espanca (antiquário e mais tarde fotógrafo) e Antónia da Conceição Lobo, uma jovem criada de servir. João Maria era casado com Mariana do Carmo Espanca, e recorreu a Antónia com o conhecimento de Mariana para ter filhos, após vários anos de casamento sem conseguirem engravidar. Utilizou o mesmo método para ter um segundo filho, Apeles, irmão mais novo de Florbela.

Florbela frequentou o curso de Letras do Liceu Nacional de Évora, e foi uma das primeiras mulheres em Portugal a frequentar um curso liceal. Ingressou no curso de Direito da Faculdade de Direito de Lisboa, sendo uma das 14 mulheres entre 340 alunos inscritos. No entanto, não chegou a terminar os estudos. À parte da escrita, trabalhou como professora e tradutora.

Esteve casada três vezes, e nunca teve filhos. Faleceu jovem, aos 36 anos de idade, e no dia do seu aniversário. Foi a sua terceira e consumada tentativa de suicídio, tendo feito uma ingestão medicamentosa voluntária com barbitúricos, fármacos popularmente utilizados na época como sedativos.

Apesar das apenas 3 décadas de vida, escreveu mais de 300 poemas, publicados nos livros “Livro de Mágoas”, “Livro de Soror Saudade” e “Charneca em Flor”. Além disso, escreveu também prosa, e podemos encontrar os seus contos reunidos nos livros “As Mágoas do Destino” e “Dominó Preto”. O seu último ano de vida está registado sob a forma de um diário, cuja primeira entrada data de 11 de janeiro de 1930, e a última de 2 de dezembro do mesmo ano, 6 dias antes do seu falecimento. Deixa-nos também cerca de 250 cartas escritas aos seus amigos, companheiros e familiares, que vêm acrescentar ao lado mais autobiográfico da sua obra literária.

### **A Doença Mental na Vida e na Obra de Florbela**

A personalidade é o que em nós define a forma como pensamos e percebemos o mundo à nossa volta, como sentimos, e em que tipo de ações e comportamentos transformamos essas vivências internas. Quando este funcionamento se torna desadaptativo, com impacto no bem-estar do próprio, e repercussões nas suas relações interpessoais ou na esfera educacional ou ocupacional, considera-se o quadro como patológico, tratando-se portanto de uma perturbação da personalidade.

As perturbações da personalidade podem ser organizadas tendo em conta traços que acabam por se agregar e criar padrões de funcionamento. Classicamente são categorizadas em clusters: A, B e C. A este trabalho interessa o cluster B, que se caracteriza por instabilidade emocional e expressão afetiva por vezes considerada exagerada; impulsividade, com comportamentos de risco; alguns traços de egocentrismo, e ainda dificuldades nas relações interpessoais.

Neste cluster incluem-se a Perturbação da Personalidade Antissocial, a Perturbação de Personalidade Narcísica, a Perturbação de Personalidade Histriónica e a Perturbação de Personalidade Borderline. É nesta última que se parecem enquadrar os traços de personalidade de Florbela.

### **Perturbação da Personalidade Borderline: quadro clínico**

O conteúdo altamente afetivo da sua obra permite-nos identificar um padrão de grande instabilidade e intensidade afetiva. O poema *Neurastenia* exemplifica isso mesmo: “*Chuva... tenho tristeza! Mas porquê?! / Vento... tenho saudades! Mas de quê?! / Ó neve que destino triste o nosso! / Ó chuva! Ó vento! Ó neve! Que tortura! / Gritem ao mundo inteiro esta amargura, / Digam isto que sinto que eu não posso!!...*”

Florbela reconhece também a sua sensibilidade como excessiva, descrevendo “*sensibilidades vivíssimas, reagindo ao mais pequenino facto exterior como a catástrofes sem remédio.*”. Para além de sentimentos de tristeza imensa e angústia persistente, sobressai particularmente nas suas cartas um sentimento crónico de vazio. Em agosto de 1930 escreve ao amigo Guido Batelli “*Nada me chega, nada me convence, nada me enche. Sou um pobre que nenhum tesouro acha digno das suas mãos vazias. (...) Esta interrogação, esta contínua busca, cada vez mais ansiosa, dentro de mim mesma, desvaira-me.*”.

Todos estes aspetos vão de encontro aos sintomas e disfuncionalidade na linha afetiva numa Perturbação de Personalidade Borderline.

Nesta patologia ocorre também frequentemente uma perturbação da identidade, com uma auto-imagem fluante, e que muitas vezes é influenciada pelas suas relações interpessoais ou circunstâncias. Não tendo este sentido de identidade estável e consolidado, o doente tende a procurar-se e ao seu lugar no mundo de várias maneiras, como por exemplo mudar a sua profissão frequentemente, os seus objetivos, até relações afetivas. Florbela Espanca aborda em vários poemas a sua dificuldade em se definir, e em entender qual o seu papel, e dão-se como exemplo os poemas *Minha Culpa* e *Lembrança*. No primeiro, enuncia diretamente “*Sei lá! Sei lá! Eu sei lá bem / Quem sou?! Um fogo-fátuo, uma miragem... / Sou um reflexo... um canto de paisagem / Ou apenas cenário! Um vaivém... / Como a sorte: hoje aqui, depois além!*”. Transmite a ideia de uma personalidade pouco segura, instável, em constante mudança, e por vezes reduzida a um reflexo do outro ou vítima das circunstâncias. Esta inconstância perturba-a, e abrindo ela o diário que veio a ser publicado como “Diário do Último Ano” com um convite ao futuro leitor: tentar algo que ela não conseguiu fazer – “*Quando morrer, é possível que alguém, ao ler estes descosidos monólogos, leia o que sente sem o saber dizer, que essa coisa, tão rara neste mundo – uma alma – se debruce com um pouco de piedade, um pouco de compreensão, em silêncio, sobre o que eu fui ou o que julguei ser. E realize o que eu não pude: conhecer-me.*”.

Um *hallmark* desta patologia é também a impulsividade, com frequentes comportamentos de risco, e que podem ser de índole sexual, consumo de álcool ou de substâncias ilícitas, entre outros. Particularmente os comportamentos auto-lesivos, suicidários ou não, são característicos. Como já abordado acima, Florbela faleceu após uma ingestão medicamentosa voluntária, que seria a sua terceira.

Por fim, vale a pena aprofundar a sua história afetiva e de relacionamentos desta poetisa, já que torna muito evidente a instabilidade das suas relações interpessoais, particularmente afetivas, algo também característico da Perturbação de Personalidade Borderline. Florbela teve o seu primeiro relacionamento afetivo aos 17 anos com um colega de escola. No ano seguinte conheceu e começou a namorar oficialmente com o que seria o seu primeiro marido, Alberto Moutinho, também colega de Liceu. No verão do mesmo ano conhece em férias na Figueira da Foz um jovem que se chamaria José e com quem trocou intensa correspondência. Mas essa relação acabou por terminar em fevereiro do ano seguinte. Meses depois reatou o relacionamento com Alberto Moutinho, e quis casar rapidamente. Sendo na altura menor, foi emancipada para que pudesse casar, e o seu primeiro casamento foi então no dia em que fez 19 anos, em 1913. Florbela decide depois ingressar no curso de Direito da Universidade de Lisboa, para onde vai sozinha, separando-se o casal. No início de 1920, ainda em Lisboa, conhece António Guimarães, alferes da GNR, apaixonando-se e iniciando rapidamente uma relação com o mesmo. Após apenas alguns meses decidem viver juntos. Ainda estava casada com Alberto Moutinho, e este, em visita a Lisboa, toma conhecimento desta situação, acabando por requerer o divórcio. Florbela e António acabam por se mudar para o Porto, para onde este é destacado. Conhece Mário Pereira Lage, tenente-médico do mesmo destacamento. Em 1921 é oficializado o divórcio de Alberto Moutinho, e Florbela e António casam logo depois. Em 1922 fala-se de um escândalo no Posto da Foz do Douro da GNR, um desacato entre António e Mário Pereira Lage, e motivo pelo qual António pede transferência para Lisboa, e Mário dispensa da GNR. Engravida e aborta pela 2ª vez em 1923, ano este em que acaba por se divorciar de António. Este 2º divórcio, algo altamente atípico para a época, faz com que o pai, irmão e restante família deixem de falar e responder às cartas de Florbela durante dois anos. Dois anos depois, casa com Mário Pereira Lage, durando este casamento até ao final da sua vida. No entanto, no seu último ano de vida, dedica poemas a dois homens que veio a conhecer e com quem se relacionou, Luís Maria Cabral e Ângelo César.

Esta instabilidade relacional é abordada pela própria Florbela também na sua obra poética, como é o caso do poema *Inconstância*, “*Passei a vida a amar e a esquecer... / Atrás do sol dum dia outro a aquecer / As brumas dos atalhos por onde ando... / E este amor que assim me vai fugindo / É igual a outro amor que vai surgindo, / Que há-de partir também... nem eu sei quando...*”.

As suas relações aparentam ser de grande intensidade, e vai alternando a descrição das mesmas e dos seus companheiros entre dois extremos – o da idealização e o da desvalorização, o que também é compatível com esta Perturbação da Personalidade. Menciono ainda o receio e os esforços ativos que estes doentes demonstram no sentido de evitar um abandono (real ou imaginado). Estes dois pontos são muito bem ilustrados no poema *Frieza*: “*Os teus olhos são frios como espadas, / E claros como os trágicos punhais; / Têm brilhos cortantes de metais / E fulgores de lâminas geladas. / Vejo neles imagens retratadas / De abandonos cruéis e desleais, / Fantásticos desejos irrealis, / E todo o ouro e o sol das madrugadas!*”. Florbela faz referência a este receio, utilizando inclusivé a palavra “abandono”. É também evidente esta dualidade, com o extremo negativo, frio, trágico, e o positivo, de sol e ouro.

### **Perturbação da Personalidade Borderline: etiopatogénese**

Para além do funcionamento e traços enquadráveis numa Perturbação da Personalidade Borderline explorados, é importante abordar a etiologia desta patologia, e os fatores que predispõem à mesma que de facto estão presentes no caso de Florbela.

A estruturação de uma personalidade disfuncional é complexa e de etiologia multifatorial, importando fatores genéticos e ambientais.

“Há os fatores: hereditariedade, educação, ambiente, e depois o destino, e ainda sensibilidades vivíssimas, reagindo ao mais pequenino facto exterior como a catástrofes sem remédio.”

#### **– Fatores genéticos**

Quanto aos genéticos, temos de facto antecedentes familiares de provável patologia psiquiátrica. A mãe biológica de Florbela, Antónia Lobo, faleceu aos 29 anos com o diagnóstico de “neurose”. Escreve numa carta também ao amigo Guido Batelli “*Minha mãe morreu com 29 anos de uma doença que ninguém entendeu; a certidão de óbito diz «neurose».*”

Nevrose, ou neurose, era um conceito genérico e que traduzia uma patologia do sistema nervoso. Um tipo de neurose frequentemente diagnosticado na época era a neurastenia, ao que a Florbela faz referência por vezes em cartas e que dá também nome a um poema (acima citado). Neurastenia englobava uma vasta gama de sinais e sintomas, como sentimentos de tristeza, fadiga crónica e anedonia, irritabilidade, ansiedade ou angústia e pensamentos ruminativos, sintomas cognitivos em particular dificuldade na concentração, insónia. Os sintomas somáticos eram também parte integrante deste quadro, podendo cursar com cefaleias, tonturas, dor ou fraqueza muscular, e ainda sintomas gastrointestinais, com alteração do trânsito intestinal, dor e distensão abdominal. Trata-se assim de um termo bastante inespecífico, e que hoje em dia poderia traduzir vários tipos de doença mental, tanto da linha afetiva, como uma eventual perturbação de ansiedade, ou até da personalidade.

Nas suas cartas, Florbela aborda múltiplas vezes a possibilidade dela própria sofrer também desta patologia, previamente diagnosticada à mãe. Com 12 anos numa carta para o pai, Florbela fala primeira vez em “*enormes dores de cabeça e fadiga*”. Nos anos seguintes são várias as referências que encontramos a esta fadiga e mau-estar, que parecem ir agravando inclusivé de carta para carta. Vai partilhando por carta com familiares e amigos o acompanhamento médico que vai tendo, e das frequentes indicações de repouso, idealmente em meio rural. Escreve em carta ao irmão em 1923 “(...) *tenciono partir dia 14, rápido, para o Porto, e de lá para a aldeia, pastar, por conselho dos médicos. Ando amarela, magra e fatigada (...)*”, e dois anos mais tarde ao pai, fazendo referência especificamente a neurastenia, “*Fui ao Dr. Cassiano, que me mandou para qualquer parte descansar pois tinha o coração tocado e às portas de uma grave neurastenia.*”. Era efetivamente frequente este tipo de tratamento na neurastenia, ao que se chamava “cura de descanso”.

#### – *Fatores ambientais*

Está muito bem estudada a relação entre eventos traumáticos na infância e a génese de uma Perturbação da Personalidade Borderline. A vinculação e estabilidade das relações em idade jovem, particularmente com os pais é também de elevada importância. A negligência parental, o distanciamento ou frieza dos pais, com poucas demonstrações de afeto, o comportamento materno ou paterno imprevisível e inconsistente, podem ser tudo fatores que aumentam o risco de estruturação de uma personalidade disfuncional. A separação da mãe ou do pai durante a infância e mesmo as características do relacionamento afetivo entre o pai e a mãe, particularmente quando presente agressividade verbal ou física, são também fatores relevantes.

No caso de Florbela, não há evidência de que tenha ocorrido algo de evidentemente traumático na sua infância, que ela própria descreve como feliz e despreocupada. No entanto, podem ser importantes os fatores relacionados com a vinculação materna. Como brevemente abordado na biografia da poeta, João Maria Espanca, pai de Florbela, recorreu a uma jovem criada de servir dada a dificuldade que estavam a ter, ele e a sua esposa Mariana, para conceber. Quando Florbela nasceu, foi imediatamente viver com o pai e Mariana. João Maria instalou Antónia numa casa na mesma rua que a sua, e Florbela era amamentada pela mãe biológica e passava grande parte do dia com ela. Já com Apeles, o irmão mais novo de Florbela, também gerado por Antónia Lobo, não foi este o caso. Viveu com a mãe biológica até aos 4 anos, e só quando esta se mudou para outra cidade com o companheiro na altura é que foi morar junto do pai, Mariana e Florbela. Florbela nunca abordou este assunto com grande profundidade nas suas cartas, é difícil perceber como viu toda esta dinâmica familiar e se teve ou não impacto nela.

No entanto, podemos especular que seja bastante confuso para uma criança pequena ter duas mães, e dividir-se pelas duas. Florbela parece ter sido mais próxima de Antónia, a quem sempre tratou por mãe. Quando faleceu, tinha Florbela 13 anos, vestiu luto pela mãe, e veio mais tarde a escrever um soneto dedicado a esta, onde abordou a saudade e a mágoa com que ficou após esta perda. Já a relação com a “mãe Mariana”, como a tratava, parece ter sido mais distante. Quando esta adoeceu, Florbela nunca foi visitá-la. Assim, até aos 13 anos, fase preponderante na estruturação de uma personalidade com traços adaptativos e funcionais, Florbela lidou com a ambiguidade e inconsistência da sua figura materna, foi separada da mãe biológica quando esta foi residir para outra cidade, e perdeu-a depois definitivamente, quando Antónia morre.

#### **Perturbação da Depressiva Major**

As perturbações de personalidade são frequentemente comórbidas com outras patologias, particularmente do eixo I. Dados os seus traços disfuncionais, estes doentes não possuem muitas vezes as ferramentas para ultrapassar com saúde eventos vivenciais adversos. A Perturbação Depressiva Major é uma comorbilidade frequente, e 60-90% dos doentes com Perturbação de Personalidade Borderline vêm a desenvolver um quadro compatível com este diagnóstico.

No caso de Florbela, o falecimento do irmão mais novo foi provavelmente o acontecimento mais marcante de sua vida. Apeles era piloto, e faleceu com a queda do avião em que fazia um voo de treino sobre o Tejo. Tratou-se portanto de uma morte trágica e inesperada, e o corpo nunca foi recuperado, fatores estes que só por si tornam o luto um processo mais difícil e eventualmente prolongado. Florbela quase antecipava este fim do irmão, e na maior parte das cartas que escrevia para o mesmo pedia-lhe cautela no exercício da pilotagem – “*Que vida escolheste! Procuo junto do Mário razões para me tranquilizar e quando ele me diz, e me repete, incansavelmente, que há os flutuadores, que não há perigo de incêndio, que a estatística dos desastres em Aviação Naval é muito menor que na de Terra, dou um grande suspiro de alívio, até à primeira... Se isto não é assim, não digas que não é. Deixa-me esperar que hei de sair do mundo primeiro que tu, meu irmão querido, meu orgulho.*”. No entanto, esta antecipação não amenizou o grande impacto que esta perda teve em Florbela, sendo claro o agravamento, tanto a nível da sua já diagnosticada neurastenia, como anímico no geral. Inicia um quadro que aos dias de hoje seria interpretado como uma Perturbação Depressiva Major: sentimentos de tristeza persistentes, anedonia, hipobulia e diminuição dos níveis de energia (“*Encontro-me exausta, esgotadas todas as energias, sem força nem vontade para nenhum trabalho*”). Descreve também um prejuízo dos ritmos biológicos, com insónia (“*O que mais me tortura são as teimosas insónias em série de 4 noites, só consigo dormir com «veronal» ou outra droga parecida.*”), e anorexia com perda ponderal associada (“*Estou magríssima; tinha 56kg de peso, estou com 48 ½ e bastante mal disposta de nervos.*”).

A desesperança e os sentimentos de morte transparecem também cada vez mais na sua escrita, e tornando-se esta ideia suicida cada vez mais estruturada. Florbela planeou o dia em que o faria, o dia do seu 36º aniversário. Escreveu postais de despedida, e deixou a Mário Lage escondida numa gaveta uma carta com as suas disposições finais: deixa às amigas os seus pertences mais queridos e pede para levar consigo no caixão os fragmentos havia conseguido recuperar do avião de seu irmão Apeles, e para ir coberta de flores. Nessa noite ingeriu o equivalente a dois frascos de *veronal* e escondeu as embalagens vazias debaixo do colchão. Pediu também para na manhã seguinte não ser acordada nem incomodada sob pretexto algum.

Seis dias antes do seu falecimento deixa a última entrada no seu diário:

“E não haver gestos novos nem palavras novas!”

## Conclusão

Florbela Espanca, marcada por uma infância e juventude incomuns, pavimentou o seu caminho na literatura Portuguesa, e foi uma das primeiras mulheres a adentrar o mundo académico no nosso país. Apesar de suas conquistas profissionais, a sua vida pessoal foi repleta de tumulto, refletido em múltiplos casamentos e uma persistente busca por satisfação emocional e pessoal. O sofrimento interno de Florbela, possivelmente exacerbado por uma Perturbação de Personalidade Borderline, transparece vividamente na sua poesia, onde temas de intensa instabilidade emocional, sentimentos de vazio e impulsividade são recorrentes. Além disso, a depressão profunda e consequente ideia suicida culminaram em sua morte prematura, por suicídio, no dia do seu aniversário. Assim, a vida e obra de Florbela Espanca são um testemunho do entrelaçamento complexo entre criatividade e dor, e como as lutas internas podem moldar, mas também destruir, uma vida.

## Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Espanca, F. (1981). *Diário do último ano*. Livraria Bertrand.
- Espanca, F. (1986). *Obras completas de Florbela Espanca: Cartas (1906-1922)*. Publicações Dom Quixote.
- Espanca, F. (1986). *Obras completas de Florbela Espanca: Cartas (1923-1930)*. Publicações Dom Quixote.
- Espanca, F. (2020). *Livro de mágoas*. Primavera Editorial.
- Espanca, F. (2021). *Charneca em flor*. Primavera Editorial.
- Guedes, R. (1999). *Florbela Espanca*. Publicações Dom Quixote.
- Luis, A. B. (1979). *Florbela Espanca*. Guimarães Editores.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Saraiva, C. B., & Joaquim Cerejeira. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.
- World Health Organization. (2012). *International statistical classification of diseases and related health problems*. World Health Organisation.



# Yayoi Kusama – a arte da sublimação

**Beatriz Fernández, Raquel Moreira, Helena João Gomes**

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

E-mail: beatriz.fernandez@ulsne.min-saude.pt

## Resumo

Yayoi Kusama é uma artista contemporânea japonesa, autora de centenas de obras de arte de pintura, escultura, filmes e poesia e, aos 93 anos, continua a criar obras que estão disseminadas por todo o mundo.

Mestre do impressionismo, minimalismo, e arte conceptual, desde cedo demonstrou interesse pela arte.

No entanto, sua infância não foi um período de inocência e felicidade. O que Yayoi desenhava era o reflexo dos seus pesadelos e a forma como via o mundo, sentindo-se “a dot lost among millions of other dots”.

As linhas mudaram de forma e as bolinhas um novo significado.

Foi diagnosticada com perturbação de stress pós traumático, neurose obsessiv, ansiedade, depressão e esquizofrenia.

Vive até aos dias de hoje internada voluntariamente.

Refém da sua doença, conseguiu atingir a liberdade através da arte “polka dots are a way to infinity”, usando-a para transformar a sua dor e aliviar as emoções negativas.

**Palavras-chave:** Yayoi Kusama, sublimação

## Abstract

Yayoi Kusama is a Japanese contemporary artist, author of hundreds of artworks spanning painting, sculpture, films, and poetry. At 93 years old, she continues to create art spread around the world.

A master of impressionism, minimalism, and conceptual art, she began painting her nightmares and her perception of the world at the age of 5, feeling “a dot lost among millions of other dots.” However, she had a disturbing childhood.

The lines changed shape, the dots gained a new meaning.

She was diagnosed with post-traumatic stress disorder, obsessive neurosis and schizophrenia.

She lives voluntarily institutionalized to this day. A prisoner of her illness, she managed to achieve freedom through art, ‘polka dots are a way to infinity,’ using it to transform her pain and alleviate negative emotions.

**Keywords:** Yayoi Kusama, sublimation

## Introdução

Yayoi Kusama é uma artista plástica contemporânea, nascida a 22 de Março de 1929 em Matsumoto no Japão. (Grady T. 1999)

A sua arte transcende 2 dos movimentos artísticos mais importantes da segunda metade do século XX: o minimalismo e *pop art*. (Grady T. 1999), (art/ref, 2023)

O seu trabalho expande-se da pintura, para a escultura, filmes, poesia, immersive rooms e moda.

Atualmente, aos 94 anos, é uma das artistas mais conceituadas e reconhecidas, com colaborações e exposições em todo o mundo.

Deste modo pretendemos dar a conhecer a sua história e falar no mecanismo de defesa por detrás das suas obras. (Grady T. 1999)

## Infância

Oriunda de uma família tradicional japonesa, é a mais nova de 4 irmãos. Começou a ocupar os seus tempos livres a pintar em casa desde os 5 anos de idade. (Midori Yamamura, 2012, 30-31)

Os seus pais tiveram um casamento arranjado e o ambiente em casa era rígido e a relação entre os progenitores conflituosa, segundo a artista. (Grady T. 1999)

O pai tinha várias relações extra-matrimoniais e a mãe de Yayoi obrigava a filha, com 8 anos de idade, a espiar o pai enquanto este tinha relações sexuais com as amantes. (Cath Pound, 2018)

Kusama foi vítima de abuso psicológico e físico por parte da mãe. (Grady T. 1999)

Foram tempos negros para a artista japonesa, tendo como escape a pintura. (Midori Kusama, 2012, 6-7)

Durante a infância desenvolveu stress pós traumático, aversão ao órgão genital masculino e ao sexo derivado do trauma de ser forçada a assistir aos encontros sexuais do pai e perturbação obsessivo-compulsiva. (Cath Pound, 2018), (Grady T. 1999)

Estas experiências traumáticas deixaram marcas indeléveis na psique de Kusama, alimentando uma série de perturbações mentais que moldara, não só as suas obras, como a sua vida. (Jessica Lott, 2012)

Ela fala em entrevistas de alucinações visuais com bolinhas e distorções da realidade desde criança e é o motivo pelo qual utiliza bolinhas e formas onduladas de forma constante na sua arte. (Grady T. 1999)

“Um dia estava eu a olhar para os padrões de flores vermelhas da toalha de mesa em uma mesa e, quando olhei para cima, vi o mesmo padrão a cobrir o teto, as janelas e as paredes e, finalmente, por toda a sala, corpo e universo. Senti como se tivesse começado a auto-destruir-me, a girar na infinidade do tempo sem fim e na absoluta capacidade do espaço, até ser reduzida ao nada” Yayoi Kusama (art/ref, 2023)

Quanto às alucinações visuais, sabemos que não são típicas de doenças do foro psiquiátrico e também é importante refletir que qualquer presunção de diagnóstico através de relatos escritos na internet ficam muito aquém do verdadeiro estado mental e diagnóstico da artista. Vários estudos demonstram porém, que muitos artistas com esquizofrenia relatam alucinações erroneamente apelidadas de visuais. (Bloom Jd, 2018)

Não sabemos se é o caso, se eram ilusões de afeto ou pseudoalucinações, mas uma coisa é certa. Graças a Yayoi Kusama, o mundo foi invadido pelos Polka dots. (Midori Yamamura, 2012 14-15)

Aos 10 anos de idade, começou a frequentar aulas de pintura em estilo japonês tradicional, onde seu talento precoce logo chamou a atenção. No entanto, o seu desejo de se tornar uma artista contrariou a resistência da sua família, que não via a arte como uma carreira viável para uma mulher jovem. (Midori Yamamura, 2012, 45-47)

### **Vida adulta e a criação de uma artista**

Determinada a seguir o seu sonho, a vontade de Yayoi Kusama venceu e, aos 18 anos, mudou-se para Tóquio para estudar arte. Lá, ela foi exposta às vanguardas artísticas do ocidente, incluindo o surrealismo e o expressionismo abstrato, que tiveram um impacto profundo no seu crescimento enquanto artista. (Midori Yamamura, 2012, 47)

Em 1957, aos 28 anos, Yayoi Kusama tomou a decisão audaciosa que mudaria para sempre o curso de sua vida: ela embarcou num navio com destino a Nova Iorque, o epicentro da cena artística global, onde tudo acontece. (Midori Yamamura, 2012, 91)

Munida de coragem e determinação, ela deixou para trás a sua família e a sua terra natal na procura de liberdade criativa e o seu merecido reconhecimento.

Nova Iorque, na década de 50, era um caldeirão cultural fervilhante, onde as fronteiras entre arte, moda, música e vida noturna se fundiam de maneira inebriante. Foi nesse ambiente estimulante e desafiador que Kusama encontrou o seu lugar como uma voz única e provocadora no mundo artístico, sendo que consideravam que Yayoi estava muito à frente no seu tempo. (Cath Pound, 2018)

Em 1959, teve a sua primeira exposição individual na famosa galeria Brata, marcando o início de uma longa carreira artística.

Na década de 1960, Kusama emergiu como uma figura proeminente na vanguarda artística de Nova Iorque. As suas famosas “*Infinity Nets*” (Redes Infinitas), pinturas abstratas compostas por inúmeras pequenas marcas circulares, tornaram-se ícones do movimento minimalista e estabeleceram a sua reputação como uma das artistas mais inovadoras da sua geração. (Guggenheim interview, year unknown), (Grady T. 1999)

Foi na década de 60 que Yayoi trabalhou mais freneticamente, tendo sido a época onde mais obras criou, abraçando a cultura hedonista e o espírito hippie característicos da altura. (Grady T. 1999)

Foi ativista em protestos contra a guerra, patriarcado e a sociedade capitalista. Teve um papel de importância na luta pelos direitos das mulheres e dos LGBTQ+, bem como se tornou numa defensora da paz e da justiça social. A sua arte era o reflexo das causas que defendia, da sua infância, traumas e das injustiças que aconteciam na época. (Midori Yamamura, 2012, 15-18)

“ My art is an expression of my soul, a reflection of the Universe within me.”

Também ficou conhecida pelo apoio dado a instituições de caridade e organizações sem fins lucrativos, contribuindo de forma importante em causas humanitárias e educacionais.

No que diz respeito à sua vida afetiva, apenas teve 2 relações amorosas. Teve um relacionamento com o seu colega artista Donald Judd e, mais tarde, com o artista de montagem de meia-idade Joseph Cornell, que também estava apaixonado por ela. Devido à sua ansiedade e medo do sexo, ambos os relacionamentos, embora muito próximos, eram estritamente platônicos, nunca se tendo envolvido sexualmente com ninguém. Durante essa época, escrevia muitas cartas e amor e desenhava muitos corpos nus. Kusama e Cornell desenvolveram um vínculo tão forte (supostamente, ele partilhava a sua aversão sexual e também odiava o sexo) que, quando ele morreu em 1972, ela começou a criar colagens para homenagear o seu trabalho e lidar com a sua partida. (Jessica Lott, 2012), (Przybyło E, 2021)

Porém, por detrás desta imagem pública de sucesso e celebração, Yayoi Kusama travava uma batalha silenciosa contra seus próprios demónios internos. Sua vida pessoal era tumultuada, marcada por uma série de desafios emocionais e mentais. Os traumas de sua infância continuavam a assombrá-la, alimentando uma série de perturbações mentais. (Grady T. 1999)

Em 1970, devido à sua doença mental grave, foi internada num Hospital Psiquiátrico, tendo deixado os Estados Unidos da America e regressado para a sua terra natal, o Japão. (Grady T. 1999)

Para além disso, Kusama foi vítima de sexismo e racismo inerentes à sociedade machista americana da época. Como uma artista mulher de ascendência japonesa, ela teve de lutar muito para ser levada a sério num mundo dominado por homens brancos. No entanto, sua determinação inabalável e a sua devoção pela arte prevaleceram sempre no meio das adversidades.

Ao longo das décadas seguintes, Yayoi Kusama continuou a expandir os limites de sua arte, explorando sempre novos meios e técnicas e reinventando-se a cada ano. Ela começou a criar esculturas, instalações e performances. (Grady T. 1999)

### **Mecanismo de defesa (definição)**

Ações psicológicas que têm por finalidade reduzir qualquer manifestação que pode colocar em perigo a integridade do ego.

São processos do subconsciente ou mesmo inconscientes que permitem à mente encontrar uma solução para conflitos não resolvidos ao nível da consciência. (Boesky D., 1968)

### **Sublimação (definição)**

É um mecanismo de defesa maduro que consiste na transformação de impulsos, desejos ou emoções inaceitáveis em atividades socialmente aceitáveis, produtivas e criativas, capazes de satisfazer, pelo menos parcialmente, o *Id*.

### **Sublimação de Yayoi Kusama**

Kusama é conhecida por criar obras que frequentemente incorporam repetição de padrões, especialmente bolinhas e tentáculos.

Estes elementos são a expressão das suas próprias experiências pessoais e também refletem, segundo a própria, a forma como percebe o mundo. *“I fight pain, anxiety, and fear every day, and the only method I have found that relieves my illness is to keep creating art.”* (1980)

Segundo Monroe, “a arte de Kusama é fundamentalmente sobre obsessão e a necessidade, nascida da ansiedade, de repetir certos atos na tentativa de se libertar dessa obsessão. Desde a infância, sua arte é um ritual privado e atávico, necessário indução à repetição que leva à catarse” (Arte/ref 2023)

Os “*polka dots*” (bolinhas) refletem a sua conhecida perturbação obsessivo-compulsiva.

Os tentáculos simbolizam a sua aversão ao sexo por terem forma fálica.

Os *Infinity Nets* (redes infinitas), simbolizam o seu desejo de escapar das limitações da sua mente, criando uma experiência sensorial imersiva e transformadora. (Arte/reef, 2023), (Grady T. 1999)

Relativamente aos *Infinity Nets*, Kusama criou o famoso “*Obliteration Room*”, a primeira iteração da sala, criada especificamente para crianças e para ser uma idealização da sua infância. Nesse espaço, as crianças eram incentivadas a violar a política de “olhe, mas não toque” dos museus de arte, o que simboliza todas as restrições dos pais que a artista teve durante a sua infância e adolescência. (Arte/reef, 2023)

*“What is the most meaningful thing you’ve ever produced?” – “It’s art. I started creating art works at the age of 10. I’ve worked very hard as it is my calling. I’ve struggled and devoted all my energy to artistic creativity and its excellence with a feeling of awe.”* (Entrevista para o Tate Modern Museum)

### O regresso a casa

Em 1973, após mais de uma década em Nova Iorque, Yayoi Kusama regressou ao Japão, onde foi recebida como uma heroína nacional.

A sua influência na cena artística japonesa era inegável e incontestável. (Arte/ref, 2023)

No entanto, ainda na década de 70, devido à sua doença mental grave teve de ser institucionalizada num hospital psiquiátrico no Japão, lugar onde vive ainda nos dias de hoje e onde tem um estúdio que lhe permite aos 94 anos continuar a criar a sua arte.

A artista recebeu ainda inúmeros prémios e menções honrosas ao longo de sua carreira, como reconhecimento pela sua contribuição no mundo das artes. (Arte/ref, 2023)

Em 2019, foi homenageada com o Prémio de Contribuição para a Arte Contemporânea pelo *Los Angeles County Museum of Art (LACMA)*.

Recebeu também o prestigioso *Praemium Imperiale*, considerado o equivalente ao Prémio Nobel das Artes, concedido pela Associação de Arte do Japão.

Em 2006, ela recebeu o prêmio *Praemium Imperiale* da Japan Art Association por pintura. Seu trabalho foi objeto de uma grande retrospectiva no Whitney Museum of American Art, em Nova York, em 2012, e uma exposição itinerante atraiu multidões recorde no Hirshhorn Museum e Sculpture Garden, em Washington, DC, em 2017.

Naquele ano, ela abriu um museu dedicado ao seu trabalho em Tóquio, perto de seu estúdio e do hospital psiquiátrico onde ela mora. (Arte/ref 2023)

Além disso, foi tema de vários documentários e filmes biográficos. Um dos mais notáveis é o documentário “*Kusama: Infinity*” (2018), dirigido por Heather Lenz, que oferece um olhar íntimo sobre a sua jornada pessoal e artística. O filme revela os desafios enfrentados por Kusama ao longo de sua vida, bem como sua determinação inabalável em superar obstáculos e de se afirmar como uma das artistas mais influentes de todos os tempos. (Grady T. 1999)

Deixou ainda uma marca significativa na moda e na cultura pop. (Arte/ref 2023)

Realizou inúmeras colaborações com marcas de moda de renome como Louis Vuitton e Marc Jacobs, tendo como fruto coleções de roupas, acessórios e produtos de *lifestyle* inspirados nas suas obras icónicas.

Kusama também criou instalações de arte temporárias em lojas de moda de prestígio ao redor do mundo, transformando os espaços abandonados em galerias de arte vivas e acessíveis para toda a gente.

### O legado

O legado de Yayoi Kusama continua a ressoar através das gerações, sendo intemporal, inspirando artistas, designers e criativos em todo o mundo. A sua abordagem ousada e inovadora da arte, bem como a coragem e ousadia de enfrentar desafios pessoais e sociais, servem como um exemplo poderoso de como a arte pode transcender fronteiras e transformar e salvar vidas.

O seu trabalho continua a ser exibido em museus e galerias de todo o mundo, garantindo que a sua herança cultural possa perdurar por muitas gerações futuras. (Grady T. 1999)

### Conclusão

Yayoi Kusama, aos 94 anos, continua a ser uma referência de arte a nível mundial. Irreverente, intemporal e a reinventar-se a cada ano, Yayoi transformou as suas maiores mágoas, em obras-primas, tornando algo tremendamente doloroso em algo sublime.

Sente-se como mais uma de nós, no entanto a artista japonesa está muito à frente da sua época.

Com vontade de mudar o mundo, usou a sua voz feminina e frágil para lutar pelas causas em que acredita e tentou mudar o mundo. Participou em revoluções, excedeu expectativas, com rebeldia e coragem, deixando um legado artístico generoso para nós e as gerações futuras.

### Bibliografia

1. Takahashi, M. (2008). *Yayoi Kusama: Early Years of Artistic Exploration*. Osaka, Japão: Art Press.
2. Gompertz, W. (2023). *How Yayoi Kusama Transformed Her Terrors Into Art*. Consultado a 5 de setembro de 2023 <https://lithub.com/how-yayoi-kusama-transformed-her-terrors-into-art/>

3. Cath, P. (2018). *Yayoi Kusama's extraordinary survival story*. Consultado a 5 de setembro de 2023 <https://www.bbc.com/culture/article/20180925-yayoi-kusamas-extraordinary-survival-story>
4. Autor e ano desconhecidos Yayoi Kusama. consultado a 5 de setembro de 2023 <https://www.guggenheim.org/artwork/artist/yayoi-kusama>
5. Jessica, L. (2012). *Alchemy of Inspiration | The Mind's Lovers* consultado a 5 de setembro de 2023 <https://magazine.art21.org/2012/09/18/alchemy-of-inspiration-the-minds-lovers/>
6. Equipe Editorial, 2023 *Yayoi Kusama: sua criação artística e a esquizofrenia – ArteRef* consultado a 5 de setembro de 2023 <https://arteref.com/arte-no-mundo/yayoi-kusama-a-esquizofrenia-e-a-arte/>
7. Boesky, D. (1986). Questions about sublimation. In *Psychoanalysis: The Science of Mental Conflict*, ed. A. D. Richards & M. S. Willick. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
8. Blom, J. D. Hallucinations en kunst1 [Hallucinations and art]. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60(1):37-45. Dutch. PMID: 29341055.
9. Przybyło, E. (2022). Ace and aro lesbian art and theory with Agnes Martin and Yayoi Kusama. *J Lesbian Stud.* 26(1), 89-112. doi: 10.1080/10894160.2021.1958732. Epub 2021 Aug 31. PMID: 34463602. Yayoi Kusama | Tate Modern
10. Turner, G. T. (1999). "Yayoi Kusama." *BOMB* 66, Winter, <http://bombmagazine.org/article/2192/yayoi-kusama>.



# Sylvia Plath e a sua obra: a *Lady Lazarus* do século XX

Beatriz Fonseca da Silva, Bárbara Moura, André Oliveira

Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde Gaia Espinho

E-mails: bpf96@gmail.com, barbara.moura@ulsge.min-saude.pt, andre.oliveira@ulsge.min-saude.pt

## Resumo

Sylvia Plath é considerada uma das poetisas mais dinâmicas do século 20, tendo popularizado o estilo de poesia intitulado “poesia confessional”. Intensamente biográfico, este estilo permitiu retratar o sofrimento psicológico da autora desde a sua juventude, não se escondendo de temas altamente controversos, imagens vívidas e até brutais. Este percurso culminou no seu suicídio aos 30 anos através de intoxicação por monóxido de carbono, um ato que também lhe atribui um carácter quase mítico no universo literário. Desde esta altura a sua obra tem suscitado especial interesse pela procura de explicação para o seu desfecho trágico, assim como por ilustrar a patologia mental que a levou a solicitar ajuda múltiplas vezes e a submeter-se a diversos tratamentos. Os autores pretendem analisar a obra poética de Plath, particularmente a coleção “Ariel,” publicada postumamente, no sentido de explorar o reflexo da psicopatologia e das relações interpessoais na literatura.

**Palavras-chave:** Sylvia Plath, poesia, doença mental

## Abstract

Sylvia Plath is considered one of the most dynamic poets of the 20th century, having popularised the poetry style entitled “confessional poetry”. This intensely biographical style allowed the portrayal of the author’s psychological suffering since her youth, never shying away from highly controversial themes, vivid and even brutal imagery. This journey culminated in her suicide at 30 years old through carbon monoxide poisoning, an act that awarded her an almost mythical character in the literary world. Since then, her work has aroused special interest due to the search for an explanation for her tragic outcome, as well as for illustrating the mental illness that led her to seek help multiple times and submit herself to various treatments. The authors intend to analyse the poetic works of Plath, particularly the collection “Ariel”, posthumously published, to explore the reflex of psychopathology and interpersonal relationships in literature.

**Keywords:** Sylvia Plath, poetry, mental illness

## Introdução

Abordar a vida de Sylvia Plath é nunca esquecer uma poetisa transparente naquilo que sentia, intensamente emotiva e introspetiva acerca da sua existência. Na sua obra transbordam complexas lutas internas contra o que sentia e pensava, tentando sempre lutar contra a doença que a atormentava.

Apesar de ter ganho notoriedade pela sua poesia, apenas publicou uma coletânea de poemas durante a sua vida, “Colossus” (1960), e aquando da sua morte estava a produzir a segunda, “Ariel” (1965), revelando vívidas imagens e viscerais expressões das suas experiências pessoais. A sua outra grande obra foi o romance semiautobiográfico “A Campânula de Vidro” (1963), que aborda questões que sempre a acompanharam, relativamente à sua identidade, papel de género e alienação. O potencial perdido pelo seu desfecho precoce e trágico ainda é lamentado por gerações de poetas e apaixonados por literatura, e trata-se do que pretendemos explorar neste texto.

## Uma Breve Biografia

Nascida a 27 de outubro de 1932 em Boston, Massachusetts, Sylvia teve uma infância marcada por interesse e talento literário que cedo se manifestou. Os seus pais, Aurelia Plath, uma professora, e Otto Plath, um entomologista com particular interesse em abelhas, encorajaram o desenvolvimento das suas habilidades, que culminaram na publicação do primeiro poema em 1940 (Connie Ann Kirk, 2009):

“Hear the crickets chirping  
In the dewy grass.  
Bright little fireflies  
Twinkle as they pass.”

Nesse mesmo ano, a 5 de novembro, ocorre a morte do pai devido a complicações de diabetes não tratada, um evento que marcou profundamente a sua vida e obra poética, representando um corte com as crenças religiosas às quais se ancorava previamente (Connie Ann Kirk, 2009).

Nos 10 anos seguintes, manteve o seu percurso académico e consolidou a sua reputação nas sociedades literárias, tendo sido reconhecida em vários eventos e competições escolares. Em 1950, ingressa no Smith College, uma prestigiada instituição para mulheres em Northampton, Massachusetts (Connie Ann Kirk, 2009).

Foi também neste período que começou a manifestar maior sintomatologia depressiva, com necessidade de acompanhamento psiquiátrico e tratamentos com eletroconvulsivoterapia. Os primeiros tratamentos terão sido realizados sem anestesia, representando uma experiência traumática para a jovem, que a representou na sua obra:

“O doutor Gordon colocou-me um prato em metal de cada lado da minha cabeça. Fixou-os no seu lugar com um adesivo que me arrepanhava a pele e deu-me um fio para morder. Fechei os olhos. Seguiu-se um breve silêncio semelhante ao suster da respiração. Depois algo surgiu, algo que se apoderou de mim e me fez estremecer como se tivesse chegado o fim do mundo, ui-i-i-i, um barulho estridente crepitando no ar azul de luz, e cada vez que surgia um clarão, o meu corpo estremecia, e era sacudido até os ossos parecerem despedaçar-se e a seiva escorrer de mim como de uma planta que foi dividida. Que mal teria eu feito, pensei.” (Plath, 2016)

O ano de 1953 foi marcado por experiências díspares: foi aceite para o cargo de editora assistente na revista de moda “*Mademoiselle*” em Nova Iorque e realizou a sua primeira documentada tentativa de suicídio a 24 de agosto com ingestão excessiva de medicamentos. Na sequência deste último evento foi internada num hospital psiquiátrico durante 6 meses, tendo sido submetida a novos tratamentos de eletroconvulsivoterapia e de choque insulínico (Plath and Kukil, 2000). Felizmente, esta fase de tratamentos (provavelmente com maior cuidado na aplicabilidade) refletiu-se numa eficaz remissão de sintomas, descrevendo na sua obra:

“Todo o calor e o medo se haviam dissipado. Senti-me surpreendentemente em paz. A campânula de vidro estava suspensa, alguns metros acima da minha cabeça. Sentia-me aberta ao ar que circulava também por dentro de mim.” (Plath, 2016).

Em 1955 submete a sua tese final que incidia sobre a obra de Dostoiévski e gradua-se *summa cum laude*. Continua os seus estudos na Newnham College (pertencente à Universidade de Cambridge) após ganhar uma bolsa de estudos Fullbright, mantendo uma produção de trabalho literário assídua e consistente (Connie Ann Kirk, 2009).

Em 1956 conhece Ted Hughes, casando com o mesmo apenas 4 meses depois, a 16 de junho de 1956. Deste casamento resultaram dois filhos: Frieda, nascida a 1 de abril de 1960, e Nicholas, a 17 de janeiro de 1962. No entanto, o relacionamento foi tumultuoso, marcado por ausências prolongadas de Ted pelo seu crescente sucesso literário (o que causava dúvida e insegurança em Sylvia) e episódios de violência física dirigidos a Sylvia, segundo contava nas suas cartas (Plath, 2018).

Progressivamente a sua saúde mental voltou a tornar-se mais instável. Em julho de 1962 o marido admite uma relação extraconjugal da qual ela já suspeitava, o que precipitou o fim do casamento. Inicialmente este corte relacional representou uma perspetiva de esperança para a autora como ela descreveu em cartas para familiares:

“Living apart from Ted is wonderful – I am no longer in his shadow, and it is heaven to be liked for myself alone, knowing what I want. (...) My babies and my writing are my life and let them have affairs and parties, poof!” (Plath, 2018)

De facto, outubro de 1962 representou o maior *boost* de criatividade para Sylvia, tendo escrito cerca de 26 dos poemas incluídos posteriormente na coletânea “Ariel”. No entanto, o Inverno de 1962/1963 foi o mais frio dos 100 anos anteriores, trazendo implicações na sua vida, agora sozinha e com dois filhos pequenos a seu cargo, a tentar articular com a sua produção literária. A casa não tinha acesso telefónico, estava mais isolada, os canos da casa tinham congelado e os três estavam várias vezes doentes (Plath, 2018).

Em janeiro de 1963 publica “A Campânula de Vidro”, que inicialmente foi alvo de críticas pouco favoráveis e não representou o sucesso de vendas que antecipava. Nesse mês decide procurar ajuda por recrudescimento de sintomas depressivos, queixando-se de agitação, pensamentos suicidários, insónia terminal, anorexia e sensação de incapacidade nos seus vários papéis. O seu médico assistente prescreveu-lhe um inibidor da monoamina oxidase (um dos poucos tratamentos antidepressivos disponíveis à época) e inicia uma supervisão apertada, com visitas diárias deste ou de uma enfermeira, reconhecendo a gravidade do quadro (Connie Ann Kirk, 2009).

“I am slowly pulling out of the flu, but the weakness and tiredness following it makes me cross. (...) The weather has been filthy, with all the heaped snow freezing so the roads are narrow rits, and I have been very gloomy with the long wait for a phone, which I hope to get by the end of the month after two months’ wait, which makes me feel cut off (...) I just haven’t felt to have any identity under the steamroller of decisions and responsibilities of the last half year, with the babies a constant demand. (...) I guess I just need somebody to cheer me up by saying I’ve done all right so far. (...) Ironically there have been electric strikes and every so often all the lights and heaters go out for hours; children freeze; dinners are stopped; there are mad rushes for candles.” (Plath, 2018)

“I just haven’t written anybody because I have been feeling a bit grim – the upheaval over, I am seeing the finality of it all, and being catapulted from the cowlike happiness of maternity into loneliness and grim problems is no fun. (...) I shall simply have to fight it out on my own over here. (...) I am going to start seeing a woman doctor, free on the National Health, to whom I’ve been referred by my very good local doctor, which should help me weather this difficult time.” (Plath, 2018)

Porém, a 11 de fevereiro de 1963, numa visita domiciliária, a enfermeira encontra-a na cozinha, morta por intoxicação de monóxido de carbono, com panos molhados na base das portas, colocados cuidadosamente para evitar que qualquer dano resultasse nos seus filhos que estavam a dormir tranquilamente nos quartos (Connie Ann Kirk, 2009).

### *Ariel*

Esta coletânea de poemas foi publicada postumamente, com edição por Ted Hughes, que reorganizou os poemas, não seguindo o plano originalmente delimitado por Sylvia. No entanto, a versão de 2004 recuperou a ordem estabelecida pela autora, com permissão da filha Frieda Hughes.

Debruçarmo-nos sobre uma seleção de poemas desta coletânea oferece-nos uma oportunidade de conhecer os pensamentos e ideais de Sylvia.

### *Lady Lazarus*

Este poema ancora-se na metáfora de Lázaro, a figura bíblica ressuscitada por Jesus Cristo. Plath utiliza a metáfora para representar as suas tentativas de suicídio e consequentes “ressurreições” ao longo dos anos, um ato que a própria vai dando um crivo de enfadonho ou cíclico. Igualmente refere-se a estas tentativas como um espetáculo ao qual terceiros assistem de bom grado, mantendo-se à distância e não intervindo, fazendo-a sentir-se como um animal circense.

“Voltei a fazê-lo.  
Uma vez em cada dez anos  
Lá consigo –  
Uma espécie de milagre ambulante, a minha pele  
Brilhante como a de um candeeiro nazi,  
O meu pé direito  
Um pisa-papéis,  
O meu rosto vulgar, fino  
E de judia cepa.  
(...)”

Mas eu sou uma mulher optimista.  
Só tenho trinta anos.  
E como os gatos tenho sete vidas para viver.  
Esta é a Número Três.  
Que porcaria de vida  
A aniquilar todos os dez anos.  
Quantos milhões de filamentos.  
Uma multidão a roer amendoins  
Empurra-se para ver (...)”  
(Plath, 1996)

É pervasivo o tom de ironia e sarcasmo que vai adotando, quase em tom provocatório, como se a desafiar a morte para a vir colher.

“Morrer  
É uma arte, como outra coisa qualquer.  
E eu executo-a excepcionalmente bem.  
  
Executo-a de forma a parecer-se com o inferno.  
Executo-a de forma a parecer real.  
Acho que se podia dizer que tenho um dom.” (Plath, 1996)

No entanto, não deixa de sobressair, ao mesmo tempo, um tom de revolta com o seu papel na sociedade e uma vontade visceral de se superar e conquistar aquilo a que considera ter direito. Realça também algumas ideias feministas com que se vai identificando ao longo da obra, por sentir que a sua condição de mulher a impediu de concretizar o que planeava e sentia merecer.

“Herr Deus, Herr Lúçifer  
Tende cuidado  
Muito cuidado.  
Renaço das cinzas  
Com o meu cabelo fulvo  
E devoro homens como faço ao ar.” (Plath, 1996)

### *Golpe*

Este poema é uma exploração comovente da automutilação, do tumulto interior e das emoções complexas que acompanham essas experiências. Inicialmente, o que aparenta ter sido um corte acidental, é descrito de forma tão visceral e entusiasmante que progressivamente o leitor se vai apercebendo de algum caráter intencional no ato. Outro fenómeno também presente ao longo das estrofes é uma aparente despersonalização descrita por Plath. Observa o fenómeno de sangramento do dedo como se fosse algo que não lhe está realmente a acontecer, como se fosse um membro de audiência a ver um espetáculo.

“Que emoção –  
O meu polegar em vez da cebola.  
A cabeça quase foi toda,  
Apenas presa por um fio  
De pele  
Como a dobra de um chapéu,  
De um branco de morte.  
E depois aquele vermelho pujante.  
Meu pequeno peregrino,  
Os índios arrancaram-te o escalpe.  
(...)  
  
Uma comemoração, é o que isto é.  
Saídos da vala  
Correm milhares de soldados.  
De casaca vermelha, todos.  
Estão do lado de quem?  
(...)” (Plath, 1996)

### *Paizinho*

Neste poema converge todos os sentimentos que Sylvia tem em relação ao seu pai e ao seu falecimento prematuro. É evidente a ambivalência que tem perante a sua figura e o papel da sua memória ao longo da sua vida.

A linguagem utilizada é frequentemente crua e agressiva, fazendo frequentes alegorias ao Holocausto e à Segunda Guerra Mundial, de forma controversa até para a época em que foi escrito.

“(…) Paizinho, tinha de ser eu a matar-te  
 Mas morreste antes de eu ter tido tempo –  
 Pesado como mármore, um saco cheio de Deus,  
 Estátua lívida com um dedo do pé cinzento  
 Grande como uma foca de S. Francisco” (Plath, 1996)

Nesta estrofe observa-se a ambivalência referida previamente. O facto de o pai ter morrido precocemente impede a autora de o “matar” metaforicamente na idade adulta, livrando-se da sua memória, que é quase deificada por Plath.

“(…) E por isso que nunca lhe soube dizer onde é que tu  
 Puseste o teu pé, onde as tuas raízes,  
 Nunca pude falar-te.  
 A língua prendia-se no maxilar.

(…) Sempre tive medo de *ti*,  
 Com a tua Luftwaffe, a tua lenga-lenga.  
 O teu bigode aparado  
 E o teu olho ariano, bem azul.  
 Homem-panzer, homem-panzer, Ó Tu

Não Deus mas uma suástica  
 Tão negra que nenhum céu podia esgueirar-se por ela.  
 Não há mulher que não adore um fascista,  
 A bota na cara, o bruto  
 Bruto coração de um bruto como tu” (Plath, 1996)

Torna-se claro que, mesmo durante o tempo em que era vivo, a figura do pai tinha um crivo de autoridade e repressão, impedindo Sylvia de sentir liberdade em exprimir-se. Rapidamente a figura de Deus se torna na figura de suástica, fascista, reprovadora e dominante. As comparações ao regime nazi são intencionais, para que não restem dúvidas sobre os sentimentos negativos que também nutre pela figura do pai.

“(…) Mordeu o meu lindo coração vermelho partindo-o em dois.  
 Tinha dez anos quando foste enterrado.  
 Aos vinte tentei morrer  
 E voltar, voltar, voltar para ti.  
 Pensei que até os ossos me serviam.

Mas trouxeram-me de novo à ida,  
 E juntaram-me os bocados com cola.  
 E soube então o que devia fazer.  
 Fiz uma réplica de ti,  
 Um homem de negro com ar de Meinkampf

Se já matei um homem também posso matar dois –  
 O vampiro que disse que eras tu  
 E que bebeu o meu sangue durante um ano,  
 Sete anos, se queres saber.  
 Paizinho, agora podes voltar a deitar-te.” (Plath, 1996)

Curiosamente, Plath assume que as suas tentativas de suicídio foram também uma tentativa de se ligar novamente ao pai. Perante essa impossibilidade, admite que procurou alguém cujo carácter se assemelhasse ao do pai, encontrando essa figura no marido Ted. Da mesma forma que caracteriza o pai como um ditador, o marido enquadra também essa caracterização, um vampiro que a drenou e deixou vazia durante o casamento. Esta comparação vampírica é relevante pois Plath referia frequentemente que sentia que a sua carreira nunca progrediu como ambicionava pelo seu casamento com Ted Hughes, também ele um autor de renome e que alcançou maior reputação durante a sua vida.

“(…) Tens uma estaca nesse teu gordo coração negro  
 A gente da aldeia nunca gostou de ti.  
 Dança e bate o pé em cima de ti.  
 Sempre souberam que foste tu.  
 Paizinho, paizinho, meu sacana, acabou-se” (Plath, 1996)

O poema termina com um tom de fecho, com o esgotamento deste desabafo em relação ao que sentia pelo pai. O facto de utilizar a primeira pessoa do plural é também indicativo que muitos dos temas abordados não são apenas relativos à relação entre Sylvia e o pai, mas sim à opressão feminina, que finalmente se revolta contra a figura autoritária e ganha poder.

### *Nódoa Negra*

Um dos últimos poemas escritos por Plath, datado do dia 31 de janeiro de 1963, apresenta-se como um simples conjunto de linhas que descrevem um fenómeno biológico que é o da nódoa negra. Como em todo o conteúdo produzido por Plath, não se trata apenas disso. Tal como no seu último poema, o tom de revolta e agressividade é perdido para um de derrota e resignação.

“A cor converge para esse sítio, de um arroxeadado mortiço.  
 O resto do corpo fica todo descolorido,  
 De cor pérola.

Numa gruta cavada na rocha  
 O mar suga obsessivamente  
 Uma cavidade, o ponto central de todo o mar.

Do tamanho de uma mosca  
 A marca do destino  
 Arrasta-se pela parede abaixo.

O coração fecha-se,  
 O mar recua,  
 Os espelhos são tapados.” (Plath, 1996)

A referência ao corpo na ausência do determinante possessivo “meu” demonstra novamente algum grau de despersonalização perante o que está a acontecer. Todo o poema está carregado de sinais de morte, desde a descoloração do corpo à marca do destino que se arrasta pela parede, em tom de ameaça. A última estrofe alerta-nos para o fim de algo ainda a revelar-se, com um ambiente quase de calma e aceitação.

### *Ponto-Limite*

O último poema documentado de Sylvia Plath terá sido escrito a 5 de fevereiro de 1963, apenas 6 dias antes do seu suicídio. De facto, o texto abre logo com a premissa de que, mais uma vez na terceira pessoa, a figura central está morta, o que é equiparado a um estado de perfeição. Este estado aparenta ser o final de um longo percurso, quase como um objetivo alcançado.

“A mulher chegou à perfeição.  
 O seu corpo

Morto veste um sorriso de realização,  
 A ilusão de uma fatalidade grega

Corre pelas pregas da sua toga,  
 Os seus pés

Nus parecem estar a dizer:  
 Viemos até tão longe, acabou-se. (…)” (Plath, 1996)

Além disto, também reflete sobre o papel de mãe de forma por vezes contraditória. Da mesma forma que ela é fonte de nutrição e energia para esses seres, estes também são consumidores da sua essência e prendem-na. Alguns biógrafos ponderam se estas estrofes indicam que Sylvia poderia ter intenção de cometer não só suicídio, mas também filicídio. Porém, tal não se verificou e existem outras interpretações para estas frases.

“(…) Cada criança morta toda enrolada, como uma serpente branca,  
Uma em cada pequeno

Jarro de leite, agora vazio.  
Voltou a metê-los

De novo no seu corpo como as pétalas  
De uma rosa se fecham quando o jardim

Se adensa e os odores sangram  
Das gargantas doces e profundas da flor da noite. (…)” (Plath, 1996)

Termina o poema com a perspectiva da lua que observa tudo o que se está a suceder. Esta demonstra alguma indiferença perante o sucedido, o que indica quase uma natureza cíclica deste tipo de eventos. De certa forma sugere que o uso da morte como mecanismo de escape para mulheres sob o jugo da opressão não seria novidade ao longo da história.

“(…) A lua não tem nada que estar triste,  
Pasmada lá do seu capucho de osso.

Está acostumada a este tipo de coisas.  
As suas manchas negras explodem e passam devagar.” (Plath, 1996)

O facto de ter sido o último, envolve o poema em debates enigmáticos sobre o seu significado, mas aparenta ser mais um em que se denota o tom de resignação de Plath à situação em que se encontra. Nas últimas semanas da sua vida postula-se que já teria aceitado o seu fim iminente, o que contrasta marcadamente com o seu espírito fogoso e impetuoso que marcou toda a sua poesia.

### Considerações Finais

Limitar a discussão em volta de Sylvia Plath ao seu diagnóstico psiquiátrico é redutor e mais uma vez objetifica-a, tal como a sua obra parece transparecer nas experiências vividas no seu percurso. A autora não é mais um espetáculo para o qual somos uma audiência faminta de sofrimento e carnalidade. Trata-se de uma poetisa inovadora no campo da poesia confessional, que abriu caminho para muitas outras mulheres se destacarem num mundo dominado pelo patriarcado das décadas de 50 e 60, preparando-se para a afirmação do papel feminino. Da mesma forma, representou uma figura de luta pelo papel concomitante da mulher como mãe e cuidadora, mas também como ser singularmente inteligente, criativo e dinâmico noutras áreas.

Assim, o mais importante em Plath não é o seu icónico suicídio, mas sim a figura duradoura na literatura ocidental e uma aprendizagem para gerações futuras.

### Referências

1. Kirk, C. A. & Plath, S. (2009). *A Biography*. Amherst.
2. Plath, S., & Kukil, K. V. (2000). *The Unabridged Journals of Sylvia Plath: 1950-1962*. Anchor Books, 2000.
3. Plath, S. (2018). *Letters of Sylvia Plath Volume II*. Faber & Faber.
4. Plath, S. (2016). *A Campânula de Vidro*. 1963. Traduzido por Mário Avelar, Relógio D'Água, Aug. 2016.
5. Plath, S. (1996). *Ariel*. 1965. Traduzido por Maria Fernanda Borges, Relógio D'Água, 22 Nov. 1996.



# Ponto a ponto: a vida e as experiências psíquicas de Yayoi Kusama

**Juliana Lima Freixo, Soraia Rodrigues, Teresa Novo**

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

E-mail: juliana.lima.freixo@ulsam.min-saude.pt

## Resumo

Yayoi Kusama, amplamente conhecida pelas suas criações inesgotáveis de padrões repetitivos de pontos, cores vibrantes e experiências de imersão sensorial, é uma das artistas mais influentes dos séculos XX e XXI. Nascida em 1929, no Japão rural, tão cedo se interessou pela arte como começou a ter experiências que descrevia como alucinações: flashes de luz, objetos que falavam e campos densos de pontos que ganhavam vida, se multiplicavam e a envolviam – é através da representação destes que inicia a expressão artística do seu mundo interno.

Neste trabalho, pretende-se fazer uma revisão biográfica da artista, que enfrentou múltiplos desafios: em 1957 mudou-se para Nova Iorque, uma cidade tingida pelo preconceito pós Segunda Guerra Mundial contra o Japão, tentando impor-se num mundo artístico dominado por homens. Portadora de doença mental, que tanto inspirou como condicionou a sua arte, Kusama vive no Hospital psiquiátrico Seiwa, em Tóquio, desde 1977.

**Palavras-chave:** Yayoi Kusama, arte, doença mental, mulher

## Abstract

Yayoi Kusama, widely recognized for her inexhaustible creations of repetitive dot patterns, vibrant colors, and immersive sensory experiences, stands as one of the most influential artists of the 20th and 21st centuries. Born in 1929 in rural Japan, she developed an early interest in art as she began to have experiences she described as hallucinations: flashes of light, talking objects, and dense fields of dots that came to life, multiplied, and enveloped her—prompting her to embark on the artistic expression of her inner world.

In this work, we aim to provide a biographical review of the artist, who faced numerous challenges. In 1957, she moved to New York, a city colored by post-war prejudice against Japan, attempting to assert herself in an art world dominated by men. Afflicted by mental illness, which both inspired and conditioned her art, Kusama has been residing in the Seiwa Psychiatric Hospital in Tokyo since 1977.

**Keywords:** Yayoi Kusama, art, mental illness, woman

## Introdução

Yayoi Kusama é uma artista japonesa amplamente reconhecida pelas particularidades das suas obras de arte. Destacou-se na pintura, escultura, artes performativas e instalações artísticas, numa grande variedade de estilos, dos quais se destacam a *Pop Art* e o Minimalismo.

O objetivo do presente artigo é a revisão biográfica da artista, o enquadramento histórico dos movimentos artísticos em que se destacou e a reflexão sobre a forma como a doença mental influenciou a sua expressão artística, a sua carreira e o seu percurso de vida.

## Da infância às primeiras obras de arte

Yayoi Kusama nasceu em 1929, a mais nova de quatro crianças de uma família conservadora de classe média, na região montanhosa de Matsumoto, no Japão rural. Kusama descreve eventos de vida adversos na infância que marcaram o seu percurso de vida. Por um lado, a presença de um pai autoritário e adúltero, por outro, a imersão na cultura do conservadorismo japonês, que esperava das mulheres o papel de donas de casa e de mães e considerava inaceitável que uma mulher seguisse a carreira artística.

Após a eclosão da Segunda Guerra Mundial, Kusama, como outras crianças em idade escolar da sua cidade natal, foi chamada para trabalhar até doze horas por dia numa fábrica. Apesar da exigência do trabalho e do permanente desencorajamento por parte da sua família, Kusama sempre se interessou por desenhar e pintar.

Ainda na adolescência, Kusama teve experiências que identifica como alucinações visuais e auditivas: flashes de luz, auras luminosas em redor dos objetos e vozes que vinham de plantas e animais. Descreve campos densos de pontos, em padrões que ganhavam vida, se multiplicavam e a envolviam, num processo que a própria denominou como “auto-obliteração”.

Foram essas experiências que de forma obstinada influenciaram a sua arte. Kusama começou por recriar nas suas pinturas aquilo que via e sentia, através do uso extensivo de padrões densos e repetitivos.

*“Whenever things like this happened, I would hurry back home and draw what I had just seen in my sketchbook.”* (Yayoi & Mccarthy, 2018).

Kusama começou a expor publicamente os seus trabalhos em pequenas exposições coletivas na adolescência e, em 1948, após o final da guerra, deu os primeiros passos em direção ao seu destino artístico, ao ingressar na Escola Municipal de Artes e Ofícios de Kyoto, para estudar pintura no estilo modernista japonês Nihonga. No entanto, não lhe agradaram as limitações impostas pelas abordagens convencionais da escola e começou a realizar exposições a título individual na sua cidade natal, no início dos anos 1950, marcando aquilo que seria o início de uma jornada transformadora, que transcenderia fronteiras culturais e desafiaria as convenções artísticas do seu tempo.

### **Um primeiro diagnóstico**

As doenças psiquiátricas não eram aceites na sua juventude da mesma forma como são atualmente. Kusama descreve na sua autobiografia uma luta diária e incompreendida de vários anos contra os seus medos e ansiedades, bem como contra as alucinações que surgiam recorrentemente na sua mente.

*“I fight pain, anxiety, and fear every day, and the only method I have found that relieves my illness is to keep creating art.”* (Yayoi & Mccarthy, 2018).

Em 1952, aos 23 anos, Kusama fez a sua primeira grande exposição a solo no Japão, apresentando as *“Infinity Nets”*, uma série de pinturas caracterizadas por padrões intrincados e repetitivos de pequenos pontos, que criavam uma sensação de expansão e de infinito. Estas pinturas, que fazem parte das suas imagens mais marcantes, mereceram especial atenção do psiquiatra e conceituado professor de Psiquiatria Shiho Nishimaru. Ele estudou o caso de Kusama e, nesse mesmo ano, apresentou um artigo sobre ela numa conferência de Psiquiatria, entitulado *“Genius Woman Artist With Schizophrenic Tendency.”* Este foi também encorajador da sua saída de casa e do Japão.

### **A vida em Nova Iorque**

No final da década de 1950, mudou-se para Nova Iorque após ter sido incentivada através da correspondência de cartas com a já estabelecida e conceituada pintora americana Georgia O’Keeffe.

Nova Iorque era, na época, uma cidade tingida pelo preconceito pós Segunda Guerra Mundial relativamente ao Japão e o mundo artístico era dominado pelos homens. Este período da vida de Kusama foi marcado por uma luta contínua contra os desafios sociais e culturais, numa busca implacável pela sua expressão artística.

Mas a obstinação da artista acabou por prevalecer. Fez a sua primeira exposição em Nova Iorque em 1959 e rapidamente se integrou na efervescente cena artística nova-iorquina, aderindo aos movimentos artísticos emergentes. Kusama foi-se relacionando com figuras-chave do mundo artístico, incluindo Donald Judd, Andy Warhol, Willem de Kooning, Roy Lichtenstein e o recluso Joseph Cornell, com quem estabeleceu um vínculo próximo. Kusama permaneceu em Nova Iorque durante quinze anos e viu mudar o seu status de artista empobrecida para uma das maiores figuras da cena artística contracultural.

No que diz respeito à sua vida pessoal, nunca se soube de qualquer relação amorosa de Yayoi Kusama, que parece ter concentrado toda a sua energia nas suas criações artísticas.

### **O ativismo anti-guerra**

Kusama sempre teve uma forte consciência política. Algumas das suas primeiras pinturas estão relacionadas com os horrores da guerra: *“Accumulation of the Corpses (Prisoner Surrounded by the Curtain of Depersonalization)”* e *“Earth of Accumulation”*, ambas datadas de 1950, mostram paisagens sombrias e devastadas pela guerra.

Na década de 1960, durante a Guerra do Vietname, fez parte do movimento anti-guerra de vanguarda que acontecia nos Estados Unidos, tendo organizado manifestações polémicas em Nova Iorque. Nestes eventos costumava pintar o corpo nu dos participantes com as suas características bolinhas coloridas.

### **A Pop Art e outros movimentos artísticos da década de 1960**

A *Pop Art* é um movimento artístico que surgiu na década de 1950, inicialmente no Reino Unido e nos Estados Unidos, e alcançou seu auge na década de 1960. O termo *Pop Art* é uma abreviatura de Arte Popular (em inglês,

*Popular Art*). Representa uma forma de expressão artística que incorpora elementos do cotidiano, da cultura popular, da publicidade, do consumismo e da iconografia dos media nas suas obras, refletindo a sociedade moderna e a crescente influência dos media em massa.

Os artistas da *Pop Art* procuravam desafiar as convenções artísticas da época, rompendo com a distinção entre alta e baixa cultura. Alguns dos artistas que mais se destacaram neste movimento foram Andy Warhol, Roy Lichtenstein, Claes Oldenburg, Jasper Johns e Robert Rauschenberg. Warhol, em particular, ficou conhecido pelas suas reproduções serigráficas de produtos comerciais e retratos de celebridades, como as famosas latas de sopa Campbell e as imagens de Marilyn Monroe.

Também entre as décadas de 1950 e 1960, surgiu nos Estados Unidos o Minimalismo, um movimento artístico que representou uma reação contra as expressões artísticas complexas e emocionais do Expressionismo Abstrato, que predominou nas décadas anteriores. O Minimalismo procurava simplificar a forma e reduzir os elementos essenciais à sua expressão mais básica, utilizando formas geométricas simples, cores neutras, linhas limpas, e dando especial ênfase à simplicidade e à ordem. Alguns dos artistas mais proeminentes associados ao Minimalismo foram Donald Judd, Dan Flavin, Agnes Martin, Frank Stella e Sol LeWitt.

Na segunda metade da década de 1960, o movimento Feminista começou a influenciar a arte, com o surgimento de obras que exploravam questões de género, sexualidade e a posição da mulher na sociedade. Artistas como Judy Chicago e Yoko Ono desempenharam papéis importantes neste contexto.

### O trabalho artístico de Kusama

Kusama esteve presente no cenário artístico de Nova York durante a era da *Pop Art*, tendo também desempenhado um papel crucial no movimento Minimalista. A estética de Kusama é caracterizada pelo uso de cores vibrantes e de padrões repetitivos de círculos, linhas e especialmente dos seus característicos pontos, os “*polka dots*”. Estes elementos são recorrentes no seu trabalho, frequentemente apresentados em grande escala e em superfícies diversas, como paredes, chão e objetos de grandes dimensões.

As formas orgânicas assumem um papel importante na sua obra. Células, tentáculos e bolhas são muitas vezes usadas em conjunto com os padrões repetitivos e as cores vibrantes para criar uma sensação de movimento e dinamismo. A imagem da abóbora é um ícone reconhecido da sua obra, representada em inúmeras esculturas que variam em tamanho, cor e material.

Para além destas inéditas esculturas, a sua obra caracteriza-se também pelas instalações imersivas, que usam jogos de luz e espelhos, como acontece nas famosas “*Infinity Mirror Rooms*”, talvez as mais reconhecidas instalações de Kusama. Esta série de salas foi inaugurada em 1963, através do uso de paredes forradas com vidros espelhados e vários objetos pendurados iluminados, desde bolas néon e pequenas luzes coloridas, até abóboras brilhantes. Nestas salas, os visitantes exploram um ambiente imersivo, marcado pela repetição e pela sensação de infinito.

“*The obliteration room*” é também uma instalação famosa da artista, onde os visitantes são convidados a aplicar adesivos coloridos por toda parte, transformando um ambiente branco e vazio numa explosão de cores e padrões.

Foi a partir desta base que Kusama emergiu para contribuir para o aparentemente interminável fluxo de obras de arte que lhe renderam reconhecimento internacional e a tornaram o foco de muitas exposições importantes em todo o mundo.

As criações de Kusama transcenderam as fronteiras da *Pop Art*, destacando-se também no movimento minimalista.

Também o Surrealismo influenciou de certa forma o seu trabalho, ao inspirar a expressão da imaginação e do inconsciente. Nas suas obras reflete elementos surrealistas, como a criação de mundos oníricos e a representação de formas orgânicas, bem como o retrato da fusão entre realidade e fantasia.

A sua obra é muitas vezes considerada uma fusão singular de diversos movimentos artísticos, com uma abordagem única e ousada à arte, que explora temas como a obsessão, a multiplicidade e a interconexão. Kusama apresenta uma abordagem distintamente pessoal da arte, transcendendo as categorias artísticas convencionais.

Continuamente e conscientemente reinventando o seu estilo, as suas obras abrangeram uma impressionante variedade de veículos artísticos, para além da pintura e escultura, destacando-se também nas artes performativas, na moda e no cinema.

No final da década de 1960, Kusama fundou a *Kusama Enterprises*, a sua própria linha de vestidos e tecidos, que continham os famosos *polka dots*, pelos quais já era conhecida. Ousada e irreverente, Kusama criou artigos de moda inéditos, desde peças com buracos estrategicamente posicionados para expor determinadas partes do corpo, até fatos que podiam acomodar várias pessoas ao mesmo tempo.

Ao longo da carreira, Kusama expôs no Museu de Arte Moderna, no Centro Pompidou, no Tate Modern e no Museu Nacional de Arte Moderna de Tóquio. Em 1993, representou o Japão na Bienal de Veneza.

### A doença mental e a arte

A doença mental, de certa forma, inspirou a sua arte, permitindo-lhe a expressão artística do seu mundo interior. Os padrões repetitivos nas suas obras são interpretados como uma expressão visual da sua luta contra a ansiedade, os medos e as obsessões.

Kusama canalizou a sua dor emocional e a sua luta contra a realidade através da arte, criando um universo visual único, que explora temas como o infinito, a obsessão, a identidade e a solidão.

“*My artwork is an expression of my life, particularly of my mental disease.*” (Yayoi & Mccarthy, 2018)

Por outro lado, a doença mental também condicionou a sua arte. Ainda na década de 60, no auge da sua produtividade e devido à carga de trabalho excessiva, Kusama recorreu várias vezes ao hospital por questões de instabilidade emocional. Nesses períodos, o seu trabalho foi plagiado por muitos artistas do sexo masculino, de Nova Iorque, que viram aumentar a sua fama enquanto ela ainda permanecia relativamente desconhecida. Kusama relata na sua autobiografia que chegou a tentar acabar com a sua própria vida.

### O regresso ao Japão

Kusama regressou ao Japão em 1973, por motivos de saúde. Desde 1977, por sua própria escolha, reside no Hospital Psiquiátrico Seiwa, em Tóquio. Neste período, continuou a produzir arte, escreveu poesia surrealista e ficção, no seu ateliê perto do hospital, onde vai trabalhar diariamente.

A partir de 1994, começou a criar esculturas ao ar livre e desde 2011 que é colaboradora da Louis Vuitton, a convite de Marc Jacobs. Mesmo estando no Japão, continuou a expor as suas obras pelo mundo em exposições individuais e coletivas, sobretudo na América e na Europa.

Em 2017, fundou o Museu Yayoi Kusama, no Japão, que pretende dar aos visitantes a oportunidade de conhecer as batalhas que Kusama travou ao longo da vida e de certa forma vivenciar as suas experiências psíquicas através das experiências imersivas.

Kusama foi desde jovem uma mulher à frente do seu tempo, revolucionária e feminista, deixando um importante legado não só na arte mas também na saúde mental e na compreensão das doenças mentais. A sua contribuição para a arte contemporânea é uma poderosa expressão da interseção entre a criatividade, a doença mental e a resiliência pessoal.

### Considerações finais

Ao longo da sua vida, Yayoi Kusama apresentou sintomas compatíveis com psicose, nomeadamente aquilo que descreve como atividade alucinatoria. Na sua autobiografia, faz referência também a fenómenos de despersonalização e fragmentação da identidade, períodos de ansiedade marcada e ataques de pânico. No entanto, o seu diagnóstico psiquiátrico nunca foi publicamente divulgado.

Atualmente uma das artistas mais celebradas do mundo, Yayoi Kusama libertou-se da sociedade rígida em que foi criada e superou sexismo, o racismo e a doença mental para levar sua visão artística ao palco mundial. Tem atualmente 94 anos e é por muitos considerada a mais bem-sucedida artista feminina viva.

### Bibliografia

- Yayoi, K., & Mccarthy, R. F. (2018). *Infinity net: the autobiography of Yayoi Kusama*. London: Tate Publishing.
- Tate. (2022). *An Introduction to Yayoi Kusama – Look Closer*. Tate. Acedido a 8 de fevereiro de 2024 em <https://www.tate.org.uk/art/artists/yayoi-kusama-8094/introduction-yayoi-kusama>
- Lamberg, L. (2017). Artist Describes How Art Saved Her Life. *Psychiatric News*, 52(18), 1-1. Acedido a 8 de fevereiro de 2024 em <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2017.9a21>
- The Editors of Encyclopaedia Britannica. (2023, September 1). *Pop art – Pop art in the United States*. Encyclopedia Britannica. Acedido a 8 de fevereiro de 2024 em <https://www.britannica.com/art/Pop-art/Pop-art-in-the-United-States>

# História da Psiquiatria: onde estão as mulheres?

**Madalena Pereira, Carolina dos Santos, Mariana Rebelo Soares**

Unidade Local de Saúde de São José – Pólo Júlio de Matos

E-mails: madalenapereira@ulssjose.min-saude.pt, carolinasantos@ulssjose.min-saude.pt,  
marianasoares@ulssjose.min-saude.pt

## Resumo

É irrefutável o papel de vários psiquiatras de renome para os fundamentos em que hoje a psiquiatria está alicerçada, desde os mais clássicos e paradigmáticos para todos nós, até aos contemporâneos, que continuaram incessantemente a desbravar caminho para uma prática clínica cada vez mais abrangente, esclarecedora e dirigida aos doentes que todos nós acompanhamos no dia-a-dia como psiquiatras. No entanto, na história desta especialidade médica, surge uma pergunta intrigante: onde estão as mulheres psiquiatras? Quem são e onde estão as figuras femininas merecedoras de igual distinção, que foram porventura esquecidas por contextos históricos, culturais ou sociais que não as permitiram partilhar desse palco, e quais as suas contribuições para a forma como hoje vemos a psiquiatria, desde a psicopatologia, ao diagnóstico e as ferramentas terapêuticas que hoje dispomos, dado que, como a história nos ensina, muitas vezes passado é a chave para o presente e para o futuro.

**Palavras-chave:** psiquiatria, psiquiatras, mulheres, história, contribuições

## Abstract

The role of several renowned psychiatrists in the foundations on which psychiatry is based today is irrefutable, from the most classic and paradigmatic for all of us, to contemporary ones, who continued incessantly to pave the way for an increasingly comprehensive and enlightening clinical practice, aimed at the patients that we follow daily as psychiatrists. Nonetheless, throughout the history of this medical specialty, an intriguing question arises: where are the female psychiatrists? Who were and are the female figures deserving of equal distinction, who were perhaps forgotten due to historical, cultural or social contexts that did not allow them to share that stage, and what are their contributions to the way we see psychiatry today, from psychopathology, to the diagnosis and therapeutic tools we have at our disposal nowadays, given that, as history teaches us, the past is often the key to the present and the future.

**Keywords:** psychiatry, psychiatrists, women, history, contributions

## Introdução

Desde meados do século XIX que está descrita a presença de mulheres psiquiatras, inicialmente impossibilitadas de exercerem livremente ou de serem membros das organizações profissionais até meados do século XX. Num mundo ainda muito dominado por figuras masculinas, as primeiras gerações de mulheres psiquiatras tiveram de navegar águas desconhecidas, sem outras figuras ou mentoras a quem recorrer, tanto no âmbito clínico, como científico e académico. Acrescendo aos vários desafios que a própria profissão acarreta, as principais dificuldades vividas por estas mulheres pioneiras prendiam-se essencialmente com a posição socioeconómica da mulher, nomeadamente a constante pressão para que o seu papel de destaque fosse o de mãe, dona de casa ou cuidadora. Tentamos assim realçar as principais dificuldades culturais e socioeconómicas enfrentadas, assim como destacar algumas das muitas figuras femininas que ultrapassaram corajosamente estes obstáculos e cujas contribuições definiram o rumo da psiquiatria como a conhecemos hoje.

## Os principais obstáculos

Vários foram os desafios encontrados pelas mulheres psiquiatras que acompanham a história da própria psiquiatria. Em 1871 foi o próprio Henry Maudsley que descreveu no seu artigo "*Sex in Mind and in Education*" que "a educação de mulheres seria prejudicial para a sua saúde, e que caso procurassem essa educação, que a mesma impediria as suas funções reprodutivas, com risco de perda da menstruação, infertilidade, desenvolvimento mamário subóptimo e incapacidade de amamentar no futuro"<sup>1</sup>. Ele era certamente, um homem do seu tempo, sendo nesta altura presidente

da *Medico-Psychological Association* (MPA), que posteriormente se viria a denominar-se em 1971, o *Royal College of Psychiatrists*. Ainda enquanto MPA, embora fundado em 1865, teve apenas o seu primeiro membro do sexo feminino, Eleonora Fleury, em 1894. Uns anos mais tarde, em 1898, Helen Boyle tornou-se membro, tendo sido a primeira presidente mulher somente em 1939. Com uma vasta carreira demonstrada na *Royal College of Physicians of Edinburgh* e na *Royal Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow*, tendo concluído o curso de medicina em Bruxelas com distinção, Helen Boyle foi-se progressivamente estabelecendo como uma referência no tratamento da doença mental, focando-se essencialmente em aspetos que ainda hoje consideramos alguns dos maiores pilares da psiquiatria: a intervenção precoce, a reabilitação e o suporte interpares (Rajkumar & Reed, 2021, 4-7).

Noutro ponto do hemisfério norte, a própria Associação Americana de Psiquiatria foi também exemplo de alguns dos principais obstáculos impostos a estas mulheres, tendo excluído especificamente estas médicas de pertencerem à organização até ao século XX. Apesar dos muitos outros progressos neste início de século, até com movimentos como a passagem do *Women's Suffrage Amendment* em 1920, o que se verificou foi um decréscimo no número de mulheres a ingressar em medicina nesta altura (Hirshbein, 2004, 337-343). Um dos principais aspetos objetivados nesta época foi de que as mulheres psiquiatras, particularmente se casadas, obtinham menos propostas para posições de investigação, até quando comparadas com mulheres solteiras, principalmente pelo impacto familiar na progressão das carreiras, com a difícil conciliação entre a família e o trabalho e falta de flexibilidade de horários. Num estudo realizado pela Associação Americana de Psiquiatria, quando comparadas com os seus pares masculinos, as psiquiatras realizavam menos investigação que estes, sendo poucas as que avançavam nos graus da carreira académica – ou se o faziam, seria a uma velocidade muito menor –, não atingiam cargos de liderança, recebendo salários mais baixos e menores oportunidades para publicação de artigos, uma vez que eram, muitas vezes excluídas das redes de comunicação interpares (Academic, 1993, 849-851); (Kohen & Arnold, 2002, 81-88). Como consequência disso, um grande número destas psiquiatras começou a questionar o seu próprio valor profissional e pessoal, surgindo assim a questão se as aspirações profissionais destas mulheres foram limitadas por estes fatores, forçando-as, no fundo, a embarcar num percurso de “menor resistência” (Turner, Tippett & Raphael, 1994, 129-135).

### **A primeira vaga e a era da psicanálise**

Com a progressiva queda da psiquiatria de cariz asilar e o surgimento em força da era da psicanálise, que teve como seu expoente máximo figuras como Sigmund Freud, surgem também algumas figuras femininas de destaque, nesta que foi uma das primeiras grandes revoluções na história da psiquiatria. De igual mérito neste campo podemos falar da própria filha de Sigmund Freud, Anna Freud, e também Melanie Klein, ambas psicanalistas marcantes nesta primeira metade do século XX. Ambas com treino psicanalítico de base freudiana e contemporâneas, mas também nascidas e criadas em Viena, de ascendência judia e estatuto socioeconómico semelhante, no entanto com rumos opostos e conhecidas discordâncias (Donaldson, 1996, 160-176). Anna Freud (1895-1982), muito influenciada pelo trabalho do pai, defendia aspetos mais teóricos das teorias freudianas, que pudessem servir de base para a criação de um modelo de psicanálise alternativo de aplicação exclusiva às particularidades da criança, defendendo que a técnica de análise em adultos não deveria ser diretamente traduzida na esfera infantil. No seu método, defendia alguns aspetos como o reforço do ego da criança para promover a repressão dos impulsos do *Id*, com foco na latência (Donaldson, 1996, 160-176). Por outro lado, Melanie Klein (1882-1960) defendia a aplicação mais prática na criança das teorias de associação livre utilizadas na análise de adultos, como extensão natural da teoria psicanalítica. Particularizou a análise do jogo e da brincadeira das crianças, aplicando conceitos como a introjeção e a transferência, centrais nas suas teorias, e que a levaram a considerar que o desenvolvimento do *superego* da criança ocorreria numa fase muito precoce do desenvolvimento e concomitantemente com o complexo de Édipo, por oposição à tese defendida pelo próprio Freud de que o *superego* seria consequência desse mesmo complexo (Donaldson, 1996, 160-176).

Alicerçada na corrente defendida por Melanie Klein, e também alvo de críticas dos seus pares, destaca-se a psiquiatra alemã Karen Horney (1885-1952), figura extremamente controversa nesta época. Considerada por muitos como psicanalista feminista, tendo-se debruçado sobre a psicologia da feminilidade e a sexualidade feminina, assim como a relação intergénero, foi alvo de bastantes críticas pela comunidade psiquiátrica iminentemente masculina desta época. Defendia que as “neuroses femininas” eram sobretudo um produto da posição sociocultural da mulher na sociedade e não necessariamente um problema do desenvolvimento psicológico. Via também as mudanças na personalidade como uma dinâmica constante, por oposição a uma visão da personalidade enquanto característica estática e imutável a partir do final do desenvolvimento infantil. Karen Horney faz-se também acompanhar nesta

visão feminista por Helene Deutsch (1884-1982), psiquiatra polaca, reconhecida também por aplicar alguns conceitos psicanalíticos às vidas das mulheres, através da exploração do ciclo de vida da mulher (Shorter, 2005, 306-312).

### Um novo paradigma: A era da psiquiatria biológica

A segunda revolução iniciou-se no final dos anos 50, verificando-se nesta altura os primeiros avanços na terapêutica da doença mental, com a emergência de vários estudos e ensaios clínicos de cariz psicofarmacológico. Podemos assim destacar figuras como Charmian Elkes (1919-1995), inicialmente médica de clínica geral e posteriormente psiquiatra inglesa (mais conhecida por ser esposa do psiquiatra Joel Elkes), como uma das responsáveis por um dos primeiros ensaios clínicos controlados em psicofarmacologia com clorpromazina, entre 1952 e 1954, com resultados publicados no *British Medical Journal* em 1954. Podemos também destacar nesta altura, a austríaca Hannah Steinberg (1926-2019), também pioneira na psicofarmacologia experimental e professora de psicofarmacologia, que demonstrou, em estudos publicados em 1963 no *British Journal of Pharmacology* os primeiros fenómenos de hiperatividade, descritos em roedores colocados sob o efeito de anfetaminas e barbitúricos (Shorter, 2005, 306-312).

Prolongando-se pelos anos 70 do século XX, surge nesta altura um aumento drástico no número de mulheres a ingressarem na carreira médica, em particular na psiquiatria. Até então, estas mulheres lidavam com árduas barreiras, como o difícil equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, sem quaisquer garantias de sucesso ou progressão como já referido anteriormente, o próprio *timing* das suas escolhas reprodutivas e de responsabilidade não só pelos mais novos, mas também muitas vezes pelos mais idosos das suas famílias (Weber, 2022, 2-3). Neste contexto, foi igualmente descrito num estudo da *Task Force on Women* da Associação Americana de Psiquiatria, que as mulheres psiquiatras até então, acabavam por solucionar estas questões reduzindo drasticamente as suas cargas de trabalho ou até abandonando por completo a prática clínica ou a carreira científica (Turner, Tippett & Raphael, 1994, 129-135). Por conseguinte, e nesta época de viragem de perspetivas, passaram a exigir-se melhores e mais equitativas condições de trabalho, assim como mais oportunidades clínicas e de investigação, luta esta que se mantém até aos dias de hoje.

Com as constantes mudanças nas classificações em psiquiatria durante estas décadas e a explosão de novas categorias diagnósticas e terapêuticas emergentes, surge uma viragem para uma psiquiatria mais biológica, em contracorrente com a visão psicanalítica que ainda imperava até esta altura. Uma das figuras mais incontornáveis desta era é a psiquiatra norte-americana Barbara Fish (1920-2016), pioneira pelos seus estudos nas fases iniciais da esquizofrenia (Fink, 2016); (Shorter, 2005, 306-312). Teve como mentora Lauretta Bender (1897-1987), psiquiatra de renome e conhecida pelos seus estudos na esquizofrenia em idade precoce, tendo sido responsável pela introdução do *Bender Visual Motor Gestalt Test* em 1938. Fish alcançou o cargo de diretora do departamento de Psiquiatria da Infância do Hospital de Bellevue em Nova Iorque, mais conhecida pelo seu trabalho com filhos de mães com esquizofrenia, dando um dos contributos mais importantes na história da psiquiatria, através da realização dos primeiros estudos acerca da hipótese do neurodesenvolvimento na esquizofrenia (Jablensky, McNeil & Morgan, 2017, 1158-1163). Ainda no âmbito desta patologia, outra figura fundamental e ainda presente no nosso tempo, é Eve Johnstone (1944-) pelo seu trabalho pioneiro em 1976 na determinação de alterações estruturais na esquizofrenia através de estudos com tomografia computadorizada, tendo os resultados sido publicados na conceituada revista *The Lancet*, como uma das primeiras descobertas de alterações estruturais na esquizofrenia recorrendo a estudos com controlos (Shorter, 2005, 306-312). Ainda relativamente a avanços diagnósticos, importa também dar destaque a outra figura incontornável nesta área, Judith Rapoport (1933-), pedopsiquiatra americana, conhecida pela sua aclamada publicação *The Boy Who Couldn't Stop Washing*, de 1989, com base nos seus estudos e trabalhos publicados para o desenvolvimento do primeiro modelo animal para o estudo da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, tendo sido das principais figuras a contribuir para colocar esta patologia no mapa (Shorter, 2005, 306-312).

Como não poderia deixar de ser, importa ainda ressaltar alguns avanços destas figuras femininas de renome no que concerne à psicofarmacologia, um dos grandes pilares da psiquiatria a estabelecer-se nesta época. Neste âmbito, dada a relevância clínica e terapêutica ainda incontestável atualmente, escolhemos destacar a figura de Marie Asberg, psiquiatra sueca (1938-), pelo seu trabalho na relação entre os níveis de neurotransmissores e a perturbação depressiva. Realizou vários estudos, nomeadamente acerca dos efeitos adversos da nortriptilina, a relação dos níveis de neurotransmissores como a serotonina e a perturbação depressiva, tendo realizado, em 1976 uma descoberta inovadora: a de que doentes com baixo níveis do metabolito serotonina no líquido cefalorraquidiano, correspondiam a doentes com elevada probabilidade de tentativas de suicídio, quando comparados com outros doentes com quadros depressivos idênticos, mas com níveis superiores de serotonina. No entanto, e apesar da importância incon-

testável destas descobertas, Marie Asberg é talvez sobejamente mais conhecida pela escala de sintomas depressivos com o seu nome, publicada em 1979, denominada *Montgomery–Asberg Rating Scale for Depression* (MADRS), muito usada ainda na investigação científica e na prática clínica na atualidade (Shorter, 2005, 306-312).

Esta época da nossa história recente, pautada por todos estes avanços num curto espaço de tempo, catapultou em muitos casos a emancipação profissional das psiquiatras deste tempo, obrigando as grandes instituições responsáveis pela regulamentação e orientação da profissão, a repensarem a situação das mulheres psiquiatras ao longo da história da psiquiatria e da medicina. Em particular, através da criação de uma plataforma que desse voz aos objetivos e preocupações destas médicas, tendo sido fundada em 1983 a *Association of Women Psychiatrists in the USA*. O principal objetivo desta associação seria do que promover a mentoria, desenvolvimento profissional e oportunidades nacionais e internacionais de liderança para as psiquiatras, de forma transversal aos âmbitos clínico, investigacional e académico. Além deste aspeto, debruçou-se também sobre um outro aspeto não diretamente relacionado com estas profissionais, mas sim com as várias preocupações vigentes nesta época, no que concerne aos cuidados prestados às doentes psiquiátricas do sexo feminino (Ward, 1982, 202-207), como uma outra vertente importantíssima dos direitos das mulheres.

Algumas das propostas que têm vindo a ser colocadas ao longo de décadas para fazer frente a estas preocupações prendem-se com a clara necessidade de mais investigação acerca dos motivos destas desigualdades em lugares de destaque, em particular no âmbito académico, assim como a identificação das principais causas para maiores níveis de *stress* nestas profissionais, verificando-se um número superior de diagnósticos de ansiedade e depressão, ou até outros tipos de comorbilidade psiquiátrica. Devem também ser avaliados quais os principais determinantes de satisfação profissional, assim como maior disponibilização de formação flexível e posições clínicas e académicas passíveis de realizar em *part-time*, encorajando estas psiquiatras a contribuir para a organização e estruturação dos seus próprios departamentos e conscientemente incluídas nos processos de tomada de decisão. Além disso, devem também ser revistos e assegurados os direitos relacionados com a maternidade ou até pensionais, por forma a gerar novas soluções mais adequadas e diminuir a desigualdade vivenciada (Kohen & Arnold, 2002, 81-88).

### Considerações Finais

Apesar dos vários nomes que foram surgindo ao longo da realização do presente trabalho, não é, de todo possível abranger de modo exaustivo todas as figuras femininas passíveis de destaque nesta área, ficando certamente vários contributos por destacar. Como em todas ciências, em particular as humanísticas, não se irá provavelmente esgotar a vasta investigação por realizar nesta área, elucidando também acerca das várias assimetrias e desigualdades que ao longo da história da medicina em geral, mas da psiquiatria em particular, têm sido vivências por estas profissionais e como esses obstáculos têm sido ultrapassados. Não obstante, podemos e devemos continuar a descobrir e a honrar o nome das muitas mulheres psiquiatras que pela história passaram e que continuarão a desbravar caminho para uma melhor psiquiatria e um melhor cuidado aos doentes.

### Bibliografia

- Academic, I. (1993). Official Actions Women in Academic Psychiatry and Research, (May), 849-851.
- Donaldson, G. (1996). Between practice and theory: Melanie Klein, Anna Freud and the development of child analysis. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 32(2), 160-176.
- Fink, M.(2016). Barbara Fish, MD. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(13), 3118.
- Hirshbein, L. D. (2004). History of women in psychiatry. *Academic Psychiatry*, 28(4), 337-343.
- Jablensky, A., McNeil, T. F., & Morgan, V. A. (2017). Barbara Fish and a Short History of the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6), 1158-1163.
- Kohen, D., & Arnold, E. (2002). The female psychiatrist: Professional, personal and social issues. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(2), 81-88.
- Rajkumar, B., & Reed, R. (2021). Women in psychiatry and women's mental health. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 25(4), 4-7.
- Shorter, E.(2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. United States: Oxford University Press (306-312).
- Turner, J., Tippett, V., & Raphael, B. (1994). Women in medicine—socialization, stereotypes and self perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(1), 129-135.
- Ward, A. W. M. (1982). Women in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 141(2), 202-207;
- Weber, M. B. (2022). Editorial: A New Beginning. *Library Resources and Technical Services*, 66(1), 2-3

# Pibloktoq: loucura, cultura ou conjectura?

**Maria Conde Moreno, Filipa Ramalheira, Daniel Terêncio**

Unidade Local de Saúde de São José – Pólo Júlio de Matos

Emails: mariacondemoreno@ulssjose.min-saude.pt, filiparamalheira@ulssjose.min-saude.pt, danielterencio@ulssjose.min-saude.pt

## Resumo

O Pibloktoq ou a “Histeria do Ártico” trata-se de uma síndrome cultural. A síndrome manifestava-se em elementos do género feminino do povo Inuíta, que apresentavam um quadro súbito de agitação, heteroagressividade e comportamento desorganizado. Contudo, uma análise mais detalhada da maioria dos relatos, provenientes de uma expedição do Almirante Peary na Gronelândia, revelou o contexto em que viviam estas mulheres: eram violadas pelos membros da expedição e tinham visto os seus homens a serem enviados para missões de elevado risco. Atualmente, crê-se que o “comportamento desorganizado” se tratava de um ritual para pedir a proteção dos homens Inuítas. O Pibloktoq é um exemplo paradigmático da história da evolução da psiquiatria cultural e de como as síndromes culturais são fruto de interpretações de teor racista ou em busca do “exótico” que ignoraram o contexto sócio-cultural. Estudos recentes sobre os Inuítas servem de exemplo de como realizar psiquiatria cultural baseada na antropologia.

**Palavras-chave:** psiquiatria cultural, síndrome cultural, Pibloktoq, inuítas

## Abstract

Pibloktoq, also known as “Arctic Hysteria,” is a cultural syndrome that manifested in Inuit women. It was characterized by sudden episodes of agitation, heteroaggression, and disorganized behavior. However, a closer look at most accounts, stemming from an expedition led by Admiral Peary in Greenland, reveals the context in which these women lived: they were raped by members of the expedition and had witnessed their men being sent on high-risk missions. Currently, it is believed that the “disorganized behavior” was actually a ritual performed to plead for the protection of the Inuit men. Pibloktoq serves as a paradigmatic example in the history of the evolution of cultural psychiatry and how cultural syndromes are often the result of interpretations that are racist or in search of the “exotic,” ignoring the sociocultural context. Recent studies on the Inuit people exemplify how to conduct cultural psychiatry based on anthropology.

**Keywords:** cultural psychiatry, cultural syndrome, Pibloktoq, inuit

## Introdução

De acordo com Kirmayer (2018) a história da psiquiatria cultural pode ser dividida em psiquiatria colonial comparativa e psiquiatria antropológica. A psiquiatria colonial comparativa resulta do encontro entre colonizadores e povos colonizados, entre *settlers* e povos indígenas. São encontros marcados por um olhar excessivamente exotificado e, por vezes, racista. No período pós-colonial surge a psiquiatria cultural centrada em princípios da etnografia, particularmente graças ao impulso do antropólogo Arthur Kleinman, que chamou a atenção para a importância do contexto social e cultural do sofrimento associado à doença mental e seu processo de cura. O nosso objetivo é mostrar como a evolução da visão acerca do pibloktoq espelha a evolução histórica que se deu no ramo psiquiatria cultural e exemplificar como se pode realizar psiquiatria antropológica com base num projeto de investigação de Kirmayer.

## Pibloktoq ou Histeria do Ártico: de Síndrome Transcultural a psiquiatria antropológica

O surgimento do Pibloktoq ou Histeria do Ártico enquanto síndrome transcultural resulta da psiquiatria cultural colonial comparativa que, ao procurar comprovar a universalidade de algumas categorias diagnósticas, acabava por classificar outras como exóticas. A psiquiatria comparativa foi desenvolvida por Kraepelin (*Vergleichende Psychiatrie*), que chegou a visitar o sudeste asiático e a indonésia, tendo concluído que existiria uma universalidade das grandes categorias diagnósticas (como a psicose) e que as diferenças culturais que encontrou se deveriam ao facto de os povos indígenas apresentarem um desenvolvimento intelectual inferior, que condicionaria diferenças na manifestação

psicopatológica. Esta visão condicionou largamente a psiquiatria realizada em período colonial, indo de encontro da crença eurocêntrica de que as sociedades ocidentais seriam superiores aos povos ditos “primitivos.”

Assim, entre os séculos XIX e XX surgiram múltiplas descrições de “síndromes transculturais”, tais como amok, ataque de niervos, koro, pibloktoq, entre outros, que resultavam do encontro de investigadores provenientes do mundo ocidental com povos de sociedades não-ocidentais. A síndrome pibloktoq foi principalmente reportada em mulheres adultas do povo inuíta. Os Inuítas são um povo indígena com tradição cultural e língua própria, originários da região do ártico canadiano. Atualmente, estão localizados na zona mais setentrional do Québec (Nunavik) e em Navanut. Os primeiros contactos com os povos inuítas aconteceram no contexto de expedições ao ártico, tal como a expedição do Almirante Peary que, em conjunto com a sua esposa, elaborou os primeiros relatos da síndrome durante expedições no final do século XIX. Os relatos foram posteriormente compilados e analisados pelo historiador Lyle Dick.

A síndrome seria caracterizada por: “um episódio dissociativo abrupto com quatro fases distintas. A primeira fase, ou pródromo, pode durar de horas a dias e consiste em irritabilidade e isolamento social. A segunda, ou fase de excitação, consiste no início súbito de excitação extrema e selvagem. Durante esta fase, o indivíduo afetado pode ser visto a rasgar a roupa, gritar, atirar objetos e correr para fora de casa sem sensibilidade ao frio extremo. Esta fase tipicamente dura cerca de 30 minutos. A terceira fase, convulsões e estupor, segue-se a esta excitação. O indivíduo pode ter crises convulsivas seguidas de sonolência extrema ou coma devido à fadiga produzida pela excitação. Esta terceira fase pode durar até 12 horas. A quarta e última fase, ou recuperação, é caracterizada por uma recuperação completa. Amnésia completa deste evento é tipicamente reportada.” (Fulk, 2012).

Contudo, como realçado por Laurence J. Kirmayer no artigo *Cultural Psychiatry in Historical Perspective*, as descrições de Dick deixaram, inicialmente, de parte algo de extrema importância: o contexto do encontro entre inuítas e exploradores.

No artigo supracitado, Kirmayer refere: “Esse comportamento “histérico” parecia completamente inexplicável até que Dick forneceu o contexto ausente: o Almirante Peary havia enviado os maridos dessas mulheres para missões exploratórias num período sem gelo sólido, expondo-os a grandes riscos. As mulheres presumivelmente realizavam rituais de oração de magia xamânica para garantir a segurança dos homens. Peary também considerava importante para o bem-estar de sua tripulação que eles tivessem companheiras sexuais e incentivava seus homens a tomarem parceiras Inuit sem consideração pelos relacionamentos existentes. O álcool também desempenhava um papel nesses episódios. O comportamento “errático” das mulheres – observado com diversão pelos homens de Peary agora **parece menos uma evidência de uma síndrome cultural discreta e mais uma história terrível de exploração familiar**”.

Ou seja, a análise feita posteriormente das descrições de Dick revelaram que muito dos comportamentos “bizarros” observáveis, se tornavam mais compreensíveis se tivéssemos em conta algo que a psiquiatria comparativa frequentemente ignorava: o contexto sociocultural dos indivíduos. Afinal, parte das descrições correspondiam a rituais feitos para proteger familiares, outras a reações face ao contexto de insegurança e ameaça provocado pela presença dos exploradores e algumas corresponderiam, de facto, a episódios de natureza dissociativa. Contudo, os exploradores, na sua busca pelo exótico agruparam todos estes comportamentos numa síndrome.

O antropólogo Arthur Kleinman foi o grande impulsionador da mudança de paradigma que ocorreu na psiquiatria cultural. Em 1977, ele introduziu a “nova psiquiatria transcultural”, que defendia uma ênfase renovada na pesquisa etnográfica. Em contraste com a visão tradicional que assumia a universalidade das categorias psiquiátricas e dos modos psicológicos de expressão do sofrimento, Kleinman defendia importância de se considerar o contexto social e cultural do sofrimento e da cura. Essa abordagem inovadora poderia ser aplicada tanto em diferentes culturas como em contextos institucionais e comunitários da psiquiatria ocidental. Um dos principais pontos de crítica de Kleinman era a “falácia da categoria”, a suposição de que as categorias que funcionam bem num contexto cultural teriam o mesmo significado e utilidade em outro. Assim, a “nova psiquiatria transcultural” permitia desconstruir a universalidade das categorias psiquiátricas e dos modos de expressão do sofrimento, reconhecer a influência do contexto social e cultural na saúde mental, promover uma compreensão mais holística da saúde mental e do sofrimento e desenvolver práticas psiquiátricas mais culturalmente sensíveis e adequadas.

Deste modo, chegamos à definição atual da psiquiatria cultural defendida por Kirmayer (2018): “a psiquiatria cultural surge do cruzamento de disciplinas relacionadas com o impacto da cultura no comportamento e na experiência. Emerge de uma história de encontros de pessoas de diferentes proveniências que se esforçam para compreender e responder ao sofrimento humano, em momentos em que se poderiam confundir as características que não nos são familiares da psicopatologia num dado local com a estranheza do cultural other”

O DSM-5, manual diagnóstico referência em psiquiatria, apresenta a categoria de “Síndromes Culturais”. Em comparação com versões anteriores, o DSM-5 apresenta alguns avanços na abordagem das síndromes culturais,

nomeadamente uma redução do número de síndromes: cinco síndromes culturais, em contraste com as 28 do DSM-IV. Dá ainda destaque explícito à importância do contexto cultural na avaliação e no diagnóstico e reconhece a necessidade de investigação adicional sobre síndromes culturais, incentivando o diálogo intercultural e multidisciplinar na área da saúde mental.

### **Psiquiatria antropológica da atualidade: Contextualizar a relação do povo Inuíta com a Saúde mental**

Considerando a evolução histórica da psiquiatria cultural, analisa-se agora o exemplo da investigação de Kirmayer relativamente ao povo inuíta e problemas de saúde mental nesta comunidade. Esta investigação serve de exemplo prático de como se poderá fazer psiquiatria de base antropológica, centrada em princípios de etnografia defendidos por Kleinman, na atualidade.

No final dos anos 80, o Dr. Kirmayer, psiquiatra baseado no Québec, trabalhou com a comunidade Inuíta e apercebeu-se da importância dos fatores culturais na abordagem de problemas de saúde mental. Posteriormente, no início dos anos 90, realizou um estudo etnográfico em Nunavik que envolveu entrevistas com 80 informantes-chave em quatro comunidades para identificar sintomas, sinais e significados atribuídos a comportamentos e experiências que provavelmente corresponderiam a doenças psiquiátricas convencionais e a uma ampla gama de problemas sociais. As entrevistas exploraram também o conhecimento local relativamente às causas dos problemas de saúde mental e ao tratamento considerado apropriado.

Kirmayer apurou que os Inuítas apresentavam uma formulação cultural do self essencialmente ecocêntrica,

Citando Mauss (1935), Kirmayer descreve o self como “o local da autoconsciência, introspeção e imaginação” e propõe quatro configurações culturais para o self: (i) egocêntrico, (ii) sociocêntrico, (iii) ecocêntrico e (iv) cosmo-cêntrico. Para o autor, os profissionais de saúde mental devem ter em consideração a configuração cultural do self para que as suas intervenções sejam eficazes ao irem ao encontro de “valores que são inteligíveis no contexto do background cultural do indivíduo, particularmente durante momentos de gestão de tensões entre a tradição e novas escolhas e oportunidades que surgem no contexto de mudança social ou migração.”

No self ecocêntrico o self é definido em relação ao ambiente e à ecologia. O modo de narração do self, que em selfs egocêntricos ou sociocêntricos se fazia essencialmente por método de monólogo ou diálogo, passa a recorrer também ao mito. Os principais valores são a harmonia e o equilíbrio e também o animismo e o transformismo – o que justifica que nestas culturas o Xamanismo surja como a principal intervenção com capacidade para aliviar o sofrimento psicológico: “os curandeiros reúnem poder a partir de animais ajudantes, o que lhes permite restaurar o equilíbrio e reciprocidade entre a pessoa em sofrimento e o mundo natural” (Kirmayer, 2007).

O self cosmo-cêntrico ocorre frequentemente associado ao ecocêntrico, mas a ênfase na definição do self está na relação com os antepassados, o valor dominante é a ordem cósmica. A agência do self e os processos de alívio do sofrimento psicológico fazem-se através da relação com os espíritos: “Em algumas culturas, a cura envolve transações com os deuses em que a pessoa é ocupada, possuída e transformada por um deus que fala através dela para exigir reparações.” (Kirmayer, 2007). As múltiplas vozes e possessões são assim interpretadas como ação dos espíritos e dos deuses, ao contrário do que acontece em sociedades com predominância de selfs egocêntricos:

“Quando os indivíduos referem ter múltiplas vozes ou agências dentro de si, como pode acontecer em perturbações dissociativas, estas tendem a ser experienciadas e interpretadas não como deuses ou espíritos, mas como fragmentos da sua própria personalidade.” (Kirmayer, 1994)

De acordo com as conclusões do referido estudo, os Inuítas apontam 4 possíveis causas para problemas de doença mental: (i) causa física, (ii) causa psicológica, (iii) possessão por espírito e (iv) problemas sociais. A causa física remete para doenças como a epilepsia ou atrasos globais de desenvolvimento; os problemas sociais dizem respeito a situações de pobreza ou desemprego. Exploraremos em mais detalhe as causas psicológicas e a possessão por espírito, que apresentam maior relação com valores culturais.

De um modo geral, os Inuítas reconheciam que alguém poderia ter uma doença mental devido a estar sem mente (*isumaqanngituuq*) ou, pelo contrário, pensar em excesso (*isumaaluttuuq*).

Estar sem mente remetia para estados de grande desorganização comportamental ou de grande incoerência do discurso. Era aplicado essencialmente quando as razões para um dado comportamento não aparentavam ter uma lógica compreensível. Já pensar em excesso remete para toda uma panóplia de problemas relacionados com excesso de pensamentos, algo que poderia ser provocado por um estado depressivo (excesso de pensamentos negativos), ansioso (excesso de preocupações) ou psicótico (pensamentos fora da realidade).

O exemplo de Kirmayer relativo a situações de violência ajuda a entender a diferença entre os dois conceitos e a perceber porque é a sua aplicação era altamente dependente do contexto: “Isumaaluttuq (pensar em excesso) implica que a violência não é totalmente irracional, ocorrendo no contexto inquietação, ansiedade, depressão ou ciúme. Por outro lado, isumaqanngituq (sem mente) implicaria que a pessoa violenta estava literalmente ‘fora de si’ e agia destrutivamente por razões completamente irracionais ou sem qualquer autoconsciência ou reflexão.” Note-se que os sintomas psicóticos (alucinações, ideias fora da realidade) constituem uma área cinzenta e eram descritos frequentemente de ambas as formas.

A explicação para a origem destes estados patológicos estava frequentemente associada a falta de ligação ao meio natural. Relatos de alguns exemplos relacionam a sintomatologia depressiva com a falta de certos alimentos, nomeadamente foca ou beluga, considerados alimentos com um efeito rejuvenescedor. A necessidade de realizar atividades que promovam contacto com a natureza e animais, como a caça, é também exemplificado por um jovem que, não tendo particular interesse nessa atividade, recorreu à mesma quando se começou a sentir deprimido para aliviar os seus sintomas

Relativamente aos sintomas psicóticos existia ainda uma terceira explicação, relacionada com a possessão por um espírito. O uirsalik e nuliatsalik correspondem a situações de possessão por um espírito-marido ou espírito-esposa, respetivamente. Nesta situação, uma obsessão por um parceiro romântico não correspondido dá origem a fenómenos alucinatórios, comportamento desorganizado ou ideias delirantes. De acordo com Kirmayer: “o modelo de possessão uirsalik/nuliatsalik torna evidente quão próxima é a ligação entre os processos psicológicos (desejar, ansiar, obsessar) e o mundo espiritual.” O autor destaca, contudo, que apenas uma minoria de indivíduos inquiridos acreditava em fenómenos de possessão.

Finalmente, há que salientar que para os Inuítas a relação com a terra (land) é particularmente importante e tem características sagradas. Compreende-se desta forma que iniciativas como o High Artic relocation, do governo canadense para recolocar várias famílias Inuítas em ilhas do Alto Ártico nos anos 50 para melhor estabelecer a presença canadense nessa região, constituem um evento traumático em larga escala

A investigação de Kirmayer permite compreender a multiplicidade de fatores socioculturais que se têm de ter em consideração quando se realiza um trabalho de psiquiatria cultural e realça o quão superficial foi a análise inicialmente realizada pelos exploradores do ártico, que em momento algum procuraram compreender a visão dos Inuítas acerca dos episódios ou as suas crenças relativas a saúde mental.

## Conclusão

O caso do Pibloktoq, ou Histeria do Ártico ilustra a evolução da psiquiatria cultural. Desde sua caracterização inicial como uma perturbação bizarra e exótico do povo Inuíta, até sua reinterpretação como uma resposta complexa a um contexto sociocultural desafiante, o Pibloktoq destaca os perigos das tendências universalizantes da psiquiatria da era colonial. A mudança em direção à psiquiatria antropológica, enfatizando a importância da etnografia e do contexto cultural, constituiu uma importante mudança de paradigma. O trabalho de Laurence J. Kirmayer com os Inuítas exemplifica essa abordagem. Ao explorar as experiências vividas e percepções de saúde mental dos Inuítas, Kirmayer revelou as crenças subjacentes, traumas e expressões culturais, inclusivamente clarificando algumas situações que encaixavam no rótulo inicial de “histeria.”

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Culture Bound Syndromes*. In *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th edition, text revision) (302-348). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fulk, M. (2012). Pibloktoq. In: Loue, S., Sajatovic, M. (eds.). *Encyclopedia of Immigrant Health*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5659-0\\_595](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5659-0_595)
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257. <https://doi.org/10.1177/1363461506070794>
- Kirmayer, L. J., Valaskakis, G. G., & Erasmus, G. H. (2014). *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*. Vancouver: UBC Press.
- Kirmayer, L. J. (2018). Cultural psychiatry in historical perspective. In *Textbook of cultural psychiatry* (pp. 3-24). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

# “As múltiplas caras de *Chris*”

## A propósito da perturbação dissociativa da identidade

Maria João Amorim, Patrícia Perestrelo Passos, Filipa Araújo

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

E-mails: 4231@ulsam.min-saude.pt, patricia.passos@ulsam.min-saude.pt, filipa.araujo@ulsam.min-saude.pt

### Resumo

O caso de *Christine Costner Sizemore*, retratado no filme, de 1957 “*The Three Faces of Eve*,” tornou-se num dos mais mediáticos casos de Perturbação Dissociativa da Identidade. Após ter testemunhado múltiplos traumas numa infância precoce, o quadro inicia-se através da manifestação de alterações de comportamento, que se tornaram proeminentes após o seu primeiro casamento, em que um quadro de cefaleia intensa anunciava a alternância entre a recatada e depressiva *Eve White* e a ousada e inconsciente *Eve Black*, e, mais tarde, *Jane*, uma jovem agradável e sensata.

Nos anos que se seguiram, *Chris* recorreu a uma série de especialistas, que descreveram, durante todo o processo psicoterapêutico, um total de 22 personalidades distintas.

A sua história teve um final feliz, já que após um duradouro e doloroso processo terapêutico foi capaz de integrar todas elas.

**Palavras-chave:** “dissociativa”, “identidade múltipla”, “*Christine Sizemore*”, “personalidades múltiplas”

### Abstract

Christine Costner Sizemore’s case, portrayed in the 1957s film “*The Three Faces of Eve*”, became one of the most notorious cases of Dissociative Identity Disorder. After witnessing multiple traumas in her early childhood, the condition began to manifest itself through behavioral changes, which became prominent after her first marriage, in which an intense headache announced the switch from coy and depressed *Eve White* to bold and unconscious *Eve Black*, and later *Jane*, a pleasant and sensible young woman.

In later years, *Chris* consulted a series of specialists, who described a total of 22 different personalities throughout the psychotherapeutic process.

Her story had a happy ending, since after a long and painful therapeutic process, she was able to integrate them all.

**Keywords:** “dissociative”, “multiple identity”, “*Christine Sizemore*”, “multiple personalities”

### Introdução

A Perturbação Dissociativa da Identidade (PDI), é uma condição psiquiátrica rara, e crónica, caracterizada pela existência, de forma alternada, de pelo menos duas personalidades (pelo menos uma alternativa, que coexiste com a personalidade “*core*”) (Mitra, 2023; Saxena, 2023; Dorahy, 2014; Reinders, 2021).

Por se tratar de uma entidade, historicamente controversa, sobretudo pelas teorias etiológicas, e pela sobreposição sintomática com outras patologias, mantém-se na atualidade, sub ou mal diagnosticada levando a um atraso diagnóstico considerável, de 5 a 12,5 anos (Mitra, 2023), e da instituição terapêutica adequada, contribuindo para um prognóstico pobre, disfuncionalidade significativa e evolução tendencialmente crónica (Reinders, 2021).

Pelo crescente interesse, estudo e consequente compreensão, importa sensibilizar os profissionais de Saúde para esta entidade de base empírica sólida resultante da não-integração neurobiológica, cognitiva e interpessoal de eventos altamente stressores (Saxena, 2023), de forma a facilitar o correto e atempado diagnóstico, ilustrando-o com descrição do mediático e paradigmático caso de *Christine Costner Sizemore*.

### A história mediática de *Christine Costner Sizemore*

*Christine Sizemore* tornou-se conhecida no anos 50, após lançamento do galardoado filme “*The three faces of Eve*” que despertou o interesse, não só da comunidade médica, mas na população em geral, por retratar a peculiar história da sua vida e das suas 3 personalidades alternativas.

Nasceu no dia 4 de abril de 1927, na Carolina do Sul, e descreve o testemunho de uma série de violentos incidentes, durante a infância precoce, nomeadamente um acidente doméstico da sua mãe, um acidente de trabalho de um funcionário de seu pai, “*cortado ao meio por uma serra*”, e um homem afogado a ser recuperado de uma vala.

A sintomatologia dissociativa manifestou-se logo desde a infância, associando-se a disfuncionalidade tal que terá sido incapaz de concluir o ensino básico. Reportava ser frequentemente repreendida e punida por comportamentos dos quais não tinha qualquer memória (Weber, 2016).

Após o primeiro casamento com um homem que descreveu como sádico e violento, surgem os primeiros três *alters*, *Eve White*, uma mulher tímida, submissa e rígida, *Eve Black*, uma rapariga festiva e indulgente, que a certa altura tenta matar a própria filha, *Taffy*, e *Jane*, uma mulher agradável, intelectual e sensata, retratadas no filme “*The three faces of Eve*” (Johnson, 1957), adaptado de um livro homónimo de *Corbett Thigpen* e *Hervey Cleckley*, os primeiros psiquiatras responsáveis pelo seu processo terapêutico.

Descreve início do acompanhamento aos 24 anos de idade, após tentativa de estrangulamento da filha e intensificação dos sintomas, nomeadamente episódios de cefaleias intensas e “contorções da face” que geralmente antecediam o *switch* entre *alters*, “*blackouts*”, comportamento “errático” e perceção de “ouvir vozes”.

À data, pela indefinição e desconhecimento da entidade nosológica, os sintomas foram atribuídos a um quadro de esquizofrenia “atípica” e posteriormente ao *stress* de constituir uma família, até que ao final de poucos meses, com a evidência das três personalidades totalmente estabelecidas, *Eve White*, *Eve Black* e *Jane*, foi atribuído o diagnóstico de PDI.

Aquando da visualização do filme, é possível verificar a presença dos sintomas cardinais e critérios diagnósticos para PDI, nomeadamente:

1. A existência simultânea de duas ou mais personalidades distintas.

2. Perceção da descontinuidade do *Self*:

No domínio das próprias ações: *Eve White*, perante a confrontação da tentativa de estrangulamento da filha *Taffy*, nega veemente afirmando preferir morrer do que magoar a filha.

Nas alterações relacionadas com o afeto: *Eve White*, falava de forma sussurrada, apenas quando solicitada, contrariamente a *Eve Black*, entusiasta, energética, confiante e extrovertida.

No comportamento: *Eve Black* cantava e atuava em bares e pubs, algo impensável para *Eve White*.

Da consciência, cognição e memória: *Eve White* negou ter visitado familiares em Atlanta durante o ano em questão, mesmo perante evidência de ter lá estado no mês anterior.

Da perceção: *Eve White* relatou a sensação de ouvir a voz, que embora não reconhecesse, descrevia como familiar, e que por vezes se assemelhava à própria voz.

No funcionamento senso-motor: Durante um episódio de dissociação de *Eve White*, abre os olhos como *Eve Black* e começa imediatamente a coçar as pernas.

3. Lacunas recorrentes de eventos do quotidiano, informações pessoais importantes ou eventos traumáticos, incompatíveis com o esquecimento comum, patentes perante a impossibilidade de *Eve White* recordar e relatar qualquer aspeto relacionado com a própria infância.

4. Os sintomas causam sofrimento significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo: evidenciado pela tentativa de suicídio levada a cabo por *Eve White*, e pela angústia verbalizada por este de deixar novamente *Taffy* a sós com *Eve Black* (Cortez, 2022).

Apesar do diagnóstico preciso, *Sizemore* revelou que o filme era “ligeiramente enganador” (Sizemore, 1988). Embora o filme termine com uma reintegração bem-sucedida aos 29 anos, *Sizemore* só concluiu o processo de integração da totalidade das 22 personalidades alternativas cerca de 20 anos após o seu lançamento.

Ao contrário do retratado no filme, novas personalidades foram emergindo, em grupos de três, que funcionariam em conjunto e substituiriam as anteriores, das quais, *Strawberry Lady*, de 21 anos que se alimentava apenas de morangos, *Banana Split Girl* uma criança temperamental com preferência por esta sobremesa, *Purple Lady*, de 58 anos que usava perucas e roupa roxa, *The Virgin* “intolerante” ao contacto com indivíduos do sexo masculino, *Spoon Lady* colecionadora de colheres, *Blind Lady*, invisual, entre outras.

Já sob tratamento com *Tony Tsitos*, o oitavo terapeuta, *Chris* foi capaz de integrar os seus *alters*, para permitir que as várias personalidades encontrassem expressão ou representação através de um único *self*.

Nas suas autobiografias, “*I’m Eve*”, de 1977, e “*A Mind of My Own*”, de 1989, descreve as dificuldades sentidas de adaptação à sua nova realidade, e identidade, nomeadamente relacionais, com o marido e com os filhos “nascidos” de outros *alters*. Refere também a necessidade de realizar um processo de luto, relativamente à restantes personalidades, e ao desconforto sentido perante a solidão e “silêncio”, finda a integração.

Após estabilização psicopatológica prosseguiu uma carreira artística como pintora, onde se dedicou a representar o seu processo de doença e cura, e como porta-voz de portadores de doença mental e dos seus direitos. Faleceu em 2016, aos 89 anos de idade.

Importa salientar o impacto do filme “*The Three faces of Eve*”, na afirmação e estabelecimento dos critérios de diagnóstico da PDI, que só no início dos anos 80 integrou o capítulo das “Perturbações Dissociativas” na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Cortez, 2022).

## **Perturbação dissociativa da identidade**

### ***Prevalência e etiologia***

A PDI é uma condição rara com uma prevalência global de 1,5%, embora se admita uma variabilidade de 0,4 a 1,4% (Dorahy, 2014; Brand, 2016), resultante das dificuldades e diferenças metodológicas entre estudos. O sexo feminino parece associar-se a maior risco, dada prevalência 9 vezes superior em mulheres (Burdzik, 2023).

Tem sido consistentemente associada a experiências adversas precoces, de tal forma que todos os estudos que se propuseram a avaliar sistematicamente a etiologia da PDI demonstraram a exposição a situações traumáticas severas na infância (Dorahy, 2014).

A grande controvérsia gerada em torno da sua etiologia originou uma tomada de posição dicotómica, apenas recentemente mitigada, entre a Hipótese da “Fantasia” e a Hipótese do “Trauma”. Na primeira defendia-se que a clínica resultava predominantemente da tendência à sugestão, propensão para a fantasia e *enactment*, e na segunda, que esta constituía uma forma grave de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) com origem na infância precoce (Reinders, 2021).

Recentemente admite-se contribuição de ambas, nomeadamente antecedentes de uma experiência traumática severa precoce, e a existência de um “terreno fértil” condicionado por características cognitivas específicas e elevada sugestibilidade.

Kluft (1999) refere como fatores de predisposição necessários a “capacidade de dissociação” e a existência de um evento traumático que induz algum grau de distorção da realidade e a criação de *alters*, que, na ausência de estabilidade externa, se tornam fundamentais para que a criança tolere estes eventos, e a sua memória, e se consiga regular.

Sem dúvida que o fator predisponente mais preponderante é a evidência de experiência traumática adversa precoce, motivo pelo qual é atualmente contemplada por vários autores no Espectro das Perturbações Traumáticas (Burdzik, 2023; Saxena, 2023). O tipo de eventos mais comumente reportados são de abuso sexual e violência física ou agressão (prevalência estimada de 90% e 97%, respetivamente, entre indivíduos com PDI) (Burdzik, 2023).

Este tipo de eventos, sobretudo antes dos 6 anos de idade, perturbam o processo de desenvolvimento da personalidade, implicando disfuncionalidade, a longo prazo, no domínio da memória auto-biográfica e na integração do *self* (Burdzik, 2023; Mitra, 2024). A dissociação cria uma descontinuidade da própria experiência, evidenciando-se e replicando-se, subconscientemente, perante estados de elevada tensão emocional ou de um desconforto semelhante (Cortez, 2022).

Para além dos fatores descritos, importa compreender a influência de aspetos culturais e sociais, que determinam a forma de comunicar sintomas, e como estes são interpretados por si e pelos outros, assim como aspetos relacionais, de vinculação e dinâmica familiar e *coping* (Dorahy, 2014; Dorhay, 2001a).

Os aspetos culturais contribuíram para a discussão etiológica e atraso no estabelecimento diagnóstico, prevalecendo até aos dias de hoje, sobretudo nos países não ocidentais, em que a evidência de diferentes *alters* é atribuída à influência de entidades externas ou experiências de possessões que tomam de assalto a consciência e identidade do indivíduo. Estes revestem-se de tal importância, que foram incluídos nos critérios diagnósticos da 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DMS-5), que contemplam a “*disrupção da identidade caracterizada por duas ou mais personalidades distintas, que podem ser descritas, em algumas culturas, como experiências de possessão*” (APA, 2013, 292).

### ***Manifestações clínicas***

Caracteriza-se por disrupção da consciência, memória, identidade ou comportamento (Mirta, 2023). Assim, serão frequentes sintomas de desrealização e despersonalização, amnésia, sintomas somáticos, alterações preceptivas (como alucinações e pseudo-alucinações) e labilidade emocional marcada (Saxena, 2023).

A PDI distingue-se pela existência e evidência de duas ou mais identidades distintas que coincidem, com flutuação da consciência e do acesso à memória autobiográfica (Reinders, 2019), sendo a alteração da identidade e amnésia (para informação autobiográfica) considerados sintomas “core” desta entidade (Dorhay, 2014).

As identidades alternativas podem surgir de forma espontânea, ou desencadeada por *trigger*, substituindo a anterior. Cada uma é distinta, caracterizando-se percurso biográfico próprio, interesses e forma de perceber a realidade que em muito diferem da identidade “primária” do indivíduo (Burdzik, 2023).

Não é incomum que os doentes com PDI experienciem lapsos de memória relacionados com eventos do quotidiano recentes ou informação pessoal ou mesmo experiências traumáticas passadas. Sintomatologia ansiosa é comum pela sensação de estranheza de perda de identidade e perda de controlo (Burdzik, 2023).

São frequentes traços de marcada impulsividade, que se traduzem em comportamentos auto-lesivos e tentativas de suicídio recorrentes, motivo pelo qual a prevalência da PDI em contexto de urgência é superior ao contexto de ambulatório (Saxena, 2023, Dorahy, 2014). Os recursos frequentes ao Serviço de Urgência são motivados também por pseudocrises epilépticas, e estados de agitação psicomotora caracterizados por sintomatologia psicótica-like e dissociativa descrita como alternância rápida entre dois *alters* ou perda temporária das “barreiras dissociativas internas”, denominada de “co-consciência” (Dorahy, 2014).

As oscilações de humor são frequentes e geralmente bruscas, desde sensação de apatia a acessos de raiva, zanga ou tristeza profunda, sem qualquer fator precipitante (Gillig, 2009). Tal como outras perturbações relacionadas com o trauma, também não são incomuns fenómenos de *flashbacks*, *blackout* e amnésia (Saxena, 2023; Gillig, 2009).

### **Diagnóstico**

Pelas questões acima mencionadas, e pela sobreposição sintomática com outras entidades como é o caso da Esquizofrenia, Perturbação de Personalidade Borderline e mesmo PSPT, verifica-se o subdiagnóstico e um atraso significativo no estabelecimento do mesmo. Em média, desde o primeiro contacto com os cuidados de saúde, verifica-se um período de latência de 6,7 a 12,5 anos, e uma atribuição de 2,8 a 4 diagnósticos prévios, errados (Burdzik, 2023; Mitra, 2024).

Importa a avaliação longitudinal, recolha detalhada de dados anamnésicos, idealmente corroborado e completado por outras fontes para além do doente, assim como avaliação por Neurologia de forma a excluir quadros de encefalite auto-imune ou epilepsia que se possam assemelhar a este (Mitra, 2024).

Questionar diretamente sobre a existência de sintomas dissociativos é fundamental, já que indivíduos com PDI raramente os abordam de forma espontânea por considerarem pouco significativas, por vergonha, pela amnésia associada, ou pela dificuldade em compreendê-los, e descrevê-los (Burdzik, 2023).

O diagnóstico poderá ser facilitado ou corroborado pelo recurso a escalas e questionários validados, como é o caso do Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised (SCID-D-R), gold standart para o diagnóstico de Perturbações Dissociativas, Dissociative Experiences Scale (DES), utilizado como teste de rastreio, Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), Multidimensional Inventory of Dissociation (MID), Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I), entre outras.

Para além da sobreposição sintomática, a existência frequente de outras entidades comórbidas, dificulta o diagnóstico. Além das perturbações depressivas e ansiosas, as Perturbações de Uso de Substâncias (em até 50% dos doentes com PDI), Perturbações do Comportamento Alimentar e Perturbações Somatoformes (em até um terço dos doentes com PDI) são comuns (Dorahy, 2014).

No entanto, a associação mais estudada, é com a Perturbação de Personalidade Borderline, diagnosticada em mais de dois terços população com PDI (Lipsanen, 2004), não só pela evidência de comorbilidade comum, mas pela sobreposição sintomática que coloca desafios no diagnóstico diferencial. Os traços de impulsividade, fenómenos de despersonalização e desrealização, comportamentos auto-lesivos frequentes o início e história natural da doença e evidência de experiências adversas precoces na infância são características comuns a ambas, e a comorbilidade com esta entidade traduz-se numa maior severidade de apresentação da PDI (Ross, 2014; Burdzik, 2023).

A sobreposição sintomática, e co-existência, de PDI e PSPT, estimada em 85-95% (Kluft, 1996), leva a que alguns autores defendam a impossibilidade da primeira existir na ausência de uma PSPT (Burdzik, 2023; Dorhay, 2014). Diferenciam-se pela proeminência de sintomas dissociativos, sobretudo amnésia, relacionados com o trauma, que, por se verificar numa fase específica da infância precoce e do desenvolvimento da personalidade, e por fatores individuais como resiliência e suporte sociofamiliar, se manifesta de forma distinta, descrita como de maior severidade.

## Tratamento

O tratamento da PDI envolve uma abordagem multidisciplinar, baseado na intervenção psicoterapêutica, que visa a integração de todos os aspetos identitários dos *alters* em uma única identidade, o mais coerente possível (Burdzik, 2023; Mirta, 2024; Slack, 2014).

Divide-se em três fases, a primeira, focada na estabilização clínica e controlo sintomático, a segunda, no processamento e criação de uma narrativa integrada da ou das experiências traumáticas, e uma terceira que visa a integração da identidade e reabilitação (ISSD, 2011).

A fase inicial da intervenção destina-se ao estabelecimento de uma aliança terapêutica robusta e criação de um *setting* estável e seguro para o doente, reduzindo o risco associado a comportamentos autolíticos (Burdzik, 2023; Mitra, 2014). Importa lembrar que, entre doentes com PDI, comportamentos suicidários e parassuicidários são comuns, descritos com uma incidência de 67% e 42%, respetivamente (Dorhay, 2014; ISSD, 2011). Também a psicoeducação sobre a PDI, dirigida quer aos pacientes, quer aos familiares ou rede de suporte próxima, constitui uma intervenção fundamental desta fase de tratamento.

A abordagem precoce ao trauma poderá condicionar instabilidade psicopatológica e dificultar o acesso às diferentes personalidades. Assim, para gestão e controlo sintomático, afetivo e relacionado com o trauma, não é incomum a necessidade de internamentos breves, que oferece também uma oportunidade de monitorização próxima, esclarecimento diagnóstico e rastreio de comorbilidades que impliquem intervenções específicas (ISSD, 2011; Saxena, 2023).

A segunda fase, foca a recuperação e processamento da experiência traumática de sob forma de uma narrativa coerente e tolerada, permitindo ao paciente compreendê-la, contribuindo esta para a “construção” de um sentido de *Self* mais integrado.

A terceira e última fase tem como objetivo a obtenção de um sentido de identidade progressivamente mais sólido e completo, e uma forma viável e harmónica de funcionamento, tendo em conta os *alters*.

Dificuldades no desenho metodológico de estudos comparativos referentes ao modelo de intervenção e eficácia destes na PDI, assim como a própria complexidade da condição e comorbilidades, justificam a relativa ausência destes (Brand, 2009; ISSD, 2011). Ainda assim, terapias compreensivas parecem demonstrar melhor *outcome*, dos quais a psicoterapia Psicodinâmica apresenta evidência mais robusta (ISSD, 2011). Frequentemente, esta é complementada com estratégias Cognitivo-Comportamentais e Comportamentais Dialéticas, no que diz respeito à desconstrução do trauma e gestão do stress relacionado, assim como controlo de comportamentos impulsivos.

A Hipnoterapia, como adjuvante, pode favorecer o acesso a memórias traumáticas e comunicação inter-*alters* (ISSD, 2011; Saxena, 2023), relaxamento, contenção e fortalecimento do *self*, apresentando relevância dada elevada sugestibilidade destes pacientes.

Outras formas de intervenção, complementares, são a intervenção familiar, terapia expressiva, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Mitra, 2024; Shapiro, 2001) e a Psicoterapia Sensomotora (ISSD, 2011; Odgen, 2006).

Relativamente ao EMDR, já adaptado para intervenção na PDI, apresenta potencial benefício sobretudo na correção de distorções da representação do *self* relacionadas com o trauma, redução de sintomas dissociativos, fortalecimento do ego, trabalho com identidades alternativas e memórias traumáticas (Shapiro, 2001; Shapiro 2009).

Uma atitude de desvalorização dos sintomas dissociativos por parte do terapeuta, revela-se contraproducente, interpretada como desvalorizadora de *alters*, e preferência de uns em detrimento de outros, dificultando a sua aceitação como adaptativos e a sua integração. É fundamental que o técnico se mantenha congruente na abordagem a todos os aspetos das diferentes personalidades, para que estas possam continuar a ser apresentadas, e compreendidas como partes legítimas do *self* (ISSD, 2011; Kluft, 1999; Howell, 2011).

Quanto ao tratamento psicofarmacológico, este deverá ser complementar, pelo fato de não existirem fármacos aprovados especificamente para o seu tratamento (Howell, 2011; Saxena, 2023). Ainda assim, sobretudo pela elevada prevalência de comorbilidades psiquiátricas, integra o tratamento de cerca de 80% dos doentes (Brand, 2009).

Fármacos antidepressivos, serotoninérgicos, como os Inibidores da Recaptação Seletiva da Serotonina (IRSS) e os Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina (IRSN), são os mais utilizados pela eficácia na sintomatologia depressiva, ansiosa e dissociativa, parecendo justificar-se pela demonstração de alterações na neurotransmissão serotoninérgica, frontal e temporal, na amnésia dissociativa (Reinders, 2021; ISSD, 2011). Outros antidepressivos como os Antidepressivos Tricíclicos (ATC), podem ser úteis perante a evidencia de comorbilidade com Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC) e PSPT severa.

O recurso a ansiolíticos, benzodiazepínicos, é controverso, já que alguns autores defendem a sua eficácia no controlo da sintomatologia ansiosa e na hiperativação autonómica (ISSD, 2011), no entanto outros, apontam para a possibilidade de intensificar sintomatologia dissociativa (Howell, 2011). Antipsicóticos atípicos, como a Quetiapina e a Olanzapina, poderão ser opções viáveis para sintomatologia ansiosa, desorganização comportamental ou do pensamento, irritabilidade ou insónia (ISSD, 2011; Saxena, 2023).

A Naltrexona parece demonstrar alguma eficácia na contenção da impulsividade, especialmente em doentes com história de comportamentos auto-lesivos recorrentes (Escamilla, 2023; ISSD, 2011). Também os bloqueadores beta, como o Propranolol, parecem eficazes para controlo dos sintomas decorrentes da hiperativação autonómica, assim como a Clonidina e Prazosina (ISSD, 2011).

Com o decorrer do processo psicoterapêutico, e estabilização clínica, verifica-se a redução da necessidade de psicofármacos, e da sua dosagem, ainda que na maioria dos doentes seja necessária terapêutica de manutenção (ISSD, 2011).

### **Prognóstico**

A PDI caracteriza-se por uma evolução tendencialmente crónica, cujo manejo implica tratamento específico, de longa duração, cuja eficácia depende da sua instituição precoce. Sem tratamento dirigido, o prognóstico é pobre (Mitra, 2023).

Relatos de caso e Séries de caso, sugerem que uma percentagem significativa de doentes permanece sintomática, sendo a integração dos diferentes *alters* possível em 16.7% to 33% dos pacientes com PDI (Brand, 2009; ISSD, 2011).

Quadros de início precoce (infância e adolescência), parecem ter melhor prognóstico, com taxas de remissão que variam entre os 44 e 97% (em 6 meses de *follow-up*) (Jans, 2008).

A eficácia do tratamento tem vindo a ser relacionada com vários fatores como o grau de funcionamento do doente, ou severidade do quadro, o diagnóstico e início precoce da intervenção específica e dirigida, menor número de *alters*, da experiência do terapeuta e permanência do mesmo no decorrer da intervenção e menor número de hospitalizações (Brand, 2009; Coons, 2001; ISSD, 2011; Mitra, 2024, Slack, 2014).

### **Considerações Finais**

A mediatização do caso de *Christine Seizemore* nos anos 50, alertou a comunidade científica para a entidade clínica da PDI, impulsionando a literatura empírica crescente dos últimos anos, fundamental para a sua afirmação enquanto diagnóstico, caracterização, e sensibilização dos profissionais de saúde para o mesmo.

A importância da intervenção precoce no prognóstico, tendo em conta a prevalência significativa com que se apresenta, sobretudo em *setting* de doença mental aguda, a dificuldade imposta pela necessidade do diagnóstico diferencial com outras entidades psiquiátricas comuns e o custo acrescido do atraso do diagnóstico, revestem de particular importância a exploração e divulgação do conhecimento obtido sobre esta complexa entidade clínica.

### **Bibliografia**

- (1986) Conversation with Chris Costner Sizemore, *Art Therapy*, 3:1, 17-20, acedido em 29 de agosto de 2023, em doi: <https://doi.org/10.1080/07421656.1986.10758814>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: APA.
- Brand, L., Classen, C., McNary, W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646-654.
- Brand, L., Loewenstein, J., & Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: an empirically based approach. *Psychiatry*. 2014 Summer; 77(2), 169-189. Acedido a 3 de setembro de 2023, em doi: 10.1521/psyc.2014.77.2.169. PMID: 24865199.
- Brand, L., Classen, C., McNary, W., & Zaveri, P. (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646-654. Acedido a 2 de fevereiro de 2024, em doi:10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa
- Brand, L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating Fact from Fiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257-270. Acedido a 3 de setembro de 2023 em doi:10.1097/HRP.000000000000100

- Coons, M., Bowman, E. S. (2001). Ten-Year Follow-Up Study of Patients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 73-89. Acedido a 23 de janeiro de 2024, em doi:10.1300/J229v02n01\_09
- Cortez, R. (2022). *The Problem with Dissociative Identity Disorder in the Media: Misrepresentation, or Inadequate Diagnostic Criteria?* Senior Theses. 539. Acedido em 2 de setembro de 2023, em [https://scholarcommons.sc.edu/senior\\_theses/539](https://scholarcommons.sc.edu/senior_theses/539)
- Costner, C. (1989). *A Mind of My Own: The Woman Who Was Known as “Eve” Tells the Story of Her Triumph over Multiple Personality Disorder*. William Morrow & Co.
- Costner, C., & Pittillo, E. (1977). *I’m Eve: The Compelling Story of the International Case Of Multiple Personality*. Doubleday & Co., Inc.
- Dorahy, J. (2001a). Culture, cognition and dissociative identity disorder. In: J. F. Schumaker and T. Ward (eds.), *Culture, Cognition and Psychopathology*. Westport, CT: Praeger, pp. 157-169.
- Dorahy, J., Brand, L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas A. et al. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*; 48(5): 402-417.
- Escamilla, I., Juan, N., Peñalva, C., Sánchez-Llorens, M., Renau, J., Benito, A., & Haro, G. (2023). Treatment of dissociative symptoms with opioid antagonists: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*, 14(2) :2265184. doi: 10.1080/20008066.2023.2265184.
- Futterman, E. (1989). 15 years after recovery, ‘eve’ enjoys the best of her 22 personalities. *Deseret News*; Jan 6, 7:00am WET acedido a 2 de setembro de 2023, em <https://www.deseret.com/1989/1/6/18790726/15-years-after-recovery-eve-enjoys-the-best-of-her-22-personalities>.
- Howell, F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder. A relational approach*. New York: Taylor & Francis Group.
- International Society for the Study. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187. Acedido a 4 de fevereiro de 2024, em doi:10.1080/15299732.2011.537247
- Jans, T., Schneck-Seif, S., Weigand, T. et al. (2008). Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2, 19. Acedido a 3 de fevereiro de 2024, em <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-19>
- Johnson, N. (1957). *The Three Faces of Eve*. 20th Century FOX.
- Kluft, P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *Am. J. Psychother*, 53(3): 289-319.
- Kluft, P. (1996). Dissociative identity disorder. In: L. K. Michelson & W. J. Ray (editors). *Handbook of dissociation. Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Springer US, pp. 337-366.
- Mark, J., Belaunzaran, M., Shoukat, Q., & Gill, A. (2023). Prognosis of DID. In: H. Tohid & I. H. Rutkofsky (eds.) *Dissociative Identity Disorder*. Springer, Cham. Acedido a 23 de janeiro de 2024, em [https://doi.org/10.1007/978-3-031-39854-4\\_33](https://doi.org/10.1007/978-3-031-39854-4_33)
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton.
- Reinders, S., & Veltman, J. (2021). Dissociative identity disorder: out of the shadows at last? *Br J Psychiatry*. Aug, 219(2): 413-414. Acedido a 29 de janeiro de 2024 em doi: 10.1192/bjp.2020.168. PMID: 33023686.
- Reinders, S., Young, A., & Veltman, J. (2021). Dissociative identity disorder: A pharmacological challenge? *Br. J. Psychiatry*, 220(2): 98-100.
- Ross, A., Ferrell L., & Schroeder, E. (2014). Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *J. Trauma Dissociation*, 15(1): 79-90.
- Saxena, M., Tote, S., & Sapkale, B. (2023). Multiple Personality Disorder or Dissociative Identity Disorder: Etiology, Diagnosis, and Management. *Cureus*. Nov 19, 15(11): e49057. Acedido a 2 de setembro de 2023, em doi: 10.7759/cureus.49057. PMID: 38116333; PMCID: PMC10730093.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2009). *The EMDR approach to psychotherapy*. Watsonville, CA: EMDR Institute.
- Sizemore, C. C., & Huber, R. J. (1988). The twenty-two faces of Eve. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 44(1), 53-62.

- Slack, C. (2014). Dissociative Identity Disorder: Improving Treatment Outcomes. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 14(1), 43-45.
- Weber, B. (2016, August 5). *Chris Costner Sizemore, patient behind 'The Three Faces of Eve,' dies at 89*. The New York Times. Retrieved April 8, 2022, from <https://www.nytimes.com/2016/08/06/us/chris-costner-sizemore-the-real-patient-behind-the-three-faces-of-eve-dies-at-89.html>

# Dorothea Tanning na expressão surrealista da figura feminina

Maria Luís Aires, João Barreira, Mafalda Marques

Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa

E-mails: 75363@chts.min-saude.pt1, 75362@chts.min-saude.pt2, 74706@chts.min-saude.pt3

## Resumo

Nascida em Illinois, no início do séc. XX, Dorothea Tanning, deu os primeiros passos na pintura aos 15 anos de idade, desde logo marcada por uma veia surrealista que surpreendeu todos os seus familiares. Artista polifacetada e autodidata, triunfou como pintora, escritora e, mais tarde, como escultora. Apesar do casamento com Max Ernst e do contacto com outros grandes nomes da corrente surrealista, negou a sua influência artística e rejeitou a associação a este movimento, onde a mulher é representada como objeto de desejo. Na subversão das expectativas de género, recusou a participação em exposições restritas a artistas femininas e ser denominada de “female artist”.

Numa obra marcada pela apropriação do corpo feminino, Tanning explora temas como a maternidade, família e adolescência, onde o espaço doméstico tradicional era distorcido e perturbado.

Este trabalho pretende abordar a representação da figura feminina ao longo do percurso de vida e obra da artista.

**Palavras-chave:** pintura, surrealismo, maternidade, feminismo

## Abstract

Born in Illinois in the early 20th century, Dorothea Tanning took her first steps in painting at the age of 15, immediately marked by a surrealist vein that surprised all her relatives. A versatile and self-taught artist, she triumphed as a painter, writer and, later, as a sculptor. Despite her marriage to Max Ernst and contact with other major figures of the Surrealist movement, she denied their artistic influence and rejected association with this movement, where women are often portrayed as objects of desire. In subverting gender expectations, she refused to participate in exhibitions limited to female artists and to be labeled as a “female artist.”

In a body of work marked by the appropriation of the female body, Tanning explores themes such as motherhood, family, and adolescence, where the traditional domestic space is distorted and disturbed.

This work aims to address the representation of the female figure throughout the artist’s life and oeuvre.

**Keywords:** painting, surrealism, maternity, feminism

## Introdução

Dentro do movimento surrealista, Dorothea Tanning destaca-se como uma artista versátil, cujo trabalho ultrapassa as fronteiras convencionais da arte. Nesta breve incursão pela vida e obra da artista, examinaremos sua jornada desde os primeiros passos até as profundezas da psique feminina que tanto a fascinava.

Natural de uma pequena vila em Illinois, desde cedo desafiou os padrões convencionais, rejeitando o ensino formal em favor de um autodidatismo vigoroso.

Demonstrando uma inclinação precoce para o surrealismo, ela ousou trilhar um caminho até então pouco explorado por mulheres e que lhe abriu portas para uma expressão visceral e provocativa pela qual é reconhecida. No entanto, acaba mais tarde por refletir nas fronteiras do surrealismo e rejeita sua associação com o movimento, corrente que coloca a mulher como um mero objeto de desejo. Assim, sua obra se revela como um profundo mergulho na identidade feminina, tema que pretendemos explorar neste artigo.

## Vida e Obra

Dorothea Tanning, emergiu como uma figura proeminente no mundo da arte do século XX, deixando um legado duradouro através de sua obra diversificada e provocativa. Sua vida e carreira foram marcadas por uma busca incessante pela expressão artística e uma resistência audaz às convenções sociais e estéticas de sua época. Consagrou-se uma artista multifacetada, dedicou-se maioritariamente à pintura surrealista, mas também abstrata, passou por ilustrações de anúncios, pela escultura, principalmente com têxteis e demonstrou também uma veia literária com a publicação de vários livros de poemas e duas autobiografias.

Nascida em 1910, numa pequena vila do estado de Ilinóis, filha de emigrantes Suecos, desde tenra idade demonstrou um interesse apaixonado pela arte, começando a desenhar e a pintar aos 15 anos de idade. Sua inclinação surrealista precoce surpreendeu sua família e lançou as bases para uma carreira marcada pela exploração dos reinos da imaginação e do inconsciente (Balsach, 2019).

Após terminar o ensino secundário, decidiu enveredar pelo ramo artístico, mas apenas frequentou a escola de artes 3 semanas, acabando por desistir e considerar que não teria de ser como todos os outros artistas, nomeadamente Picasso, considerando-se, então, uma artista autodidata.

Deu os primeiros passos na ilustração de anúncios, enquanto realizava algumas pinturas a óleo. Até que, em 1936, a porta do surrealismo foi aberta numa visita à exposição *Fantastic Art, Dada and Surrealism*, no MoMA, em Nova York, porta esta que nunca mais se fechou e veio a revolucionar toda a sua carreira. Foi lá que conheceu o aclamado artista surrealista Max Ernst, com quem se casou em 1946. Tendo sido com o quadro *“Birthday”* (1942), que chamou à atenção de Max Ernst e é por ele convidada a juntar-se à exposição *“Exhibition by 31 Women”*. É na partilha de um jogo de xadrez que o casal de apaixonados marca como o início da sua relação, inspirando, mais tarde, obras como o *“Endgame”* (1944). O seu relacionamento com Ernst influenciou profundamente sua obra, embora Tanning sempre tenha resistido a ser rotulada como uma mera seguidora do surrealismo. Ela desenvolveu um estilo único e distinto, caracterizado por uma fusão de elementos surrealistas e uma exploração pessoal da feminilidade e da psique humana.

Em 1946, decidem mudar-se para o estado de Arizona, onde constroem uma casa e decidem dedicar-se às suas carreiras. Aí nasceram algumas das suas grandes obras, enquanto também recebiam visitas regulares dos grandes nomes do surrealismo.

Entretanto mudam-se para França, onde Tanning consegue a sua primeira exposição parisiense, vista como um marco crucial, para uma artística que viveu na sombra de um grande homem, como veio mais tarde a confundir, chegando, inclusive, a ver os seus quadros confundidos com os de Max Ernst numa exposição conjunta em 1946 (Thompson, 2017). Em 1970, cansada da Terbentina, dedica-se à escultura com uso de têxteis, criando o cenário *“Hôtel du Pavot, Chambre 202”* (1973), que vem a ser, também, um dos seus grandes marcos artísticos e que se apresenta com figuras suaves e delicadas que rasgam a dureza de uma parede, captando a fragilidade da própria vida.

Em 1976, após falecimento de Max, cansada dos pinéis e das esculturas, dedica-se maioritariamente à sua veia literária, onde revelava uma profundidade de pensamento e uma sensibilidade lírica que complementavam sua obra visual, chegando a ganhar prémios pela academia americana de poetas. Acaba por falecer aos 101 anos de idade, pouco tempo após a publicação do seu último livro de poemas.

## **Tanning e o Feminino**

Tanning apresentava um fascínio inegável pelo feminino, uma constante na sua obra e que nos convida a mergulhar na complexidade do mesmo. Este fascínio pelo feminino não se limitava apenas à representação visual, mas também se estendia à sua própria identidade como mulher e artista.

Como pretendemos analisar de seguida, Tanning, não apenas convidou à contemplação da complexidade do feminino, mas também desafiou ativamente as estruturas e expectativas que moldavam a experiência das mulheres em sua época.

### ***Exploração da Identidade Feminina***

A identidade feminina foi explorada ao longo de todas as fases da vida e em toda a criação artística de Tanning de uma forma quase exclusiva. Mergulhou em temas como a infância, a adolescência e a vida adulta, principalmente com a maternidade, onde era dada ênfase a esta componente de transição e metamorfose. Esta temática materializava-se com o arrancar dos papéis, a desfiguração do corpo feminino e as portas semiabertas, elementos frequentes nos seus quadros.

Numa das suas obras mais importantes, *“Children’s Game”* (1942) – que se assemelha a uma página de um livro infantil da época – Dorothea Tanning retrata uma cena angustiante que, onde duas meninas estão a remover o papel de parede de uma parede de onde emergem corpos, e o esfíncter de um dos quais, está a engolir o cabelo de uma das jovens, prendendo-a naquele longo e escuro corredor. Provavelmente, nesta obra é onde aparece a maior quantidade de cabelo (tanto na cabeça como na região púbica), representado de forma surrealista, assumindo uma qualidade quase animalésca ou fantasmagórica, constituindo, assim, um elemento simbólico rico, de desafio às

convenções tradicionais de beleza. Por trás da aparência convencional do papel de parede, espreita outro mundo oculto. O que é perturbador sobre estas obras oníricas é a forma é encarado o incerto e indeterminado, obliterando a inocência que a puerícia vê escassear (Balsach, 2019).

### ***Desafio de Estereótipos***

O trabalho de Tanning desafiou consistentemente os estereótipos e ideais tradicionais associados ao gênero feminino. É recorrente obliteração do espaço doméstico, desfigurado e recriado de formas pouco convencionais, desafiando de forma quase satírica o então normativo.

A pintura *Portrait de famille* (1954), uma das suas obras mais impactantes, é uma indubitável crítica ao sistema familiar, onde o homem é consideravelmente maior que as restantes figuras, a mulher é uma figura chamativa, de branco, sem grande vida e a criada apresenta-se quase do mesmo tamanho do cão. Uma obra inquietante, imersa em tons escuros e terrosos, onde a figura principal é um ser imenso e monstruoso (o homem).

A nível pessoal, Tanning sempre se considerou uma pessoa antes de ser mulher ou artista. Pelo que, mais tarde na vida, recusou o termo “female artists” e a participação em exposições exclusivamente para mulheres, como era comum na época (Sanz, 2019).

### ***Fluidez e Ambiguidade***

Ao longo de suas criações, Tanning explora a fluidez e a ambiguidade, utilizando formas pouco convencionais e incorporando a representação de elementos como as portas entreabertas de convite à reflexão, o papel de parede, as peças de xadrez, os tecidos, e as texturas, que funcionam quase como uma extensão do físico, evocando o mundo onírico e psíquico da mulher.

Entre os anos 50 e 60 a pintura abstrata tomou espaço, adotando um estilo livre e fluído, onde surgiram temas como *Insomnies* (1957), *Tourist of Prague III* (1961), *Assez causé* (1962) entre outros. Todos eles usam uma paleta apagada, com tons escuros mas que, apesar de comprometidas com a abstração, não perderam por completo a sua forma e procuram criar sensações tácteis e visuais (Sanz, 2019).

Na escultura, faz uso de formas têxteis suaves que, apesar de não apresentarem qualquer tipo de definição, enchem-se com um carácter mais erótico, que invocam o corpo e onde se adivinham a representação de corpos femininos (Thompson, 2007).

### ***Reflexão Autobiográfica***

O romance autobiográfico de Tanning, “*Birthday*” (1986), oferece um vislumbre das experiências pessoais e reflexões sobre a feminilidade. No livro, ela discute sua própria jornada desde uma jovem de uma pequena cidade em Illinois até se tornar uma artista em Nova York, explorando temas de autodescoberta e independência que são frequentemente associados a narrativas feministas.

Numa das suas mais aclamadas criações, denominada pelo seu marido como “*Birthday*” (1942), Tanning representa-se sobre a forma de uma figura feminina, em pé, que corresponde ao que a artista chama de mulher-totem (simboliza imaginação e seu poder). A mulher é jovem, com os seios a descoberto, traja de roupas shakesperianas, com uma espécie de “enxame liliputiano” e uma figura mitológica aos pés. Tudo isso fornece um certo poder alquímico para a mulher. Já aqui, é possível perceber uma infinidade de portas abertas que representam o enigmático e o poder da imaginação que nos encoraja a olhar além do óbvio e do vulgar.

Embora admita que o trabalho de um artista é, até certo ponto, autobiográfico, ela refere que a sua obra pretende transcender o seu próprio sentido de “eu” (Thompson, 2007).

### ***A Maternidade***

O tema da maternidade persevera na obra de Tanning, onde o primeiro passo é dado com o quadro *Maternity* (1947), conceptualizando-se como a sua primeira e mais conhecida criação artística de alusão à maternidade. Uma porta de madeira surge no primeiro plano, atrás dela, uma mulher com um bebé nos braços, ambos vestidos de branco, acompanhado de uma criatura *quasi* mágica, um cão com rosto humano, frente de uma outra criatura espectral, de cor branca, sem cabeça, sob a sombra de nuvens negras, que pressagiam tormenta (Sanz, 2019).

Uma sensação de angústia e ameaça domina esta obra, sugerindo a perspectiva que Tanning apresentava sobre a maternidade neste momento da sua vida. Constitui, assim, um apelo ao estado de transição em que se encontra a recém-mãe, numa posição “entre vidas” (expressão usada pela própria), onde, o que a espera do outro lado da porta, é a mutação para uma entidade meramente corpórea – ventre e peito – desprovida de cabeça, de capacidades intelectuais, vulnerável a forças externas e destituída do seu próprio sentido de agência (Watz, 2002). Deste modo, *Maternity* (1947), leva ao olhar atento sobre dificuldades vividas pela recém-casada artista, nomeadamente na conciliação da sua liberdade individual, com as expectativas sociais para a maternidade numa era pós-guerra. Nunca chegou a ter filhos e afirmava: “*It would have ruined my life. It’s all right if you’re rich [...] but we were poor*”. No entanto, era frequente a representação do cão como objeto de cuidado.

Posteriormente, outras criações relacionadas ao tema surgiram, no entanto, a negatividade e a ameaça inicialmente presentes, deram lugar a uma aura intimista, de sensibilidade e toque, afastando o isolamento e a angústia que outrora imperavam.

### **A Mulher e as Fronteiras do Surrealismo**

Breton e seus contemporâneos concebiam as mulheres como mediadoras entre o artista homem e o inconsciente, sua musa e objeto de desejo. O papel da mulher no surrealismo entrava em conflito com a necessidade das artistas mulheres por liberdade artística e expressão própria. A mulher era um construto do fetiche surrealista: deformada, desfigurada e manipulada. A fetichização das mulheres pelo surrealismo intensificou a misoginia patriarcal, que Tanning e outras artistas mulheres experimentaram. As mulheres eram representadas como objetos do surrealismo em vez de criadoras do surrealismo. Antes da década de 1970, exposições e textos acadêmicos raramente incluíam mulheres surrealistas em suas análises das obras surrealistas. O foco permanecia nos surrealistas homens, uma extensão da prática histórica de um cânone artístico excludente (Thompson, 2007).

No entanto, as comparações ao seu marido eram frequentes, levando-a a proferir numa entrevista com Barbara Shikler, em 1990, que a sua maturidade como artista havia sido atingida, defendendo-a de qualquer influência artística externa “*When you’re so involved in your own iconography and your own vision, you’re not bothered by what other people are doing, no matter who they are*”.

### **A Psicanálise**

Florescendo após o desenvolvimento das teorias da psicanálise de Freud, o Surrealismo apropriou-se de suas ideias sobre o inconsciente em sua prática. Breton encorajou seus colegas surrealistas a abandonar todas as noções preconcebidas de estilo ou talento e a liberar suas inibições. O surrealismo incentivou a prática do automatismo psíquico.

Na teoria freudiana do fetiche sexual, na qual o fetichista fixa-se na última coisa vista antes do reconhecimento traumático da “castração” da mulher. Assim, o veludo, como substituto para os pelos pubianos, é um fetiche comum, como visto em “*Pincushion to Serve as Fetish*” (1975), de Tanning. O discurso do fetichismo no objeto surrealista oferece uma visão sobre o desejo, produzindo fantasia a partir de objetos encontrados reconfigurados de acordo com os anseios individuais e coletivos. Para os surrealistas, o corpo feminino se apresenta como um local de fetichização (Thompson, 2007). Essa visão das mulheres contribuiu para a negação das artistas mulheres como verdadeiramente autônomas.

### **Considerações Finais**

Dorothea Tanning deixou um impacto duradouro não apenas no mundo da arte, mas também na forma como entendemos a feminilidade e o surrealismo. Sua obra transcendeu barreiras geográficas e temporais, oferecendo uma visão única e provocativa da condição humana, especialmente no que diz respeito à experiência feminina. Ao desafiar os estereótipos de gênero e explorar as profundezas da psique feminina, abriu caminho para uma nova compreensão da arte surrealista, destacando a necessidade de inclusão e reconhecimento das contribuições das artistas mulheres. Sua reflexão sobre a maternidade, sua fluidez artística e sua abordagem psicanalítica oferecem um testemunho poderoso da sua capacidade de reinventar constantemente sua expressão artística e desafiar as fronteiras do convencional. Assim, o legado de Dorothea Tanning continua a inspirar e provocar, convidando-nos a questionar e explorar as complexidades do mundo ao nosso redor.

### Referências Bibliográficas

- Balsach, M. J.(2019). *Visiones desde el Desierto. Las Metamorfosis de Dorothea Tanning*. BRAC: Barcelona Research Art Creation 7 (3), 307-335.
- Doble, F. (2019). Dorothea Tanning: maternity, family and female adolescence. Acedido a 02 de Março de 2024, em <https://www.thegallery.com/post/dorothea-tanning-maternity-family-and-female-adolescence>
- Lundström, A. (2009). *Bodies and Spaces: On Dorothea Tanning's Sculptures*. *Journal of Art History*, 78(3), 121-130.
- Sanz, Z. T. (2019). Dorothea Tanning (1910-2012): *El surrealismo de una mujer multidimensional*. Mestrado em História da Arte. Facultad de Filosofía y Letras, Zaragoza, Espanha.
- The Dorothea Tanning Foundation, Acedido a 04 de Março de 2024, <https://www.dorotheatanning.org/>
- Thompson, L. (2007). *Dorothea Tanning's Pincushion to Serve as Fetish and The Exploitation of Surrealism*. Bachelor of Arts, University of North Texas Denton, Texas.
- Watz, A. (Fev. 2022). *Maternities: Dorothea Tanning's Aesthetics of Touch*. *Association for Art History*, 45, 12-24.



# Paula Rêgo: a sobrevivência através da arte

Maria Pires Cameira<sup>1</sup>, Ana Monteiro Fernandes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde São José; <sup>2</sup> Unidade Local de Saúde Santa Maria

E-mails: mariapirescameira@ulssjose.min-saude.pt, ana.monteiro.fernandes@chln.min-saude.pt

## Resumo

Paula Rêgo é, indubitavelmente, um nome incontornável da pintura portuguesa, cujo legado irá sobreviver ao tempo. Nasceu no país que o pai lhe dizia não ser bom para mulheres. É o símbolo e a força de uma mulher contra o fascismo, a misoginia da arte e a depressão, uma ativista dos direitos das mulheres. Através da arte, lutou contra a doença mental que a deixava “envergonhada”. Para Paula, pintar é um ato erótico, uma autodescoberta, como a sensação de ser possuída pelo desejo. As suas pinturas levantam o véu das suas tragédias distópicas, medos viscerais, fantasias perversas, brutalidades belas e acabam, nas suas palavras, “salvando-lhe a vida”. Em 2007, criou 12 telas que retratavam um período obscuro de depressão, que a deixou perto da morte, escondendo-as durante anos com “medo que a depressão voltasse”. Hoje, são o símbolo da sensibilização “para esta doença horrível”.

**Palavras-chave:** pintura, depressão, feminismo

## Abstract

Paula Rego is undoubtedly an unavoidable name in Portuguese painting, whose legacy will endure over time. She was born in a country her father told her was not good for women. She symbolizes the strength of a woman against fascism, the misogyny of art, and depression, an activist for women's rights. Through art, she fought against the mental illness that left her “ashamed.” For Paula, painting is an erotic act, a self-discovery, like the sensation of being possessed by desire. Her paintings unveil the veil of her dystopian tragedies, visceral fears, perverse fantasies, beautiful brutalities, and ultimately, in her words, “save her life.” In 2007, she created 12 canvases depicting a dark period of depression that left her near death, hiding them for years out of “fear that the depression would return.” Today, they symbolize awareness “of this horrible illness.”

**Keywords:** painting, depression, feminism

## Introdução

A vida e obra de Paula Rego transcendem os limites do pincel, ecoando como um testemunho vigoroso de resistência. Este trabalho tem como intuito explorar o contexto familiar e sociocultural de uma das mais importantes artistas portuguesas, bem como elencar de que forma se associou com o ativismo político, feminismo e a emancipação da sexualidade. Por outro lado, a sua obra impregnada de narrativas profundas e simbolismo vívido, é também o reflexo das suas batalhas internas, angústias e desafios. A sua arte estabelece uma ponte entre compreensão e empatia e é um manifesto visual contra o estigma associado à doença mental.



Figura 1. Paula Rêgo no seu estúdio em Kentish Town, Londres, 1994. Foto de Polly Borland

### A construção da mulher e da artista

Paula Rêgo nasceu em Lisboa, a 26 de janeiro de 1935, três anos após a tomada do poder pelo ditador nacionalista António de Oliveira Salazar. Oriunda de uma família da alta burguesia, de tradição republicana e liberal, com ligações à culturas inglesa e francesa. No ano de 1945, ingressou na St. Julian's School e residiu no Estoril no seu período da infância e adolescência, desde cedo com um enorme talento para a pintura. (Cunha, 2022)

No que concerne ao seu núcleo familiar, Paula descreve uma relação com a mãe fria e distante, que também pintava, representando-a como uma figura severa e austera. Segundo a própria, a mãe era “uma verdadeira vítima da sociedade”, que lhe dizia para se afastar dos homens. Paula começou a pintar aos 4 anos, descrevia-se como uma criança reservada e tímida. A pintura vem desde cedo como forma de contar histórias, o pai (segundo Paula, “um homem com a sua coroa de espinhos”) contava-lhe desde o berço o inferno de Dante e transmitiu-lhe a obsessão por contar histórias. (Willing, 2016)

Paula Rêgo nasce numa nação em plena opressão. A relação entre a ditadura e o papel das mulheres (supostamente castas e dessexualizadas) inclui uma componente erótica muito forte, particularmente nos casos do fascismo italiano e alemão, mas também em Portugal. O Estado Novo vem defender o essencialismo biológico, que justifica a segregação da mulher, vista como “ser menor ou incompleto”, relativamente ao social, às esferas do produtivo e do político. A casa, o lar, é assim iconograficamente representada como o microcosmo da nação, nos termos do regime. (Torres, 2021) Vivia-se num regime fascista, segundo a artista “sem qualquer liberdade de expressão, implacável para as mulheres (...) era uma sociedade extremamente repressiva”. O pai incentivou-a a prosseguir o seu desenvolvimento artístico fora do país e longe do regime salazarista “isto não é um país para mulheres”, em 1952, aos 17 anos, partiu para Londres, onde estudou na Slade School of Fine Art. (Willing, 2016)

Em Londres, conheceu vários artistas, destacando-se o seu futuro marido, o britânico Victor Willing (1928-1988), que tanto admirava. Victor Willing representa, desde o início da formação académica de Paula Rego, a sua referência tutelar, a ligação mais imediata ao panorama artístico da época. Casaram-se em 1958 e tiveram 3 filhos, viveram em Portugal até aos anos 70, tendo retornado a Inglaterra por problemas financeiros. (Cunha, 2022)

### Ativismo Político e Luta Contra o Regime

Em Portugal, apesar de ter sido um período de agitação política, cultural e social, os anos 70 foram caracterizados por uma sociedade artística ativa, mas as mulheres continuavam presas às condicionantes sociais (dificuldade de acesso ao ensino artístico e de viajar, carreira profissional e responsabilidade familiar). Todavia, conquistaram um papel de destaque no panorama artístico, até então de um modo geral ignoradas pelos historiadores de arte. (Torres, 2021)

Paula Rêgo foi desde sempre ativista em relação à vida política ibérica, retratou em inúmeros quadros os regimes fascistas e opressores do regime salazarista e das políticas de Franco. Desde a crueldade sobre o povo, a mediocridade do totalitarismo e o exercício abusivo do poder, as metáforas e simbolismo da sua obra, traziam críticas mordazes e necessárias. (Oliveira, 2014)

### Feminismo e Sexualidade

Paula Rêgo foi a mulher-artista escolhida como âncora e simultaneamente gatilho para o tema do feminino. Nas plurais e ricas expressões entrelaçadas ao longo da sua vida e obra – menina, filha, mulher, amante, artista, mãe, imigrante. (Ferreira, Melícias, & Marta, 2021)

Segundo Paula Rêgo, “a mulher tem de ter força para soltar e morder os homens, porque ela está presa” – retratando-as enquanto símbolo de decisão da ação, numa crítica à submissão às figuras de suposto poder político e social. Falava abertamente dos temas da



Figura 2. “O impostor” (1964) Paula Rêgo – pintura a óleo e técnica mista sobre tela

sexualidade e liberdade relacional, dos vários relacionamentos que tanto ela como o marido tiveram ao longo do casamento “toda a gente dormia com toda a gente, tinha amantes, toda a gente tinha”. Destilou muitas traições, amores e desamores através da sua arte, que escorria sobre a sua própria vida. Quando se casou “estava muito feliz e essa energia vinha para o meu trabalho, tudo muito visceral, sexual, motivos sexuais e bebês”. Esta época está marcada por períodos de grande e incessante produtividade. O seu legado é profundamente carnal e erótico, para a artista “o sexo tem de estar presente em tudo (...) tudo é erótico, porque o trabalho é erótico em si mesmo (...) pintar quadros é como ser um homem, pelo impulso e pela postura (...) a beleza é grotesca”. (Willing, 2016)



Figura 3. “The wedding guest” (1999) – Paula Rêgo  
– óleo sobre tela

### A Luta pela Legalização do Aborto

Como tantas outras mulheres do seu tempo, a artista nunca escondeu ter realizado vários abortos de forma clandestina, para tal apontou em entrevista o papel da “falta de contraceptivos e os homens não se importavam (...) o problema de ser marginalizada enquanto mãe solteira”. Em 1998, Portugal foi palco do primeiro referendo que visava à legalização do aborto. O resultado negativo em função da parca participação popular foi o motor eminente para que Paula Rego produzisse uma das séries mais impactantes da sua obra. Com o nome “Sem Título”, é composta por dez quadros em que o público é convidado a “desvendar” o tema, à luz do segredo e tabu que envolvia a experiência do aborto. Desenhou mulheres jovens em angústia mental e física de procedimentos ilegais.



Figura 4. “Mulher-Cão” (1994) Paula Rêgo – pintura a pastel

Algumas das mulheres representadas ainda estão em uniformes escolares; muitos olham corajosamente para o espectador. Embora os seus corpos e rostos estejam contorcidos de dor, permanecem desafiantes. (Lemos, 2020) Enquanto feminista e ativista pelos direitos das mulheres, esta série teve um grande impacto na sociedade portuguesa, um gesto de protesto contra a crueldade: “fi-lo para que as pessoas fossem votar (...) nunca tive medo do governo, por causa do quanto as mulheres sofriam e o quanto injusto era”. (Willing, 2016) Paula Rego disse ao Guardian em 2019, “se fosse rica, era mais fácil encontrar uma maneira segura de fazer um aborto, geralmente noutro país. As mulheres pobres foram massacradas.” E acredita-se que uma grande influência para o referendo que aprovou a legalização do aborto em 2007. (Judah, 2022)

### A saúde mental e o estigma

Paula Rêgo, mulher-relâmpago e exemplo de revolta através da arte, teve um percurso de vida pautado por grandes desgostos e muitas oscilações na sua saúde mental, que a assombraram e também inspiraram. Segundo a própria, “sempre sofri de depressão, mesmo desde pequena, medo de tudo, medo dos professores, medo de tudo (...)”. Encara o ato da criação como um casamento “com os meus quadros, sinto-me muito melhor, é como um exorcismo, sinto-me aliviada, o medo e a raiva vai para o quarto, o trabalho ajudava com a depressão (...) o trabalho é a coisa mais importante da vida”. A par de vários períodos pautados por estados depressivos, admitiu também uma vivência abusiva com o álcool, segundo Paula Rêgo, “bebia muito vinho tinto nestas alturas, o meu pai dizia larga a garrafa e pega no pincel”. A

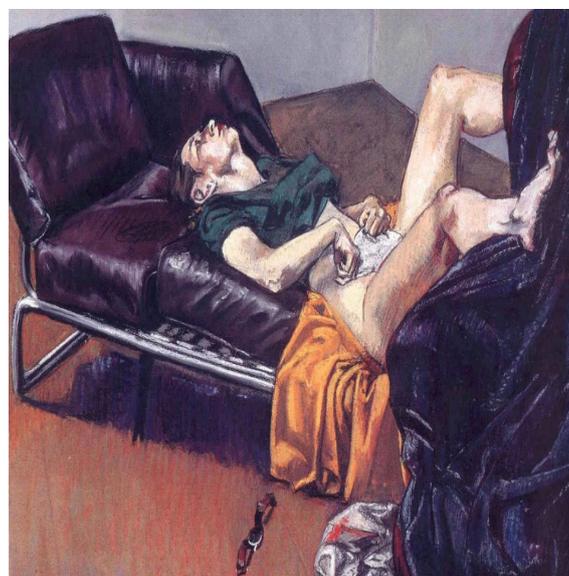


Figura 5. “Sem Título”: Paula Rêgo (1999) óleo sobre tela

artista realizou as mais variadas terapias, décadas de psicanálise Junguiana e pintava como forma de sobrevivência e cura até ao fim. Por vezes, usava contos infantis como mote, que se iam tornando muito pessoais, outras vezes pintava os seus demónios de forma dolorosamente direta. Entre 2006 e 2007, teve de novo um episódio depressivo grave e pintou a “Depression Series”, que escondeu durante uma década até à exposição na galeria Marlborough Fine Art. Para a artista “eu estava a tentar escapar da depressão através da pintura. Mas na altura não queria que as pessoas os vissem porque me sentia envergonhada de estar tão deprimida. Por isso escondi-os, com medo que, se os pusesse à vista, a minha depressão voltasse”. Confessa a sua fragilidade, vulnerabilidade e o grande estigma da sociedade (e dela própria) para a doença mental que a deixou perto do abismo e morte. Fechou-os a sete chaves numa gaveta durante uma década. Mais tarde, “concordei em expô-los para sensibilizar para a doença horrível”, sendo um dos maiores símbolos de personalidades públicas a desmistificar e pôr a nu a depressão, como um grito de alerta e de consciencialização. (Rix, 2017) (Willing, 2016) Paula “Gostava de ser outra pessoa, mas não sou”. Deste modo, a criação artística é a concretização dessa possibilidade. Como Paula Rego afirma “Somos nós que o fazemos porque somos nós que temos a mão para o fazer. Mas um quadro é uma coisa completamente separada de nós”, de pintar “aquilo que dói, magoa”, as transgressões advindas quando uma história “não sai como a história que a gente vê à partida” e é, assim, também uma arma. (Ribeiro, 2016)



Figura 6. “Sem Título”: Paula Rêgo (1999) óleo sobre tela



Figura 7. “Depression Series” Paula Rêgo (2007), pastel sob papel

### Legado e Morte

Paula Rego trabalhava incessantemente, a sua saúde e a sua vida dependiam disso, e quando a inspiração desaparecia, era mergulhada numa profunda tristeza. Algumas das suas obras mais sensíveis e comoventes, uma série chamada Misericórdia, foram criadas em 2001; inspiradas indiretamente pelo magnífico romance de Benito Perez Galdos sobre mendigos em Madrid, retratava idosos e frágeis a serem cuidados ternamente; os doentes são pequenos, como crianças novamente, enquanto os cuidadores se erguem, gigantes, um retrato do seu próprio envelhecimento e debilitação física. Em 2009, é fundado, em Cascais, um museu com o reconhecimento da sua obra e marido, no entanto para Paula, não era um museu, mas sim uma “Casa de Histórias”, que representava um espaço “divertido, desprezioso, vivo, cheio de alegria e de muitas doenças”. Recebeu inúmeros reconhecimentos ao longo do seu percurso como o Prémio Turner em 1989, o Grande Prémio Amadeo de Souza-Cardoso em 2013, o Grã-Cruz da Ordem Militar de Sant’Iago da Espada em 2004. Em 2010, recebeu da Rainha Isabel II a Ordem do Império Britânico com o grau de Oficial, pela sua contribuição para as Artes. Em 2011 recebeu o doutoramento Honoris Causa da Universidade de Lisboa. E em 2019, recebeu a Medalha de Mérito Cultural do Governo de Portugal, entre muitos outros. (Ribeiro, 2016)

Paula Rêgo morreu serenamente a 8 de junho de 2022, aos 87 anos, na companhia dos seus 3 filhos, em Londres. (Casa das Histórias da Paula Rêgo, 2024)

### Considerações finais

Paula Rêgo é um exercício de feminismo e feminilidade. A mulher que ama intensamente a vida, conseguindo, simultaneamente, discernir beleza no que a vida pode ter de grotesco e brutal, sem filtro. É uma manifestação das reinterpretações anatómicas na arte contemporânea e cria novas concepções sobre o corpo. Paula Rêgo pintou para combater a injustiças, em que as histórias são formas de preencher, de aliviar o medo. Transmitiu uma profunda empatia pelos seus temas, criando um legado duradouro que continua a inspirar e provocar reflexão.

### Referências

- Casa das Histórias da Paula Rêgo*. (03 de 2024). Obtido de <https://casadashistoriaspaularego.com/>
- Cunha, S. S. (2022). Paula Rêgo (1935-2022), de “criança solitária” e tímida a referência mundial das artes. *Visão*. Obtido em Março de 2024, de <https://visao.pt/actualidade/cultura/2022-06-08-paula-rego-de-crianca-solitaria-e-timida-a-referencia-mundial-das-artes/>
- Ferreira, L. A., Melícias, A. B., & Marta, R. (2021). O Feminino nas “Histórias e Segredos” de Paula Rêgo. *Revista Portuguesa de Psicanálise* 41.
- Judah, H. (2022). ‘These women are not victims’ – Paula Rego’s extraordinary Abortion series. *The Guardian*. Obtido em Março de 2024, de <https://www.theguardian.com/artanddesign/2022/jun/09/women-not-victims-paula-rego-extraordinary-abortion-series>
- Lemos, Y. L. (2020). AbortArte: Paula Rego, aborto, arte, política do corpo. *Revista de Psicanálise Stylus*.
- Oliveira, A. S. (2014). A Evolução Pictórica na Obra de Paula Rego Décadas de 60, 70 e 80. *Dissertação de Mestrado em História da Arte – FCSH*.
- Ribeiro, A. M. (2016). *Paula Rego por Paula Rego*. Portugal: Temas e Debates.
- Rix, J. (2017). “All about my mother: the demons of Paula Rego – by her son”. *The Guardian*. Obtido em Março de 2024, de <https://www.theguardian.com/artanddesign/2017/mar/09/all-about-my-mother-the-demons-of-paula-rego-by-her-son>
- Torres, G. (2021). Paula Rêgo – um olhar sobre a figura humana. *Centro de Investigação e de Estudos em Belas Artes, Faculdade de Belas-Artes, Universidade de Lisboa*.
- Willing, N. (Realizador). (2016). *Paula Rego: Histórias e Segredos* [Filme].



# A beautiful tragedy: the coming of age of Oksana Skorik

Nair Martins Seixas, João Silva

Unidade Local de Trás-os-Montes e Alto Douro

E-mails: [nair.f.v.martins.seixas@gmail.com](mailto:nair.f.v.martins.seixas@gmail.com), [jprsilva@chtmad.min-saude.pt](mailto:jprsilva@chtmad.min-saude.pt)

## Abstract

A Beautiful Tragedy, documentary by David Kinsella, drags us through the ruthless claws of the Ballet world, in the making of Mariinsky Ballet's Prima Ballerina Oksana Skorik. Born to an absent father and a demanding mother whose dream of becoming a ballerina fell apart, was soon was schooled in the authoritarian Russian method that gave rise to her troubled relationship with food and her body.

Anorexia Nervosa is an eating disorder characterized by a marked cognitive and emotional distortion of body image, anchored in an obsession with thinness and utter fear of becoming large. Family dynamics and parenting styles have historically been regarded as contributors to its aetiology. High parental demands and criticism appear quite specifically associated with eating disorders, which Oksana seems to impersonate.

This work intends to be a reflection on the importance family dynamics on the aetiology of Anorexia Nervosa, legitimating its consideration in the rehabilitation process.

**Keywords:** ballet, eating disorders, anorexia nervosa, coming of age

A Beautiful Tragedy, a 2008 documentary by David Kinsella, drags us through the ruthless claws of the Ballet world, in the making of Mariinsky Ballet's Prima Ballerina Oksana Skorik and her thriving though a troubled relationship with food and her body, with roots delving way deeper into her most primal bonds. This work intends to be a reflection on the importance family dynamics on the aetiology of Anorexia Nervosa, legitimating its consideration in the rehabilitation process.

Oksana (Mariinsky Theatre's Company Ballet Soloist's biographical notes) was born in Kharkiv, Ukraine, in 1989, to an absent father and a mother whose dream of becoming a ballerina fell apart, soon deciding her daughter would fulfill it. Since she was a mere toddler, her mother would spread her legs in splits, intending to shape them in such a way that made Oksana worthy of, at the age of 4, an attempt of deliverance to the Perm School of Ballet. In spite of initially being refused out of being too young, she was brought there again to board in the exact day of her 5<sup>th</sup> birthday, and attend and live until her graduation at 18 years of age.

The documentary follows Oksana along her 15<sup>th</sup> year of life, depicting her journey of Ballet schooling through an authoritarian Russian method, the interpersonal bonds she so hardly established and innermost thoughts on her troubled relationship with food and her body, away from home and longing for her mother.

Every start of a new school year would dreadfully welcome long months of a reclusive life of hardship, grief and solitude. In Perm, the days started early and died too late, filled with the endeavor of delivering an intangible perfection through shouting, insults and the incitement of a feral competition. Not seldom, even physical punishment would shake those fragile bodies. The fear, present in these girls' agonizing gaze of despair, was a powerful reason to endure. In defiance of this tyrant force, there was not a supporting union against it. Oksana was a devoted, but also unusually gifted student, and hence, very lonely. Her peers would only seek her if there was gain at stake, and she would conversely only trust the one that did not pose a threat, mostly secluding herself, what all the others seemed to perpetrate by excluding her.

In spite of never assuming the shape of a primal desire, yet probably the only one she has ever known by being thrown to swim into and all the pain caused by it, Oksana would see Ballet as a "drug" and "from another world, that of the sacred", and therefore worth of all the sacrifices, from the exhaustion of work to the starvation of her 1,65 m tall and 38 kg heavy body. All students were aware of the fact their proportions could lessen their value and hinder their future, and Oksana was no different. She was there on a mission, even though it was someone else's.

At some point, however, the grip on this was lost. "Getting by on a mouth full of spit" left Oksana bedshaped, cold and pumping at 75/45 mmHg. The teachers that once pushed that ungodly figure were now advising on "just a little bit" weight gain, not out of concern about Oksana's health, but of fear of being held responsible for her demise.

Oksana's diary, in the form of letters to her beloved mother, was her most loyal companion, a receptacle for the cruelty of her feelings and the yearning of her longings in a way of a purge. It was for her she was putting herself through the sadism of those torments, and her love the only and uttermost reason to keep getting out of bed until the closing of the cycle, one that she so rigidly assumed not being able to break.

Between the diary's heart wrenched pages she would also collect the chocolate wrappers she earned as prizes. Food had this double facade of simultaneously being the viscerally craved substrate of fantasies, yet evicted as a tainting, guilt summoning, sin. Oksana would find solace in reminding herself of all the treats she could have under her mother's wing, a thought that was, until she got home, the only comfort mitigating the disgruntlement and consumption of hunger.

According to Natalia Moiseyeva, teacher at Perm, pursuing a career in Ballet implies "masochistic tendencies", since it is always a painful, sacrificial and, for the great majority, unwarranting path, in spite of the ecstatic rapture of performance. Ballet dancers are hardfully demanding on themselves and others, pushing through extraordinary standards, and therefore unable to appreciate their achievements. The sensibility to this idiosyncratic aspects, with the reflexive importance attributed to the dancers physical, mental and emotional well-being, and the use of understanding nurture and positive reinforcement seemed to explain Moiseyeva's better resonance and results with the students, in contrast with the menacing coldness of older teachers' despotism.

Oksana saw "Love in every Ballet", but did not love any of what her dancing delivered, even when her "God-given legs" were able to render the best grade of the class. She was "fat and unfit" and there was nothing she could wish or hope for anymore, as a pending slow, imposed death.

Anorexia Nervosa (Oyebode, 2018; Treasure, 2020) is an eating disorder characterized by a marked cognitive and emotional distortion of body image, anchored in an obsession with thinness and utter fear of becoming large, mobilizing several methods to avoid it. The concomitant presence of a self warranted low weight concedes Oksana this diagnosis.

This diseases' prevalence around 1% (Machado, 2007; Micali, 2013) has remained stable, however, associated with a considerably high mortality around 10 to 15%, given the its considerable physiological impact, which our main character has experienced in her middle adolescence, correlating with the apparent enhanced risk of the disease from the 15<sup>th</sup> to the 30<sup>th</sup> year of age (Hudson, 2007), a critical developmental period of physiologic and psychosocial change that may present as precipitating these dynamics (Striegel-Moore, 2007). A particularly significative prevalence of the disorder also seems to be found in certain clusters, being one of them ballerinas (Ravaldi, 2003; Swami, 2012). It is, however, uncertain, if the disease sprouts from the peer pressure towards a certain figure and resulting competition, or there is a bias towards an individual propensity to select this sort of activity.

The aetiology of the disorder appears multifactorial (Kaye, 2009) in its nature, in a sense in which there is a constitutional vulnerability terrain that is wrought by the environment: the genetic patrimony may give rise to the pre-morbid predisposing biological and psychological characteristics, which, in a social context that generates epigenetic changes, dynamically interact, ecloding and maintaining the disease.

Experienced adversity, such as neglect, abuse or trauma, as in socially shunning forms of which bullying, particularly when aimed at weight, body shape or eating habits; is an example, is positively associated with the development of eating disorders (Jacobi, 2004; Jacobi, 2011), and could be respectfully observed in Oksana's childhood, under the care of an abandoned single mother; and adolescence, oppressed under Perm School of Ballet's autocratic ways and the hostility of her peers.

Personality idiosyncrasies, namely perfectionism, negative bias and troubled interoception, serve as a background is front of which the disorder play is represented. Adding to its colours, arise deranged and dysfunctional neuropsychological gimmicks of positive and negative valence systems, cognition, social processing, hedonic mechanisms and reward processing and emotional regulation; inextricably linked to events from the life path and family ecostructure of these individuals. Therefore, distorted perceptions of the self regarding not only appearance, but also its concept on itself are too observed in addition to the disorder's core psychopathological attributes.

These altered mechanisms may result from nutritional deprivation, however, they also seem to present as the primal base of the disease on itself, arising from its genetic and neurostructure and function where those abnormal mental processes and personality traits have their roots.

In Anorexia Nervosa, negative emotions are very common, usually in the shape of mood, namely depressive (94%) or anxious symptoms (50%) reflecting primary aspects of the disease or developing secondarily to the previous organic or psychopathological processes that gave to it rise in the first place (Wildes, 2012) and seem to

be directly correlated with the state of malnourishment (Kaplan, 1987; Soares, 2013). Oksana's stringency and low self-esteem threw her in a state of labile, irritable and even depressive mood, obsessing about food and promoting isolation in a perpetuating, self-fulfilling prophecy. The presence of alexithymia, a difficulty in verbalizing feelings, emotions and body sensations, seems to correlate with the characteristic psychopathology (Mannarini, 2022), as well as cognitive rigidity, a tendency to a negative self evaluation and an exacerbated sensitivity to the external one (Mendelson, 2002; Tchanturia, 2011); and perhaps explain many of Oksana's interpretations, attitudes towards mentors and failed bonds with peers.

Family dynamics and parenting styles have historically been regarded as contributors to the aetiology of eating disorders, an influence that has already been documented two centuries ago (Charcot, 1889). Several mechanisms of familiar dysfunction have been proposed (Minuchin, 1975) as a background to such:

- Agglutination, defined by an excessive involvement of family members in each other's lives, with poor differentiation and self perception as a singular individual and its attributed roles in the family ecosystem; a fact notorious in the way Oksana's mother imposed her a life path from birth;
- Overprotection, from parent to child, but also from child to parent; as observed in Oksana's sublimation and utter devotion to her mother's desires;
- Rigidity, with a significant preoccupation with the maintenance of conventional roles through rigid patterns of symmetrical relationships and avoidance of colligations (Selvini Palazzoli, 1977) and appearances; as Oksana would behave with her peers; with the undertaking of a happiness, or, at least, deceitful facade with the aim of concealing latent conflict (Bruch, 1975); and, as follows,
- Conflict avoidance, with lack of conflict resolution, or conversely, implication of the child by centralization (Selvini Palazzoli, 1977), colligation, triangulation, disconsideration or withdrawal.

Parental bonding was regarded as suboptimal by most patients with Anorexia Nervosa (Minuchin, 1975), and, interestingly, both careless and overcontrolling parental styles were found to be recalled by these patients' parents, in particular by the fathers (Balottin, 2017).

Regarding the mothers, there has already been advanced in literature the hypothesis that significant levels of externally oriented perfectionism in the female progenitor, substantiated in a more deterministic attitude towards the child, might have a role in the breeding of the disorder (Santos, 2012), and this was blatant in Oksana's mother. Perfectionism on itself seems to be a heritable and predisposing trait to several psychiatric conditions, one of them being Anorexia Nervosa (Macedo, 2002; Macedo, 2007; Macedo, 2013; Maia, 2009; Soares, 2011).

In fact, perceptions of greater rejection, overprotection and less warmth from the ancestors seem to prevail in these patients, with which the feelings of ineffectiveness, perfectionism and ascetism, like the ones that seemed to haunt Oksana, are associated. An inverse correlation between body dissatisfaction and paternal emotional care has also been found in the literature (Herraiz-Serrano, 2015) what may provide relevance to the impact of Oksana's father absence.

In addition, experiencing high parental demands and criticism appears quite specifically associated with eating disorders as to which the familial loss and disruption contribute, in spite of in a less specific fashion (Grogan, 2020). Oksana seems to impersonate this aspects, despising her distant father's name and bowing to her enforcing mother selfish bidding, embedded in the tyrant, hostile environment in which her eating disorder ended up blooming in a way that, somehow, even favoured her thriving.

It is not certain, however, if these aspects have been present in the brewing of the disorder or emerge as a reflexive coping style to the condition, that, as disgruntling as it is, legitimates at least the consideration of family interventions in the rehabilitation process (Roma Torres, 1986). The withdrawal from the parents, "Parentectomy" (Moura, 1947; Silverman, 1997), as proposed, is still a core feature in current treatment models.

The path of rehabilitation is one that demands significant personal, familial and clinical investment, and tends to be long, tortuously full of setbacks, and very often incomplete. It is, however, worth the opportunity of restitution of the self to a life with more quality, interpersonal bonds, improved social functioning and overall dignity.

Oksana graduated 2 years after, being offered a contract with the Mariinsky Ballet, where she danced as a *coryphée* until being promoted to First Soloist in 2012, and then to Prima Ballerina in 2015 (Mariinsky Theatre's Company Ballet Soloist's biographical notes).

Oksana Skorik's insights into the brutality of what she has been through led her to recognize how sick she was and the need for developing self acceptance and recognizing her personal deeds and multiplicity of fulfilling roles available for her to perform. She is now herself mother of the vessel of hope that is her boy. And, even though she

takes a great deal of bliss from her own mother's pride, she also seems to find the greatest reward in how "suffering forms an individual".

## References

- Ballet, Sweat and Tears*. (2013). Russia: RT Documentary.
- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., & Balottin, U. (2017). *The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring*. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 319-327. <https://doi.org/10.2147/NDT.S128418>
- Bruch, H. (1975). Obesity and anorexia nervosa: psychosocial aspects. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 9(3), 159-161. <https://doi.org/10.3109/00048677509159842>
- Grogan, K., MacGarry, D., Bramham, J., Scriven, M., Maher, C., & Fitzgerald, A. (2020). Family-related non-abuse adverse life experiences occurring for adults diagnosed with eating disorders: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 8, 36. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00311-6>
- Herraiz-Serrano, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Latorre-Postigo, J. M., Rojo-Moreno, L., & Vaz-Leal, F. J. (2015). Parental rearing and eating psychopathology. *Actas españolas de psiquiatria*, 43(3), 91-98.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological medicine*, 41(9), 1939-1949. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002631>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19-65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Kaplan, A. S., & Woodside, D. B. (1987). Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(5), 645-653. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.5.645>
- Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(8), 573-584. <https://doi.org/10.1038/nrn2682>
- Kinsella, D. (2008). *A Beautiful Tragedy*. Norway.
- Macedo, A. (2013). *Ser Ou não Ser Perfeita: Perfeccionismo e Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Macedo, A., Pinto de Azevedo, M. H., Pocinho, F., Soares, M. J., Dourado, A., Campos, C., Domingues, O., & Pato, M. (2002). Perfeccionismo – uma dimensão fenotípica comum aosfenómenos obsessivos e distúrbios alimentares? *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 163-174.
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 296-304. <https://doi.org/10.1002/erv.735>
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *The International journal of eating disorders*, 40(3), 212-217. <https://doi.org/10.1002/eat.20358>
- Maia, B. R., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Cabral, A., Valente, J., Bos, S. C., Pato, M., Pocinho, F., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Revista brasileira de psiquiatria* (São Paulo, Brazil: 1999), 31(4), 322-327. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009005000004>
- Mannarini, S., & Kleinbub, J. R. (2022). Parental-Bonding and Alexithymia in Adolescents with Anorexia Nervosa, Their Parents, and Siblings. *Behavioral sciences* (Basel, Switzerland), 12(5), 123. <https://doi.org/10.3390/bs12050123>
- Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 31(3), 318-323. <https://doi.org/10.1002/eat.10011>
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5), e002646. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>

- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of general psychiatry*, 32(8), 1031-1038. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260095008>
- Moura, E. (1947). *Anorexia Mental*. Coimbra: Acta Universitatis Conimbrigensis.
- OXANA SKORIK. (2024). Accessed on the 24<sup>th</sup> of February of 2024, in <https://www.mariinsky.ru/en/company/ballet/soloists/principals/baleriny/skorik1/>
- Oyebode, F. (2018). *Sims' symptoms in the mind: textbook of descriptive psychopathology*. Elsevier.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G. F., & Prata, G. (1977). Family rituals a powerful tool in family therapy. *Family process*, 16(4), 445-453. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1977.00445.x>
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., Murciano, L., Rotella, C. M., & Ricca, V. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, 36(5), 247-254. <https://doi.org/10.1159/000073450>
- Roma-Torres, A. (1986). *Anorexia Nervosa e Perturbações Afins do Comportamento Alimentar: Estudo Clínico Evolutivo*. Tese de Mestrado em Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Santos, T. (2012). *Estudo familiar do perfeccionismo em doentes com perturbações do comportamento alimentar*. Masters Degree Dissertation from the Faculty of Medicine of the University of Coimbra.
- Silverman, J. A. (1997). Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 21(3), 295-298. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199704\)21:3<295::aid-eat10>3.0.co;2-#](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199704)21:3<295::aid-eat10>3.0.co;2-#)
- Soares, M. J. (2011). *Perfeccionismo e Comportamentos Alimentares*. Porto: Norcópia.
- Soares, M. J., Macedo, A., & Azevedo, M. H. (2013). *Sleep disturbances and eating behaviours in undergraduate students*. In: V. R. Preedy, V. B. Patel & L. A. Le. *Handbook of nutrition dietand sleep*. Netherlands: Waningen Academic Publishers.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *The American psychologist*, 62(3), 181-198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Swami, V., & Szmigielska, E. (2013). Body image concerns in professional fashion models: are they really an at-risk group? *Psychiatry research*, 207(1-2), 113-117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.009>
- Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PloS one*, 6(6), e20462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020462>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 395(10227), 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C., Dapelo, M. M., & Psychol, M. C. (2012). Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: an experimental study. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 876-882. <https://doi.org/10.1002/eat.22020>



# Identificação do texto:

## Lobotomia em mulheres: o lado negro da história da psiquiatria

Patrícia Abreu<sup>1</sup>, Teresa Rocha de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Júlio de Matos; <sup>2</sup>Hospital de Cascais

E-mails: patriciaabreu@chpl.min-saude.pt; teresa.rocha.oliveira@hospitaldecascais.pt

### Abstract

The term “psychosurgery” refers to an invasive treatment for mental disorders. In 1935, Egas Moniz coined the term prefrontal leucotomy, hypothesizing that the surgical removal of white matter from the frontal lobe would improve the underlying conditions of patients, the lobotomy.

Generally, lobotomies were performed under the pretext of being the only method capable of relieving the suffering of chronically hospitalized patients with no other effective therapies available. However, despite most institutionalized individuals being men, the largest part of people subjected to lobotomies were women.

It was expected of women to be calm, cooperative, and actively involved in domestic activities. Lobotomy would therefore allow the remission of symptoms, turning the patients more docile and compliant. However, they would become passive beings, devoid of spontaneity or identity.

Thus, the disproportionate use of psychosurgery in women reflects the gender bias that continues to influence medical decisions to the present day.

**Keywords:** woman, leucotomy, lobotomy, psychosurgery

### Introdução

Psicocirurgia foi um termo cunhado em 1936 pelo neurologista português Egas Moniz, criador da leucotomia pré-frontal, motivo pelo qual recebeu o prémio Nobel em 1949. Trata-se da separação de fibras de matéria branca cerebral na região pré-frontal para tratamento psiquiátrico e recuperação social dos doentes.

As lobotomias ganharam popularidade entre os anos 40 a 50 como tratamento de várias perturbações mentais e eram realizadas rotineiramente tanto em homens como em mulheres.

Tratava-se de uma época pré-medicação neuroléptica, em que os asilos psiquiátricos se encontravam sobrelotados, com carência de recursos humanos e subfinanciados. Assim, a lobotomia adotou o objetivo de libertar os doentes da desesperança do niilismo terapêutico e da probabilidade da institucionalização *ad eternum*.

Apesar da maioria dos utentes institucionalizados nos asilos serem homens, a maior parte das pessoas sujeitas a uma lobotomia foram mulheres. A discussão este notável viés de género será o objetivo do presente trabalho.

Encontram-se vários sinónimos para o termo “psicocirurgia”, inicialmente cunhado por Egas Moniz, nomeadamente e também por ele usado, o termo “leucotomia pré-frontal”. Em várias referências encontramos ainda o termo de “cirurgia cerebral” ou “lobotomia”. Este último foi popularizado nos *media*, motivo pelo qual foi utilizado para o título do presente trabalho.

Portanto, a leucotomia pré-frontal trata-se da separação da região pré-frontal orbitomedial do tálamo e gânglios, o que corresponde simplisticamente à separação de fibras de matéria branca cerebral, com o objetivo inicial de servir como tratamento para o que eram na altura denominadas “neuroses” e permitir a recuperação social do indivíduo. Mostrou efeitos tanto na função intelectual como na personalidade, sendo que, alegadamente, aliviaria sintomatologia como insónia, tensão nervosa, apreensão e ansiedade. Os doentes ficariam, portanto, mais confortáveis e mais dóceis. Tal como mencionado por Walter J. Freeman, “Todos os pacientes perdem algo através desta operação. (...) Alguns espontaneidade, outros brilho.” (Tone, 2018).

As indicações para a realização da leucotomia seriam, na verdade, a presença de uma alargada variedade de doenças, incluindo as do for mental, mas também outras doenças médicas não-psiquiátricas. Mostrou sobretudo evidência para sintomas como a ansiedade, pensamentos obsessivos e ideação suicida. No entanto, conforme se apura, considerou-se desfavorável para a existência de sintomas psicóticos como alucinações, ideação delirante, desorganização do pensamento e heteroagressividade nesse contexto. Foram ainda reportados casos em que teria sido indicada para condições extremas de dor resistente à terapêutica, colite ulcerosa e doença ulcerosa péptica

(Terrier, 2019). Deve-se notar que estes últimos dois exemplos seriam considerados na época doenças psicossomáticas, isto quer dizer, doenças cujos sintomas somáticos possuíam uma origem psicológica e não orgânica. Ainda assim, esta hipótese veio a ser futuramente refutada.

A lobotomia corresponde, portanto, a uma técnica cirúrgica que acabou por ter duas abordagens – a radical (também denominada de clássica) ou parcial. A técnica clássica corresponde àquela originalmente demonstrada pelo Dr. Egas Moniz, como referido anteriormente, juntamente com os conhecimentos e *expertise* do neurocirurgião Dr. Almeida Lima. Passa-se a explicar: após uma incisão cutânea inicial, procedia-se à perfuração bilateral da calote craniana, de forma a inserir um aparelho denominado de “leucótomo”, uma vez que era este que realizava a cisão da matéria branca. Já a técnica parcial foi inicialmente desenvolvida por Dr. Walter J. Freeman, neurologista dos E.U.A., também em conjunto com o seu parceiro neurocirurgião Dr. James Watt, denominando-a “leucotomia de precisão” pela suposta dissecação mais completa e simplificação cirúrgica. Distintivamente, procedia-se através uma abordagem inicial com a perfuração interna e invisível do teto da órbita (Lichterman, 2022). Posteriormente, foram ainda desenvolvidas outras técnicas parciais semelhantes. Designadamente, as primeiras experiências realizaram-se com cocaína, as quais evoluíram subsequentemente para a infiltração pré-frontal com solução salina, que até seria realizada várias vezes ao dia. De mencionar também a técnica através do uso da eletrocoagulação e também a utilização de irídio-194 (Terrier, 2019).

O período pós-operatório destes indivíduos era particularmente caracterizado por estados de confusão aguda, alterações do estado de consciência, apatia e abulia marcada que supostamente se resolveriam rapidamente (entre uma semana a um mês). Alguns registos reportaram sintomas locais como os parestesia e prurido na região da incisão, sensibilidade à luminosidade e ao som (até mesmo foto e fonofobia) e ainda outros sintomas inespecíficos como risos imotivados, respostas eróticas inapropriadas, incontinência emocional ou um estado de apatia irreversível. Uma parte significativa dos doentes submetidos a este procedimento desenvolveu fobia específica a agulhas (Ogren, 2000). Por estes e outros motivos, a generalidade dos doentes necessitou de acompanhamento em psicoterapia de forma a reintegrar o seu novo estado pós-cirúrgico em processos de reinserção social e também de maneira a melhorar a capacidade de pensamento abstrato.

As complicações mais frequentemente reportadas durante e após a cirurgia seriam eventos como hemorragia cerebral, abscesso cerebral, epilepsia e/ou convulsões, cefaleia crónica, síndrome frontal caracterizada pela ausência de motivação, dificuldades em funções executivas de planeamento, alterações no comportamento social e na produção do discurso e linguagem), alterações da vivência e manifestação dos afetos e da personalidade, demência e mesmo morte em 5% dos casos, segundo algumas fontes (Caruso, 2017).

### Uso na saúde mental

Tal como previamente mencionado, a leucotomia pré-frontal ganhou sobretudo popularidade entre os anos de 1940 a 1950, como tratamento para uma grande variedade de perturbações mentais. Durante este período, as lobotomias eram realizadas rotineiramente tanto em homens como em mulheres, chegando a ser reportados 60.000 casos entre 1936-1954 em todo o mundo (Lichterman, 2022).

Esta época tratou-se de uma época pré-medicação neuroléptica. Os neurolépticos, como a clorpromazina, que revolucionariam o tratamento psiquiátrico, só foram introduzidos na década de 1950. Por outro lado, os asilos psiquiátricos da época enfrentavam sérios desafios: estavam superlotados e, muitas vezes, com condições precárias. A falta de recursos humanos qualificados, a ausência de terapias eficazes e o financiamento inadequado contribuíram para um ambiente onde a lobotomia era vista como uma alternativa prática para lidar com pacientes considerados difíceis ou incuráveis (Tone, 2018).

A lobotomia adotou o objetivo de libertar os doentes da desesperança do niilismo terapêutico e da probabilidade da institucionalização *ad eternum*. Portanto, a falta de alternativas eficazes e avanços terapêuticos na psiquiatria contribuiu para a aceitação generalizada da lobotomia como uma opção de tratamento (Tone, 2018). Chegou mesmo a ser considerada pela opinião popular como uma forma terapêutica “mágica”, com menção em revistas e jornais como método milagroso (Terrier, 2019).

### Viés de género

Paralelamente, existiu um notável viés de género (*gender bias*): era mais provável submeter uma mulher à lobotomia do que homens. Apesar da maioria dos utentes institucionalizados nos asilos serem homens, 65-85% das

peças sujeitas a uma lobotomia eram mulheres. Estes dados foram reportados por múltiplas regiões do mundo, nomeadamente, França, Suíça, Bélgica, Japão e E.U.A (Terrier, 2017).

O primeiro e principal ponto de vista a ter em conta remete para as expectativas da sociedade da época: a meados do século XX, a sociedade tinha expectativas diferentes para o papel e comportamento de uma mulher. Seria expectável que esta se conformasse a papéis de género tradicionais e conservadores, em que a mulher seria vista obrigatoriamente como uma cuidadora, mãe e esposa, e fada-do-lar, com um carácter calmo e subordinado, submissa (Brown, 1984). Qualquer desvio destes padrões poderia ser considerado um sinal de doença mental e, como tal, a realização da lobotomia serviria como forma de contenção social.

Similarmente, havia uma errónea percepção de alterações emocionais quando manifestados em mulheres. Antes de mais, era suposto uma mulher manter constante e incansavelmente a estabilidade emocional e compostura. Novamente, um desvio destas características seria interpretado como um sinal de fraqueza ou de instabilidade. Por exemplo, qualquer que fosse o sofrimento emocional ou problema de saúde mental nesta população, era rapidamente assumido como sinais de “histeria” ou “nervosismo” (Ussher, 2013). Estes são termos comumente utilizados no passado para descrever uma gama de sintomas caracterizados por ansiedade ou labilidade emocional. Estes quadros eram facilmente atribuídos à natureza emocional das mulheres, reforçando a ideia de “instabilidade mental feminina”. Tratam-se de termos extremamente enviesados, que dão a ideia de que as mulheres são seres mais suscetíveis e predispostos a desenvolver estas condições devido à sua “natureza emocional” e “constituição frágil”, o que reforça estereótipos pré-existentes e provocam o isolamento social e relutância em procurar por ajuda. De mencionar ainda determinadas ocasiões em que certas respostas emocionais normais e expectáveis face aos desafios comuns da vida (como o *stress*, luto e insatisfação com restrições sociais) foram classificados como patológicos e contribuíram para o excesso de diagnósticos de doença mental na mulher.

Identificam-se também fatores maternos e reprodutivos. Com isto, quer-se dizer que, como a saúde de uma mulher era fortemente correlacionada com o seu papel como mãe e cuidadora, a ocorrência de depressões pós-parto, por exemplo, era precipitadamente considerada um motivo para realizar uma lobotomia, uma vez que estas mulheres não estariam em condições para cumprir com os seus deveres. Por outras palavras, o conceito de doença era rejeitado para se adotar o de incapacidade imputável.

Por outro lado, em determinados casos, as lobotomias eram realizadas em mulheres com determinadas patologias que se manifestavam com alterações emocionais ou do comportamento. Estes comportamentos eram considerados problemáticos, podendo manifestar-se através comportamentos disruptivos ou de labilidade emocional, sendo que os seus familiares e cuidadores se podiam sentir frustrados ou sobrecarregados. Por estes motivos, recorriam a este tratamento como método drástico de as tornar mais dóceis e colaborantes para os cuidadores e familiares, com vista ao seu controlo e forma de contenção.

Surgem, conseqüentemente, questões relativas ao processo do consentimento informado. As mulheres da época frequentemente tinham autonomia limitada e pouco poder de tomada de decisões e, portanto, os seus familiares ou profissionais de saúde tomavam a liberdade de tomar decisão por sua vez, levando à realização de lobotomias forçadas ou coercivas. O que sucedeu foi que a grande parte das mulheres não forneceram o seu consentimento informado para a realização de tal procedimento, tendo sido outras pessoas a tomar a decisão por elas, sem o seu consentimento informado. Por conseguinte, a conjunção destes fatores levou ao abuso de poder e uso excessivo desta técnica.

Dentro da mesma ótica, não se pode esquecer do peso que a promoção deste tipo de intervenções chegou a ter, vinda profissionais de saúde de todas as áreas. Alguns médicos e psiquiatras promoviam as lobotomias como forma de gerir as dificuldades emocionais e mentais experienciadas por mulheres, negligenciando os riscos e conseqüências negativas do procedimento. Muitas das vezes estes sintomas nem eram sequer proporcionais à necessidade de tratamento. Contudo, as expectativas sociais referidas anteriormente eram frequentemente reforçadas por clínicos devido a este sobrediagnóstico de doença mental quando não ocorria a adesão por parte das mulheres aos papéis sociais tradicionais (Ussher, 2013). Neste contexto, a recomendação de lobotomias aparecia como uma forma de “normalização”.

### **Controvérsias**

Apesar dos diversos aspetos mencionados anteriormente, a prática da leucotomia como intervenção médica enfrentou críticas éticas e sociais que foram fundamentais para seu declínio. Tornou-se evidente que se tratava de um procedimento altamente invasivo, irreversível e frequentemente realizado sem o devido consentimento informado dos doentes ou das suas famílias, chegando a ser repetido múltiplas vezes na mesma pessoa.

A crítica generalizada foi direcionada à falta de fundamentação científica que corroborasse a eficácia da leucotomia. A ausência de protocolos metodológicos claros e de indicações médicas comprovadas gerou preocupações significativas. Além disso, a técnica cirúrgica era frequentemente conduzida por médicos que não possuíam habilidades cirúrgicas especializadas, levantando questionamentos sobre a competência dos profissionais envolvidos, e a seleção questionável de doentes para a leucotomia também foi alvo de críticas. O procedimento era realizado diariamente em locais muitas vezes desprovidos de condições assépticas adequadas ou recursos de emergência, como em hospitais psiquiátricos. Isso suscitou dúvidas sobre a segurança e a necessidade da prática, especialmente quando consideradas as condições muitas vezes precárias dos ambientes onde ocorriam as intervenções (Caruso, 2017).

Além disso, as críticas se estenderam aos graves efeitos secundários associados à leucotomia, incluindo mudanças significativas na personalidade dos doentes submetidos ao procedimento. A falta de previsibilidade nesse aspecto levou a preocupações éticas sobre os impactos a longo prazo na qualidade de vida e na autonomia dos indivíduos submetidos à intervenção.

Em resumo, o caráter invasivo, a falta de fundamentação científica, as condições inadequadas de realização e os efeitos secundários graves foram elementos cruciais nas críticas éticas e sociais que contribuíram para o declínio da leucotomia como prática comum na psiquiatria.

### **Declínio**

O seu declínio iniciou-se nas décadas de 1950 e 1960, impulsionado por uma compreensão mais aprofundada dos seus efeitos adversos como terapêutica e avanços significativos nas terapias psiquiátricas disponíveis.

Essa época testemunhou uma revolução no tratamento das perturbações mentais com o advento de antipsicóticos eficazes, notadamente a clorpromazina. Esta mudança de paradigma marcou o início da “lobotomia química”, uma abordagem farmacológica que gradualmente substituiu o procedimento cirúrgico. A clorpromazina e outros antipsicóticos proporcionaram tratamentos mais seguros e menos invasivos, reduzindo a dependência desta como uma intervenção psiquiátrica (Tone, 2018).

A ascensão da “lobotomia química” não apenas contribuiu para o declínio da leucotomia, mas também abriu caminho para uma série de fármacos psicoativos, como, por exemplo o diazepam. Estes medicamentos foram comercializados e promovidos como “antídotos” para mulheres consideradas socialmente disfuncionais. Categorias como mulheres excessivamente ambiciosas, aquelas que não se conformavam com as expectativas tradicionais ou que se encontravam solteiras e na pós-menopausa e, portanto, desajustadas eram alvo destas intervenções farmacológicas.

O diazepam, pertencente à classe das benzodiazepinas, foi comercializado como um tranquilizante eficaz para lidar com uma variedade de questões relacionadas à saúde mental, incluindo ansiedade e perturbações do humor (Tone, 2018). No entanto, a promoção desses fármacos como “antídotos” para comportamentos considerados socialmente inadequados levanta novamente questões éticas sobre medicalização excessiva e a perpetuação de normas de género prejudiciais.

### **Conclusões ou considerações finais**

A história da lobotomia está marcada por dilemas éticos relacionados com o consentimento informado, autonomia e o equilíbrio risco/benefício. Foi um procedimento utilizado em pessoas vulneráveis, sem o seu consentimento ou mesmo contra a sua vontade, o que constitui uma injustiça grave e uma violação dos direitos humanos. Teve um impacto desproporcional em mulheres, devido às expectativas da sociedade, vieses de género e a perceção da estabilidade emocional de uma mulher e contribuindo para a estigmatização da doença mental na mulher e reforçando estereótipos. Estas questões devem incentivar os avanços nos cuidados de saúde da mulher, com ênfase no consentimento informado, abordagens terapêuticas sensíveis ao género e o reconhecimento das experiências da mulher na sua saúde mental. Daí a importância da advocacia pelos direitos de saúde da mulher. Os vieses de género servem como lição, instigando à reflexão acerca da interseção do género, saúde mental e ética médica.

### **Fontes e bibliografia final**

- Brown P. (1984). Marxism, social psychology, and the sociology of mental health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 14(2), 237-264.
- Caruso, J. P., & Sheehan, J. P. (2017). Psychosurgery, ethics, and media: a history of Walter Freeman and the lobotomy. *Neurosurgical focus*, 43(3), E6.

- Lichterman, B. L., Schuller, M., Liu, B., Yang, X., & Taira, T. (2022). A comparative history of psychosurgery. *Progress in brain research*, 270(1), 1-31.
- Ogren, K., Sjöström, S., & Bengtsson, N. O. (2000). Lobotomins okända historia: kvinnor, barn och idioter opererades [The unknown history of lobotomy: women, children and idiots were lobotomized]. *Lakartidningen*, 97(30-31), 3395-3398.
- Terrier, L. M., Levêque, M., & Amelot, A. (2017). Brain surgery: Most lobotomies were done on women. *Nature*, 548(7669), 523.
- Terrier, L. M., Lévêque, M., & Amelot, A. (2019). Brain Lobotomy: A Historical and Moral Dilemma with No Alternative?. *World neurosurgery*, 132, 211-218.
- Tone, A., & Koziol, M. (2018). (F)ailing women in psychiatry: lessons from a painful past. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 190(20), E624-E625.
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69.



# Dick Johnson is dead

## – um retrato subjetivo da realidade da demência

**Tatiana Pessoa, Ângela Pinto, Ângela Venâncio**

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

E-mails: tatiana.soares@ulsge.min-saude.pt, angela.silva.pinto@ulsge.min-saude.pt;

angela.venancio@ulsge.min-saude.pt

### Resumo

*Dick Johnson is Dead* é um documentário contemporâneo da autoria da cineasta Kirsten Johnson, em que a mesma acompanha o seu pai desde o momento da sua reforma enquanto psiquiatra, no decorrer do seu declínio cognitivo e funcional que se vem a enquadrar num síndrome demencial. De forma intimista e pessoal, aborda-se o impacto no próprio Dick, que vê decrescer o seu grau de autonomia, mas também na família imediata. Para além da constante necessidade de adaptação e da inversão de papéis cuidador/pessoa cuidada, transparecem as particularidades do luto em familiares de doentes com demência. Este revela-se um processo prolongado, e ambivalente, pois apesar da presença física do doente, este vai-se ausentando cognitiva e emocionalmente. A cineasta atinge contudo um equilíbrio no tom do documentário, intervalando a partilha desta dolorosa vivência com momentos cómicos e levianos, que usa possivelmente como mecanismo de adaptação.

**Palavras-chave:** perturbações neurocognitivas, demência, luto, cinema

### Abstract

*Dick Johnson is Dead* is a contemporary documentary by film-maker Kirsten Johnson, in which she follows her father from the moment he retires as a psychiatrist, through his cognitive and functional decline, which ends up becoming a dementia syndrome. In an intimate and personal way, it addresses the impact on Dick himself, who sees his degree of autonomy diminish, but also on his immediate family. In addition to the constant need to adapt and the reversal of caregiver/cared-for roles, the particularities of bereavement in relatives of patients with dementia become apparent. It is a prolonged and ambivalent process, because despite the patient's physical presence, he or she is cognitively and emotionally absent. However, the film-maker strikes a balance in the tone of the documentary, interspersing the sharing of this painful experience with comic and light-hearted moments, which she possibly uses as an adaptation mechanism.

**Keywords:** neurocognitive disorders, dementia, grief, cinema

### Introdução

A perturbação neurocognitiva major (PNC), previamente designada demência, engloba um conjunto de patologias caracterizadas principalmente por um declínio cognitivo. Afeta atualmente cerca de 47 milhões de indivíduos e é estimado um aumento para 131 milhões até 2050. Constitui, por isso, um problema de saúde pública importante, tendo em conta a sua prevalência crescente e os custos associados ao seu tratamento.

*Dick Johnson is Dead* é um documentário de 2020, realizado por Kirsten Johnson que retrata a vivência desta patologia pelo seu pai, acompanhando-o ao longo de vários anos. Aborda também o impacto da doença na pessoa cuidadora, permitindo-nos momentos da sua própria fragilidade. Com este trabalho, pretende-se abordar a representação da PNC em *Dick Johnson is Dead* e as diferentes perspetivas retratadas da doença.

### A Perturbação Neurocognitiva Major

A perturbação neurocognitiva major é uma patologia com início habitualmente insidioso e um curso progressivo que tem como característica central o declínio cognitivo. Existem múltiplas etiologias possíveis desta entidade. Enquadram-se no termo PNC a doença de Alzheimer, a PNC vascular, a PNC associada a doença de Parkinson, a PNC frontotemporal, PNC associada a doença de Huntington, entre outras.

De acordo com o DSM-5, para seja possível estabelecer um diagnóstico de perturbação neurocognitiva major, tem que estar presente evidência de um declínio cognitivo significativo (relativamente à capacidade cognitiva

prévia), com afetação de um ou mais domínios cognitivos (atenção, função executiva, linguagem, aprendizagem e memória, capacidades motoro-perceptivas ou cognição social). Adicionalmente, estes défices têm que representar um impacto funcional importante na vida quotidiana do doente, não podem ocorrer exclusivamente em contexto de *delirium* e não são melhor explicados por outra doença mental.

Frequentemente, estão presentes outros sintomas neuropsiquiátricos, como alterações afetivas (como depressão ou apatia), alterações do pensamento (ideias delirantes), alterações da sensoperceção (alucinações), alterações da motricidade (lentificação ou hiperatividade), alterações dos ritmos circadianos (hipersónia, insónia, fragmentação do sono, etc.) ou alterações do comportamento alimentar (como anorexia, hiperfagia ou preferência por alimentos doces).

Apesar do diagnóstico ser essencialmente clínico, com base na história clínica e no exame físico completo (incluindo exame neurológico), existem alguns meios complementares de diagnóstico que permitem uma melhor compreensão da etiologia e auxiliam na orientação terapêutica e no estabelecimento de prognóstico. Devem ser realizados um estudo analítico dirigido, exames de neuroimagem e, eventualmente, uma punção lombar. Consoante o caso, podem também estar indicados outros exames complementares, como o eletroencefalograma ou estudos genéticos.

Como referido na introdução, a PNC apresenta uma prevalência tendencialmente crescente. O principal fator de risco é a idade, com a maioria dos casos a surgir após os 65 anos. Outros fatores de risco importantes são os de etiologia cardiovascular, existindo evidência de que aumentam o risco de surgimento não só de PNC vascular, mas também de outras PNC.

Não existe, atualmente, nenhum tratamento definitivo para a PNC. As opções terapêuticas disponíveis até à data têm como objetivo a gestão dos sintomas e melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Entre as abordagens farmacológicas, os inibidores da colinesterase (como o donepezilo ou a rivastigmina) e os antagonistas dos recetores de NMDA são utilizados com o propósito de atrasar a progressão dos sintomas cognitivos. Ademais, existem outras classes farmacológicas, como os antipsicóticos, os antidepressivos ou as benzodiazepinas, que possibilitam a estabilização das manifestações psiquiátricas frequentemente associadas a esta patologia.

Com igual importância, existem também intervenções não farmacológicas, como, por exemplo, intervenções cognitivas, estimulação sensorial, técnicas de controlo comportamental ou terapia assistida com exercício físico.

### **A Perturbação Neurocognitiva Major em *Dick Johnson is Dead***

Ao longo do documentário, são representadas algumas das características da perturbação neurocognitiva major, à medida que acompanhamos a progressão da doença de Dick Johnson.

Num dos primeiros momentos do documentário, presenciamos a reforma de Dick enquanto psiquiatra. Esta decisão de se reformar surge no seguimento de alguns erros reportados pela sua secretária. São referidos, particularmente, erros na marcação de consultas, com episódios em que Dick agendava vários pacientes para a mesma hora e erros na prescrição de medicamentos. Estes equívocos podem refletir um compromisso na atenção. Doentes com envolvimento deste domínio começam por demorar mais tempo a realizar atividades habituais do seu quotidiano, a cometer erros em tarefas de rotina, com necessidade de verificação das mesmas. Em fases mais avançadas, estes doentes podem apresentar marcada distratibilidade, particularmente em ambientes com múltiplos estímulos simultâneos.

Em vários pontos do documentário é referida, tanto por Dick, como pelos seus conviventes, uma progressiva incapacidade de recordar eventos mais recentes, como conversas das semanas anteriores, ou acontecimentos novos na vida dos seus amigos. A incapacidade que aparece representada nestas situações está relacionada, essencialmente, com os domínios cognitivos de aprendizagem e memória. Quando estes domínios estão afetados, há uma maior dificuldade em captar, processar, armazenar e evocar nova informação.

Outro momento em que nos é possível observar como a vida de Dick é marcadamente afetada pela doença surge nas cenas em que percebemos as suas crescentes dificuldades na condução. Estas dificuldades evoluem gradualmente até a um incidente em que Dick, ao tentar regressar a casa, conduz o seu carro com dois pneus vazios e atravessa um local em construção vedado a passagem. Numa cena, já mais próxima do final do documentário, Dick sai de casa sozinho durante a noite e acaba por se perder. Nestas partes do documentário podemos ver um exemplo de alteração nas capacidades motoro-perceptivas. Défices neste domínio podem manifestar-se, por exemplo, em maior dificuldade em orientar-se em espaços previamente familiares ou em maior desorientação no período noturno (quando a perceção é alterada pela luminosidade).

As limitações que vão surgindo no documentário interferem significativamente no dia-a-dia de Dick, com uma progressiva perda de autonomia e maior dependência de terceiros.

*Dick Johnson is Dead* aborda ainda uma comorbidade comum nas PNC. Num diálogo entre Kirsten e Dick, são debatidos sentimentos de tristeza, de menos-valia, de desesperança e ideação suicida. A depressão surge frequentemente em doentes com PNC. Pode surgir, inclusivamente, em fases iniciais da doença (quando o doente se apercebe das suas dificuldades e do seu impacto) ou como pródromo. Revela-se fulcral a avaliação da presença desta entidade, bem como o seu tratamento, não só pelo seu impacto na qualidade de vida do doente, mas também pelo seu potencial de agravamento dos sintomas cognitivos.

Em pequenos momentos, ao longo dos 89 minutos, podemos ver *clips* da mãe de Kirsten (e esposa de Dick) que teria o diagnóstico de doença de Alzheimer. Por breves minutos, há uma representação do compromisso da linguagem, uma vez que a mãe de Kirsten já a teria perdido quase na totalidade nas fases finais da doença e, ainda, da prosopagnosia (incapacidade de reconhecer familiares), quando não consegue reconhecer a sua filha.

### **A Perspetiva de Dick Johnson**

Dick Johnson trabalha como psiquiatra em Seattle e a sua reforma ocorre no início do documentário. Vive sozinho desde o falecimento da sua esposa, há cerca de sete anos. Tem dois filhos, que vivem em cidades distantes de si.

A certeza de um diagnóstico de perturbação neurocognitiva vai surgindo ao longo do documentário, à medida que os sintomas vão progredindo. Apesar de não se aperceber das suas limitações, Dick, talvez pelo conhecimento que a profissão lhe foi providenciando, reconhece o impacto das mesmas nas pessoas à sua volta. Desta forma, acaba por manter um juízo crítico parcial relativamente à sua doença. A falta de *insight* para a presença e extensão de incapacidade é algo relativamente característico nestes doentes.

Na perspetiva de pessoa doente, percebemos que o seu sofrimento advém maioritariamente da sua preocupação com a implicação da sua doença nas suas relações interpessoais. Embora Dick não se recorde de conversas ou acontecimentos recentes, refere que não é este aspeto que lhe causa sofrimento, mas sim quando percebe que essa limitação causa angústia nas pessoas à sua volta. Um momento em que isto se torna evidente é quando Dick pergunta a uma amiga como tem estado o seu marido, não se recordando do seu falecimento recente.

Verifica-se uma perda de autonomia progressiva ao longo da evolução da doença. Numa fase inicial, Dick reforma-se e deixa de conduzir. Posteriormente, vai viver com a sua filha para Nova Iorque. Nos momentos finais do documentário, Kirsten contrata uma cuidadora para acompanhar o seu pai ao longo do dia. Nesta dependência gradual, ocorre uma inversão de papéis, em que Kirsten se vê como cuidadora do seu pai. Dick sente esta inversão, referindo-se a si próprio como um “irmão mais novo de Kirsten”, afirmando já não ser o seu pai. Todas estas perdas que vamos observando poderão ter um impacto no senso de identidade do doente, o que pode gerar angústia e sofrimento no mesmo.

### **A Perspetiva de Kirsten Johnson**

Kirsten Johnson é uma cineasta e realizadora de documentários, que vive num apartamento em Nova Iorque com os seus dois filhos.

Kirsten foca a sua perspetiva nas particularidades da aceitação da doença. Caracteriza o momento em que se apercebe do diagnóstico do pai como “o início do seu (do pai) desaparecimento” e todo o processo de doença como “um adeus prolongado” e “um outro tipo de perda”.

Na perturbação neurocognitiva major, atendendo à sua fisiopatologia neurodegenerativa, ocorre um declínio cognitivo, que pode evoluir de forma mais ou menos rápida. Esta evolução, ao interferir nas atividades de vida diária do doente, culmina, eventualmente, numa maior dependência de terceiros. Por outro lado, a pessoa com PNC, inevitavelmente, perde alguns dos papéis que previamente contribuíam para a definição da sua identidade (como referido anteriormente). Neste caso, vemos Dick a perder o seu papel não só como médico psiquiatra, mas também enquanto pai de Kirsten e avô dos seus netos. Pelo seu caráter progressivo, no “desaparecimento da identidade” revela-se uma perda longa e gradual para as duas partes, doente e cuidador, que se pode traduzir num sofrimento que se prolonga no tempo. Também, pelo mesmo motivo, as necessidades da pessoa com PNC mudam com o progredir da doença, exigindo uma adaptação contínua por parte do cuidador às limitações que vão surgindo.

Em alguns doentes com PNC, ocorrem alterações da personalidade, bem como alterações de comportamento, que se manifestam frequentemente com maior desinibição e impulsividade (particularmente na perturbação neurocognitiva frontotemporal). Estas alterações podem contribuir para a sensação de perda da pessoa com PNC, uma vez que, apesar da sua presença física, ocorre uma mudança, muitas vezes marcada, na sua personalidade e, de certa forma, na sua identidade.

### Uma Perspetiva Partilhada

Uma cena particularmente rica no documentário corresponde ao momento em que a realizadora revela a Dick que terá que vender o seu carro. Nesta cena presenciamos, simultaneamente, a perspetiva do doente e a do cuidador acerca da doença. Dick não compreende o porquê de não poder continuar a conduzir, não tendo noção das suas limitações, e começa por tentar dissuadir a sua filha de vender o seu carro. Kirsten, ao invés de o confrontar com a sua incapacidade de conduzir, uma vez que compreende que Dick não tem uma perceção completa da mesma, explica-lhe que não fará sentido manter o carro, tendo em conta que se vão mudar para Nova Iorque. Não reconhecendo a sua incapacidade, mas percebendo a sua doença, Dick rapidamente confia na decisão da sua filha, apesar de sofrer com esta diminuição da sua autonomia. Kirsten mostra-se compreensiva com o sofrimento do pai, pedindo desculpa por ter que impor a sua decisão.

A cena termina com ambos a estabelecerem uma comparação com a situação da falecida esposa de Dick (e mãe de Kirsten), particularmente, quando tiveram que a colocar num lar. A esposa teria o diagnóstico de doença de Alzheimer, com vários anos de evolução, tendo progredido para uma situação de total dependência nos cuidados.

Trata-se de uma cena que aborda múltiplos aspetos da doença no espaço de apenas dois minutos. Fala da limitação da autonomia do doente, da sua ausência de *insight* para situação, da inversão de papel de cuidado e cuidador. Para além disso, são incluídas três perspetivas diferentes da doença – a do doente, a do cuidador e a dos dois relativamente à falecida esposa/mãe.

Uma vez mais, transparece a ambivalência que acompanha o diagnóstico de PNC, quando Kirsten, relativamente à sua mãe, afirma que a perderam “muito antes de ela ter falecido”.

### O Equilíbrio entre a Incerteza

Kirsten Johnson atinge um equilíbrio na sua abordagem à perturbação neurocognitiva major. O documentário está repleto de momentos crus e sensíveis que nos permitem uma melhor compreensão das fragilidades de quem vive com a doença. No entanto, encontram-se também presentes momentos de humor, uma vez que Kirsten inclui algumas cenas em que encena a morte de Dick, por vezes com recurso a duplos. Numa das mortes encenadas, Dick é atingido por um aparelho de ar condicionado, noutra Dick tropeça e cai na rua. Há, inclusivamente, uma encenação de um funeral, onde alguns dos amigos de Dick comparecem e falam dele com carinho.

A realizadora intercala partilhas pessoais e dolorosas com momentos de comédia, talvez como forma de lidar com esta tão nova realidade e com o seu fim inevitável – o “início do seu desaparecimento (do pai)”.

### Considerações Finais

Com a intimidade e crueza características de um documentário, *Dick Johnson is Dead* destaca-se como um retrato pessoal da vivência da PNC, tanto pelo doente, como pelo cuidador, explorando a dualidade entre realidade e fantasia, com a introdução de momentos cómicos ao longo dos 89 minutos (talvez como própria estratégia de *copying* da cineasta desta cada vez menos nova realidade). Alcança uma sensibilização do espectador, permitindo-o uma compreensão desprovida de preconceito das dificuldades vividas por quem é afetado por esta doença.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Emmady, P. D., & Tadi, P. (2022, May 8). *Major Neurocognitive Disorder (Dementia)*. PubMed; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>
- Goodarzi, Z. S., Mele, B. S., Roberts, D. J., & Holroyd-Leduc, J. (2017). Depression Case Finding in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), 937-948. <https://doi.org/10.1111/jgs.14713>
- Rubin, R. (2018). Exploring the Relationship Between Depression and Dementia. *JAMA*, 320(10), 961. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11154>
- Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.

**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 International Symposium Women and Madness**

**Coimbra, Portugal,  
4-6 outubro/october 2023  
Online - Via zoom**



**Organização**

**SHIS**

*Porto - Hospital de Alameda da Cidade de Foz de Iguaçu  
R. Itália - Alberto Ferraz - Brasília - Porto*

**Apoios divulgativos**

1 2



9 0

**ESCOLA DE FARMÁCIA  
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA**



**GHSCT**

**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 Marguilho, 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 OBSOLETO – 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 “AUF SCHREIBESYSTEME” 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 DOPPELGANGER – 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 UTERMOHLEN: 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 Ortiga, 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 TRANSGÉNERO 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 HISTÉRIA À ANOREXIA NERVOSA: A MESMA DOENÇA EM DIFERENTES MOMENTOS DA HISTÓRIA – Sónia Pereira, João Pais
- OZZY OSBOURNE, O PRÍNCIPE DAS TREVAS SOB ALENTE 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 – Nádía 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
- HISTÉRIA 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**

BIÓGRAFOS 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 26**

**Título**

Mulheres e Loucura – VI

**Autores (Editores):**

**Ana Leonor Pereira** – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

**João Rui Pita** – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX – CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

**Resumo**

Esta obra coletiva intitulada *Mulheres e Loucura – VI* 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 ciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá lugar no dia 14 de março de 1910*. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) – *III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental*. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis – *Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) – *A Revista de Neurologia e Psiquiatria (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

