

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

**HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

IX

COIMBRA

SOCIEDADE DE HISTÓRIA INTERDISCIPLINAR DA SAÚDE – SHIS

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA-CEIS20 / GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA
DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – GHCT**

2019

Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 15

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

Título: História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde mental — IX

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia)

Ano de edição: 2019

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-989-54124-9-5

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

2

CEIS20
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

07-08

A HERANÇA HUMANISTA DAS LUZES E O CONTRACICLO EUGENISTA FACE À PATOLOGIA MENTAL : DAS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DIGNIFICANTES À BARBÁRIE NAZI E À D.U. DOS DIREITOS HUMANOS

Maria do Rosário Neto Mariano

09-20

DOENÇAS DO CORAÇÃO, DOENÇAS DA CABEÇA NA ARQUIPATOLOGIA DE FILIPE MONTALTO

Adelino Cardoso

21-25

ANATOMIA DA MELANCOLIA. O ESTADO DA ARTE DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA NO SÉCULO XVII

Teresa Matos Mendonça

27-30

A MELANCOLIA: O «HUMOR NEGRO» E AS SUAS MIRABILIA COMPENDIADOS POR ISAAC CARDOSO, UM MÉDICO E FILÓSOFO JUDEU DO SÉCULO XVII

Luciana C. F. Braga

31-45

IMAGEM DO CORPO, EROTISMO E DEDALEIRAS EM JOSEPHA (1630-1684) EM ÓBIDOS

Alfredo Rasteiro

47-52

NOSTALGIA – UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA DOS CONCEITOS

Sandra Nascimento, Mariana Silva, Beatriz Lourenço

53-58

OBSESSÕES E COMPULSÕES: EVOLUÇÃO CONCEPTUAL NA PSIQUIATRIA FRANCESA DO SÉCULO XIX

Cátia Fernandes Santos

59-64

EDD'ORA ADDIO... – MIA SOAVE: PSICOPATOLOGIA OU PROCESSO CRIATIVO EM ÂNGELO DE LIMA?

L.A. Fernandes; M.J. Santos; N. Borja-Santos

65-72

MOLÉCULAS PSICOTRÓPICAS E LITERATURA: UMA VISÃO QUÍMICA

Sérgio P. J. Rodrigues

73-83

LIDERANÇA E LOUCURA. EVIDÊNCIAS ATRAVÉS DA HISTÓRIA
Romero Bandeira; Sara Gandra; Isa João Silva; Sandra Pereira Pinto; Rui Ponce Leão
85-104

AS RESPOSTAS DA IGREJA AO FENÓMENO DA LOUCURA. O EXORCISMO
Ana Paula Araújo
105-110

LOS MANICOMIOS DEL PLAN KIRKBRIDE EN LA CULTURA POPULAR
CONTEMPORÁNEA: ALIENADOS, ASILOS Y CINE DE TERROR
Francisco Pérez-Fernández, Francisco López-Muñoz
111-122

REFORMAS DA PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX - ENCERRAMENTO DOS
HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS EM ITÁLIA
Ana Filipa Teixeira, Tiago Ventura Gil
123-127

O NASCIMENTO DA FUNDAÇÃO LAR COMO UMA ALTERNATIVA DE
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O TRANSTORNO MENTAL GRAVE
Miguel A. Miguelez Silva, Ana Rita dos Santos Rocha, Raimundo Mateos Alvarez, Tiburcio
Angosto Saura
129-139

VIGIAR E APRENDER A DOMINAR: OS ENFERMEIROS E OS ALIENADOS NO
SÉCULO XIX Analisa Candeias; Alexandra Esteves; Luís Sá
140-146

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: EL PAPEL DE LA
ENFERMERÍA
Tamara Cueto González; Silvia Piñeiro Otero; María Luisa Curto Benito; Aurora Hervés
Barcia
147-151

UM CASO DO ARQUIVO DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA:
A COMPLEXIDADE DO PROCESSO DE P. A. (1908-1910)
Inês Pinto da Cruz
153-158

JOSÉ JÚLIO DA COSTA: PSICOPATOLOGIA NO MAGNICÍDIO?
Nuno Borja-Santos, Luís Afonso Fernandes, Mário João Santos
159-164

OS PROGRAMAS DAS LIÇÕES DO CURSO LIVRE DE ANTROPOLOGIA NA
MEDICINA E A INCIDÊNCIA NA PSIQUIATRIA
Porfírio Pereira da Silva
165-171

HOW PHINEAS GAGE'S ACCIDENT CHANGED NEUROSCIENCE
Marisa Martins; Nuno Fernandes; Inês Fernandes
173-178

APPLICATION OF THE MAGNETIC FIELD IN NEUROSCIENCE

Roberto Lamanna

179-188

THE PROTECTION OF ATHLETES' RIGHT TO HEALTH REGARDING SPORT.
SPECIAL CONSIDERATION OF MENTAL HEALTH

Elena Atienza Macías

189-196

MORFINÓMANOS EN EL MANICOMIO DE CONXO-GALICIA, 1932. ALGUNOS
APUNTES SOBRE LA MORFINOMANÍA DE LOS SIGLOS XIX Y XX (Y SOBRE
LA EPIDEMIA DE LA OXICODONA EN EL SIGLO XXI)

Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; Belén Zapata
Quintela; M^a Carmen Alonso García

197-201

MITOLOGEMAS Y PARAFRENIA (RECORDANDO AL DOCTOR SARRÓ...
DESDE UNA ALDEA DE GALICIA)

Jessica Otilia Pérez Triveño; David Simón Lorda; Cristina Carcavilla Puey; Belén Zapata

Quintela

203-217

IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL / I SIMPOSIUM INTERNACIONAL
MULHERES E LOUCURA

218-225



O médico psiquiatra António Maria de Sena (1845-1890) numa escultura na antiga Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Polo I da Universidade de Coimbra
(Foto de João Rui Pita)

INTRODUÇÃO

Esta obra contém textos admitidos a publicação depois de avaliados. Na sua base estão comunicações apresentadas no *IX Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / IX International Congress of History of Madness, Psychiatry and Mental Health* realizado em Coimbra entre os dias 7 a 9 de Maio de 2018, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Em 2018 esta reunião científica passou a intitular-se congresso, sucedendo às jornadas. Com efeito, o número de apresentações, a necessidade de três dias para a realização do evento com sessões simultâneas levou a esta passagem da condição de jornadas para a condição de congresso.

Esta reunião científica, de três dias, tem periodicidade anual, sempre na Primavera. Em 2018, à semelhança dos anos anteriores deu-se continuidade ao seu perfil internacional. O Congresso contou com a presença de investigadores de múltiplas áreas, desde as ciências da saúde às humanidades, provenientes de Portugal, de Espanha, da Itália e do Brasil.

Tal como foi referido para as edições anteriores, destacamos a importância da regularidade anual desta reunião científica. Esta periodicidade anual integra-se na dinâmica científica e na programação do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 e no mapa de atividades da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS.

Deve salientar-se que, desde a sua institucionalização em 1998, o Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20, através do Grupo referido, tem mantido uma relevante atividade científica neste domínio científico. Salientem-se projetos avaliados e aprovados, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, bem como sessões de divulgação, exposições e várias publicações sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, ainda, artigos de divulgação em diverso tipo de imprensa.

No *IX Congresso* realizou-se o lançamento do livro *VIII Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*, obra esta que resulta de textos apresentados nessa reunião científica, sujeitos a avaliação e admitidos para publicação.

O *IX Congresso* foi uma organização conjunta da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS com o Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra – CEIS20.

A SHIS é uma instituição fundada em 2011 que tem entre os seus objetivos desenvolver a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica.

O *IX Congresso* teve o propósito de dar continuidade às temáticas anteriores e introduzir novos temas. Em 2018, o *IX Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centrou-se nos seguintes tópicos:

- 1.A Loucura na História da Arte
- 2.A Loucura na História da Literatura
- 3.A Loucura na História da Filosofia
- 4.A Loucura na História do Cinema
- 5.Fontes para a História da Loucura
- 6.História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade.
7. Psiquiatria, neurologia, psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX.
- 8.Ciências farmacêuticas e saúde mental
- 9.Geografia e Demografia da saúde mental
- 10.Direito Biomédico e saúde mental
- 11.Psicologia, Ciências da Educação e saúde mental

Pela primeira vez, o *Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* teve um Simpósio temático intitulado “Mulheres e Loucura” cuja publicação de textos se fará em volume autónomo.

No I Simposium Internacional Mulheres e Loucura as temáticas foram:

1. Representações literárias e artísticas da Loucura em Figuras femininas
2. Estudos histórico-culturais da Loucura em Figuras Femininas
3. Estudos histórico-clínicos da Loucura em Figuras Femininas

Por fim, uma palavra de agradecimento e de reconhecimento para todos os que colaboram nesta obra pois eles são os investigadores-autores deste livro. Sem o seu trabalho original este livro não seria possível.

Ana Leonor Pereira
João Rui Pita

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

A HERANÇA HUMANISTA DAS LUZES E O CONTRACICLO EUGENISTA FACE À PATOLOGIA MENTAL: DAS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DIGNIFICANTES À BARBÁRIE NAZI E À D.U. DOS DIREITOS HUMANOS

Rosário Neto Mariano

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Professora Universitária

E-mail: mariarosariomariano@yahoo.fr

Resumo

A revolução cultural iluminista, cujos programas e objetivos privilegiavam as potencialidades da Razão ao serviço do conhecimento e, simultaneamente, a pessoa como foco essencial do seu combate pela dignificação universal do ser humano, deixou-nos uma herança indelével respeitante às representações sócio-culturais e práticas médicas relativas às patologias mentais e seus pacientes. Dois dos mais notáveis médicos alienistas da época, Philippe Pinel (1745-1826) e Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), não somente libertaram os doentes mentais das correntes e dos espaços indignos ou insalubres onde vegetavam, mas sobretudo trabalharam contra os estigmas e estereótipos que os desumanizavam. Em contraciclo face a este movimento surgirá, em meados de oitocentos, o Eugénismo, teoria antropológica que, logo depois aliada ao Darwinismo social, haveria de constituir um dos pilares ideológicos e pseudo-científicos da barbárie nazi, perpetrada sobre deficientes, doentes mentais e vários outros grupos humanos, ao longo de quase duas décadas. Nos países ocidentais, somente a vitória dos Aliados e, depois, a Declaração Universal dos Direitos Humanos tornarão interditas, e gravemente puníveis por lei, todas as práticas desumanas exercidas sobre a Pessoa, em nome de qualquer teoria ou ideologia. O presente estudo tem como propósito destacar as etapas fundamentais deste percurso de luz e de sombras.

Palavras-chave: humanismo iluminista, patologia mental, eugenismo, darwinismo social-nazismo, direitos humanos

Abstract

The age of Enlightenment brought about a cultural revolution that favoured Reason in its guidelines and goals. Reason was to be put at the service of knowledge and of the individual, the latter being the main focus of its enduring effort to dignify each and every human being. Over time, the age of Enlightenment provided us with an indelible mark as far as the socio-cultural representation and the medical praxis surrounding mental pathology and its patients are concerned.

Two of the most remarkable personalities in this medical field were “alienists” Philippe Pinel (1745-1826) and Jean-Etienne Esquirol (1772-1840). Besides freeing patients from the shackles and taking them off the inhumane facilities where they were often left to vegetate, Pinel and Esquirol were instrumental in fighting the social stigmata and dehumanizing stereotypes associated with such patients. Running against this humanizing tide, the emergence of Eugenics in the late 19th century, soon coupled with Social Darwinism, would prove one of the ideological and pseudo-scientific pillars of Nazi ideology and used to justify the genocide of the mentally and physically disabled, among other groups, in the III Reich (1933-45). It won't be until after the Allied victory in WWII and the adoption of both the Universal Declaration of Human Rights and the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide by the newly-found UNO in December 1948, that we'll witness western countries building the legal framework to

effectively ban and criminalize all dehumanizing practices committed against any individual. The present study will pinpoint the central stages in this journey made of light and shadows.

Key Words: Humanism- Enlightenment, mental pathology, Eugenics, Social Darwinism- Nazi ideology, Human Rights

Introdução

O fenômeno da loucura foi, durante mais de dois milênios, considerado um distúrbio de origem sobrenatural, quer fosse visto como uma espécie de dom que representava um acréscimo de lucidez ou, pelo contrário, uma maldição decorrente de práticas identificadas com o pecado, cometido pelo louco ou pelos seus antepassados. A partir do Renascimento e até ao Iluminismo, ela será progressivamente associada a uma enfermidade de natureza psicossomática, e os doentes mentais passarão, juntamente com toda a espécie de indigentes e de enfermos com doenças graves, a ser internados em instituições de caráter repressivo, em péssimas condições de higiene e fora de qualquer quadro terapêutico, dada a inexistência, entre outros fatores, de uma ciência das causas das afeções psíquicas. Somente as obras assistenciais da Igreja, inspiradas em S. Vicente de Paulo, divergirão deste paradigma.

Contudo, é a partir do século XIX, sob a influência do humanismo das Luzes e em resultado dos progressos observados nas ciências médicas, que se constitui uma nosologia dos distúrbios mentais, destacando-se então médicos “alienistas” como Pinel e Esquirol, que introduzem reformas muito relevantes no diagnóstico e terapêutica das patologias da mente. Em meados do século, porém, surgirão as teorias da degenerescência, que incluíam as patologias mentais na categoria de doenças hereditárias, considerando os doentes como indivíduos nocivos à sociedade, condenados à segregação sócio-familiar.

Tais teorias, aliadas ao darwinismo social, conduzirão rapidamente ao surgimento de concepções eugenistas, afastando-se da linha humanista que inspirava Charcot, Janet, Jung e Freud, entre outros médicos, homens de ciência e escritores. O nazismo, por seu lado, fortemente racista, supremacista e eugenista, com as suas bárbaras práticas de extermínio começou por erradicar centenas de milhar de doentes mentais, adultos, jovens e crianças, naquilo que constituiu um verdadeiro balão de ensaio para a Shoah.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, será redigida finalmente, em 1948, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, ao mesmo tempo que surge a ONU e, posteriormente, diversos Tratados internacionais desenvolveram e especificaram os princípios contidos na mesma, procurando assegurar a cidadãos e cidadãs de qualquer origem, cultura ou religião o direito à vida e sua preservação com dignidade.

Num dos seus contos mais impressionantes, Guy de Maupassant, fiel a uma tendência marcante da Escola Naturalista, elege como protagonista uma mulher que enlouquecera, na sequência da perda de vários entes queridos num breve período de tempo. Perdida de si mesma e do sentido da existência, ela recusa reconstruir a vida e os seus laços, alheando-se da temporalidade fática, da ação e dos sucessivos espaços vitais em que decorre toda a existência humana, confinando-se à exiguidade do seu quarto e do seu leito, onde permaneceu muda, apática e de olhar perdido, durante quinze anos, aos cuidados de uma velha criada que tristemente se conformara com o amargo destino da sua senhora. Durante a guerra franco-prussiana, em 1870-71, elementos do exército prussiano, exasperados com a sua indiferença ao invasor, que tomam por arrogância e desdém patrióticos, abandonam-

na aos rigores do inverno e aos lobos, deitada e imóvel sobre uma enxerga, num bosque distante.

Impressionado e cheio de perplexidade face aos mecanismos cerebrais que haviam desencadeado e perpetuado a loucura na protagonista, o autor interroga-se: “Que se passait-il dans cette âme désespérée? On ne le sut jamais; car elle ne parla plus. Songeait-elle aux morts? Rêvassait-elle tristement, sans souvenir précis? Ou bien sa pensée anéantie restait-elle immobile comme de l'eau sans courant?”¹

Idênticas questões sobre os fenômenos da loucura, da demência e de taras hereditárias, bem como as suas relações com as pulsões criminosas foram pontuando a Literatura romântica e realisto-naturalista, no século XIX. Porém, o que é novo, neste século, herdeiro do espírito do enciclopedismo e dos princípios igualitários das Revoluções Francesa e Americana, não é tanto a curiosidade dos escritores acerca da loucura – já presente na Literatura da Grécia e da Roma antigas, e retomada pelos clássicos Shakespeare, Cervantes ou Racine –, mas antes o interesse pelas patologias mentais manifestadas em personagens representativas das classes sociais mais desfavorecidas ou simplesmente das gentes anónimas que a História não reteve nos seus anais e crónicas. Por outras palavras, se os autores clássicos haviam elevado a loucura e a personagem afetada por perturbações mentais a um estatuto digno da alta Literatura, como Michel Foucault não deixou de sublinhar no seu célebre Tratado, também é verdade que apenas o fizeram relativamente a personagens de alta linhagem e de estatuto social e/ou político muito elevado, tais como reis, príncipes e membros da alta nobreza em geral, como se apenas a sua estirpe sancionasse em dignidade a loucura e seus efeitos, ainda assim mitigados pela aura da honra cavaleiresca ou da catarse trágica.

Sabe-se que, durante toda a Idade Média, as sociedades europeias tinham da loucura uma visão ainda parcialmente marcada pela herança cultural greco-latina, sobretudo a que havia sido difundida pelas Humanidades, segundo as quais a insânia era uma categoria do pensamento religioso e, pelo menos em parte, uma forma privilegiada de sabedoria; como tal, ela era enviada pelos deuses a certos seres humanos, por meio de um estado de transe, permitindo-lhes uma leitura do mundo a partir de uma escala inacessível ao comum dos mortais. Num outro plano, contudo, a fisiologia hipocrática, assente na teoria dos humores, a que correspondiam os quatro elementos e as quatro qualidades (o frio, o húmido, o quente e o seco), determinava como causa dos distúrbios mentais aliados à insânia, o desequilíbrio entre estas qualidades e os humores a elas associados, provocando um excessivo arrefecimento ou um extremo aquecimento no cérebro, os quais conduziriam, respetivamente, à loucura pacífica ou à sua modalidade violenta.

Esta duplicidade de perspetivas estará ainda muito presente no mundo medieval, perdurando nas mentalidades menos esclarecidas ainda durante o Renascimento, ou seja, até ao advento do racionalismo e dos regimes absolutistas autoritários, por um lado, e à difusão da ética protestante do trabalho individual como contributo indispensável para o desenvolvimento e progresso coletivos, por outro lado. Assim, a pessoa do louco, se inofensiva socialmente, surgia ora associada à imagem risível do bufo – amiúde aproveitado para diversão nas cortes e casas senhoriais, a par de anões e de corcundas –, ora à do insensato que rejeitava a crença em Deus; se, contrariamente, pelas suas manifestações inquietantes, representava uma ameaça à ordem sócio-familiar, então deveria ser considerado como alguém possuído por entidades demoníacas e, como tal, tratado por meio de exorcismos ou de relíquias de santos. Porém, na generalidade dos casos, fossem pacíficos ou violentos, agitados, apáticos ou suicidários, eles não coabitam com as suas famílias, nem são objeto de especiais cuidados ou de qualquer afeto, sendo relegados para habitáculos indignos, tais como estábulos, galinheiros ou cabanas ao fundo das

¹ Cf. MAUPASSANT, Guy - *La Folle*. In *Contes Choisis*. Paris: Albin Michel, 1959. p.82.

propriedades familiares, quando não maltratados pelas populações e segregados da própria família e localidade, sobrevivendo então em abrigos precários, condenados à mendicância e a pequenos furtos de autossustentação. Entre as classes abastadas, contudo, era usual o seu internamento em instituições religiosas, como as Ordens cistercienses, onde eram submetidos a um regime disciplinar e ocupacional inspirado no modelo monástico, considerado terapêuticamente benéfico para a alma e para o corpo.

Com o Renascimento, a loucura perderá a sua dimensão inquietante e escatológica, e em diversos países, entre os quais França, Itália e Inglaterra, os médicos insurgem-se contra diversas práticas punitivas e supersticiosas utilizadas contra os loucos, considerando que estes devem ser tratados com benevolência e na convicção da possibilidade de cura. Por seu lado, o tema literário do *Hospital dos Loucos* ou do internamento, irá substituir o tema medieval da *Nave dos Loucos* ou da viagem para o além, ainda presente no século XV, na pintura de Hieronymus Bosch; ou seja, a loucura transita claramente do plano de distúrbio de ordem sobrenatural para o plano psicossomático da doença mental, subdividida em várias categorias associadas a diferentes terapêuticas, por muito rudimentares que possam ser ainda, dada a inexistência de uma ciência das causas. Com efeito, será necessário esperar ainda dois séculos para se assistir, com Pinel, à elaboração de uma nosologia relativa às patologias da mente.

Até à ação conjunta e terapêuticamente humanizadora de Philippe Pinel e Étienne Esquirol, operante sobretudo a partir do início de oitocentos - alienistas que, como se sabe, fizeram Escola um pouco por toda a Europa -, o século XVII e grande parte do século XVIII assistiram ao internamento dos doentes mentais em diversas instituições, desde os Hospitais Gerais às Casas correccionais e asilos psiquiátricos, sob a alçada estatal ou clerical. Infelizmente, porém, esse internamento disciplinar e institucional não correspondeu, na maior parte dos casos, a uma política de saúde que tivesse como desígnio o tratamento ou até a cura das enfermidades mentais, apesar do grande número de Éditos reais ordenando essa mesma institucionalização, que devia abranger coercivamente todos os indigentes, vagabundos, desempregados ou ociosos que vagueassem pelas cidades, a par de indivíduos atingidos por enfermidades várias e por doenças contagiosas ou incuráveis, do corpo e da mente, bem como deficientes dificilmente recuperáveis para o trabalho comum. Nessas instituições, além disso, misturavam-se e amontoavam-se todas estas tipologias e grupos de indivíduos carenciados e doentes, em péssimas condições de alojamento, alimentação e interação social, para além de uma assistência médica muitíssimo precária, negligente ou mesmo inexistente, conforme os casos. No tocante aos doentes mentais mais agitados ou agressivos, que a medicina e a jurisprudência classificavam como loucos atingidos pelo *furor*, era prática corrente o seu encarceramento em celas escuras e húmidas, indignas até mesmo de animais, e a negligência no domínio da higiene e da alimentação denunciava a vulgarização de práticas de extrema desumanidade e insensibilidade.

Num estudo consagrado aos estabelecimentos psiquiátricos em França, publicado em 1818, Esquirol deixa este testemunho ocular simultaneamente rigoroso e chocante:

Je les ai vus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enfermés dans des

antres où l'on craindrait de refermer des bêtes feroces, que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales.¹

Na verdade, os estabelecimentos pertencentes ao designado Hospital Geral são muito menos instituições de saúde e prestação de cuidados médicos do que uma espécie de terceiro braço da autoridade disciplinar e repressiva, a par da Justiça e da Polícia, e dotados pelo poder régio de uma jurisdição e um poder de execução inapeláveis, exercendo os seus responsáveis uma soberania quase absoluta sobre os doentes que tinham à sua guarda, muito mais do que ao seu cuidado. Porém, no decurso dos dois séculos em questão, XVII e XVIII, estes estabelecimentos irão adquirir uma função sócio-económica importante, constituindo-se como um dos ramos das políticas laborais dos Estados, designadamente em Inglaterra e na Alemanha, já que todos os doentes com alguma capacidade produtiva eram chamados a desempenhar funções ou ofícios cujos produtos finais representavam mais-valias económicas para os seus países, para além de ser uma forma de os doentes se autossustentarem, pagando desse modo o seu internamento e resultando, por conseguinte, a designada terapêutica pelo trabalho numa medida duplamente utilitária, muito ao gosto das políticas económicas de Colbert, da verdadeira religião do trabalho preconizada pelos cultos protestantes inspirados em Lutero e Calvino e do Utilitarismo de filósofos sociais como David Hume ou Stuart Mill.

A este novo pragmatismo autoritário de ordem laica apenas se contrapunha o assistencialismo de ordem religiosa, representado pela congregação fundada por S. Vicente de Paulo, a partir do século XVII, primeiramente em França, país de origem do santo, logo depois difundida pela Europa e, posteriormente, pelo Novo Mundo. Esta congregação agrega membros do clero, religiosos e religiosas, mas também leigos, sobretudo mulheres, viúvas ou solteiras sem encargos familiares, que pudessem dedicar-se em exclusividade aos doentes. Em Paris, por exemplo, o célebre Hospital de la Salpêtrière, destinado preferencialmente a mulheres, atraiu muitas destas voluntárias do assistencialismo de cariz religioso, que aliava a preocupação com a salvação das almas à implementação de medidas terapêuticas que pudessem, simultaneamente, contribuir para recuperar a dimensão social, racional e moral dos alienados e dos jovens transviados, pertencentes ao mundo do pequeno crime ou simplesmente da ociosidade e degradação. É certo que o quotidiano destes internos era bastante decalcado do dia-a-dia das ordens religiosas, em que o trabalho ocupacional omnipresente era pontuado por orações, leituras piedosas e meditação, mas também é inegável que o assistencialismo vicentino inaugura uma visão humanizada e humanizadora, mais empenhada, afetiva e indulgente para com o doente mental, sem descurar a firmeza nas suas estratégias de reabilitação moral e social.

Num estudo consagrado à vida e obra de S. Vicente de Paulo, Pierre Coste² reúne vários testemunhos que atestam bem a abordagem caritativa mas também o respeito e o cuidado daquele fundador relativamente aos alienados, cujo tratamento e bem-estar deveriam ser assegurados com redobrado empenho, não só devido ao carácter delicado da sua enfermidade, como também por não terem, na maioria dos casos, condições de se defenderem da negligência ou discriminação por parte daqueles que deveriam ser os seus cuidadores. Daí que, interrogado sobre a possibilidade de abandonar uma das suas Casas assistenciais, Saint-Lazare, Vicente de Paulo tenha respondido que, tal como Cristo se havia rodeado de lunáticos, loucos, possessos e outros desequilibrados, também ele se sentiria

¹ ESQUIROL, Étienne - *Des établissements consacrés aux aliénés en France*, 1918, in *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t.II, p.134. Cit. por FOUCAULT, Michel - *Histoire de la folie à l'Âge classique*. Paris: Gallimard, 1972. P.60.

² Ver COSTE, Pierre - *Vincent de Paul. Correspondance, Entretiens, Documents*. Tome1. Paris : Librairie Le Coffre, 1920. Veja-se ainda, VIÉ, Jacques ; LAIGNÉ-LAVASTINE - « La vie médicale de Saint Vincent de Paul », in *Revue des Études Historiques*, n° 96, 1930. PP. 129-136.

triste e angustiado se tivesse de abandonar essas pobres criaturas que Deus lhe tinha confiado por vocação; além disso, nas Casas de internamento da sua Congregação, não permitia que se descuidasse a qualidade dos alimentos e bebidas, bem como de outros cuidados, exigindo a retratação e emenda dos prevaricadores, cuja atitude considerava tanto mais inaceitável quanto as suas vítimas se revelavam incapazes de requerer um pensionato justo e digno.

Mais tarde, no século XIX, os movimentos filantrópicos recuperarão, em versão laica, muitos destes princípios e atitudes para com os alienados, e o próprio Pinel foi bastante inspirado pela corrente filantrópica que marcará o século de oitocentos, a qual foi diretamente responsável pelo princípio de obrigatoriedade de prestação pública de cuidados de saúde aos mais carenciados, na Europa como nos Estados Unidos. A corrente filantrópica é, como se sabe, filha da *Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen*, de 1789, pedra de toque jurídica e social da Revolução Francesa e das suas congêneres Revoluções Liberais europeias. Com efeito, Pinel possuía uma formação humanista decalcada dos enciclopedistas franceses, avessa portanto a toda a manifestação de estreiteza de espírito, fanatismo ou arbitrariedade, aliada a uma rigorosa preparação científica e a uma sólida experiência clínica, para além de uma formação cristã que norteava o seu olhar para com o próximo em situação de fragilidade e carência. Contudo, até às medidas introduzidas por Pinel e Esquirol relativamente ao alojamento e às terapêuticas destinadas aos doentes mentais, o século XVIII dividir-se-á entre o pensamento científico e os princípios humanistas das Luzes, patentes nas obras *Médecine de l'Esprit*, de Camus (1753) e *Philosophie de la folie*, de Joseph Daquin (1792) – segundo os quais cabia à filosofia ajudar a medicina a recuperar a sanidade mental dos doentes –, por um lado, e atitudes passadistas e supersticiosas, que culpabilizavam moralmente o doente mental pela sua enfermidade, segregando-o no interior dos próprios hospitais, por outro lado. Foram estas últimas, aliás, que sancionaram o bárbaro costume setecentista de expor os doentes mentais, então designados por *alienados*, à curiosidade mórbida do público, abrindo as alas dos hospitais em que se encontravam aprisionados, de modo a que as pessoas, aproveitando o seu passeio dominical, pudessem “desfrutar do espetáculo”... De resto, o século XIX substituirá estas vítimas por cadáveres, expondo-os igualmente ao domingo à curiosidade do público, nas morgues hospitalares a que iam chegando, sobretudo na sequência de acidentes ou crimes violentos. Também nesse aspeto os escritores naturalistas, designadamente Émile Zola, foram atentos observadores das práticas sociais da época, mas foram sobretudo espíritos curiosos e indagadores dos fenómenos de desequilíbrio psíquico ou de loucura, procurando as suas causas, ora no ambiente social e familiar, ora na possibilidade de existência de taras hereditárias nas suas vítimas.

Veja-se, a título de exemplo figurativo, esta impressionante descrição de uma crise patológica acompanhada de fenómenos físicos extremos, sofrida por duas das suas personagens mais famosas, o casal de homicidas formado por Thérèse Raquin e Laurent, cujo equilíbrio nervoso, já precário, se desregula inteiramente após a perpetração do crime de homicídio agravado :

Les nuits suivantes furent encore plus cruelles. [...] Ils s'exaspéraient, ils irritaient leurs nerfs, ils subissaient des crises atroces de souffrance et de terreur, en échangeant une simple parole, un simple regard [...] ils voyaient rouge, ils déliraient. La nature sèche et nerveuse de Thérèse avait agi d'une façon bizarre sur la nature épaisse et sanguine de Laurent. Jadis, aux jours de passion, leur différence de tempérament avait fait de cet homme et de cette femme un couple puissamment lié, en établissant entre eux une sorte d'équilibre, en complétant pour ainsi dire leur organisme. [...] Mais un détraquement venait de se produire; les nerfs surexcités de Thérèse avaient dominé. Laurent s'était trouvé tout d'un coup jeté en plein éréthisme

nerveux; sous l'influence ardente de la jeune femme, son tempérament était devenu peu à peu celui d'une fille secouée par une névrose aiguë. Il serait curieux d'étudier les changements qui se produisent parfois dans certains organismes, à la suite de circonstances déterminées. Ces changements, qui partent de la chair, ne tardent pas à se communiquer au cerveau, à tout l'individu.¹

Regressando ao contexto asilar ou hospitalar disfórico de finais do século XVIII, é no interior dessa espécie de distopia médica e social que o designado *tratamento moral* de Pinel e depois de Esquirol irá constituir-se como alternativa e modelo reformista em França e em diversos países do mundo, tendo como ponto de partida uma concepção inequivocamente humanista dos alienados – termo usado na época –, que encaravam primeiro do que tudo como seres humanos desorientados e sofredores, aos quais o médico devia providenciar cuidados terapêuticos adequados com vista ao seu restabelecimento ou à diminuição dos sintomas da sua doença, aliando a lucidez e a firmeza à linguagem dos afetos. De acordo com as próprias palavras de Pinel, “les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante” e os chamados métodos de choque, violentos, cruéis e sem qualquer validade científica, ou seja, o uso do torniquete, da máquina rotativa e dos banhos gelados súbitos, só conduziam ao recrudescimento do furor do doente, quando não à asfixia e ao coma. Além disso, o *tratamento moral* não consistia na aplicação de discursos moralistas ao alienado, como se se tratasse de o desviar de um caminho iniciado pela sua vontade inconsciente e perturbada, mas antes numa determinada orientação terapêutica que tinha em conta essencialmente o estado moral do doente, rejeitando tratá-lo como um mero objeto orgânico em desequilíbrio de funções. É nesse sentido que procede a uma criteriosa classificação dos doentes, separando os mais agitados dos pacíficos, de modo a instaurar um ambiente tranquilo nas enfermarias, e recusando qualquer atitude reprovadora, agressiva ou humilhante para com os doentes, pelo que preparava o pessoal auxiliar no intuito de evitar abusos ou maus-tratos para com seres humanos em posição particularmente fragilizada. Na sua obra intitulada *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1799), Pinel escreve:

Il importe surtout que les aliénés soient dirigés par les principes d'humanité et les résultats d'une expérience éclairée, que leurs écarts soient réprimés avec fermeté, mais que chacun y jouisse du degré de liberté qui s'accorde avec sa sûreté personnelle et celle des autres ; qu'enfin, dans tous les cas qui en sont susceptibles, le directeur devienne le confident de ses peines et de ses sollicitudes.²

Por seu lado, Esquirol, discípulo de Pinel, reconfigura a noção de *tratamento moral*, dotando-a de alguns critérios que considera essenciais para aumentar a sua eficácia, entre os quais a centralidade do papel do médico enquanto orientador dos doentes na recuperação da razão, o internamento dos mesmos em estabelecimentos especializados onde receberão efetivamente cuidados clínicos e terão, nos seus compartimentos, o conforto próprio de um quarto. Além disso, os hospitais devem estar preparados para lhes proporcionar atividades formativas e recreativas, tais como teatro e desporto.

A famosa lei de 1838, que visava proteger os alienados e os seus bens durante todo o processo de internamento, foi igualmente aplicada por Esquirol ao sistema de saúde estatal.

¹ cf. ZOLA, Émile - *Thérèse Raquin*. Paris: Gallimard, 2001. pp. 199-200.

² Cf. BARUK, Henri, “Pinel et son temps - Pinel et notre temps”, Communication présentée à la séance du 28 février 1977 de la Société française de l'Histoire de la Médecine. PP 156-157. Disponível em : www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1977 , pp. 152-160. Veja-se, ainda, BARUK, Henri - *La psychiatrie et la crise morale du monde d'aujourd'hui : humanisme psychiatrique et histoire de la neuro-psychiatrie*. Paris : Lib.Colbo, 1983

Enfim, graças à ação metódica e medidas terapêuticas holísticas implementadas por Esquirol, a psiquiatria *avant la lettre* foi considerada ciência médica de pleno direito. Todas estas medidas e concepções inovadoras foram, sem dúvida, modificando a percepção das pessoas relativamente à loucura, considerando-a progressivamente sem fatalismo ou superstição, mas como uma doença que, em muitos casos, poderia ser reversível e objeto de terapêuticas com reais possibilidades de induzir a cura; por outras palavras, o louco podia ter-se perdido, desviado, alienado, mas continuava a ser um cidadão, com direitos e dignidade plenos e, em muitos casos, dotado de uma razão recuperável e de parâmetros morais compatíveis com a socialização. Mas, acima de tudo, qualquer cidadão poderia em determinadas circunstâncias, e submetido a pressões extremas, vir a sofrer de debilitação das faculdades mentais e de alienação, como observara o próprio Esquirol :

Ceux pour lesquels je réclame sont les membres les plus intéressants de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l'injustice et de l'ingratitude de leurs semblables. Ce sont des pères de famille, des épouses fidèles, des négociants intègres, des artistes habiles, des guerriers chers à leur patrie, des savants distingués, ce sont des âmes ardentes, fières et sensibles.¹

Num outro plano, o século XIX assiste a um decisivo incremento das ciências médicas, e designadamente dos estudos de anatomia do cérebro e anatomia patológica, na origem da corrente neurológica em contraponto à corrente psicológica na abordagem da doença mental. Os médicos partidários desta corrente esperavam que a neurologia viesse dar resposta às interrogações sobre as causas da patologia mental, classificando-a desse modo como afeção orgânica incurável; por outras palavras, concebiam a demência já não como um problema psicológico e social tratável, mas como destruição psíquica irreversível em resultado de lesões anatómicas no cérebro. Origina-se, deste modo, a doutrina organicista em psiquiatria.

Uma nova vertente organicista, mas de consequências bem mais graves e nocivas, irá surgir em meados do século de oitocentos: trata-se da *teoria genética* da doença mental, que a classifica como doença hereditária. Com efeito, em 1851, Morel médico e diretor de um asilo de alienados, publica uma obra intitulada *Traité des dégénérescences*, na qual desenvolve uma teoria que classifica a doença mental entre as patologias hereditárias, teoria a um tempo simplificadora e generalista do problema, mas bem aceite e desenvolvida por outros alienistas, que consideram o tipo mais frequente de loucura como resultante de anomalias ou degenerescências inatas e de diferentes graus, materializadas naqueles que designavam por anormais ou degenerados. Nascia, deste modo, uma nova corrente que estigmatizava o doente mental e o condenava a uma espécie de limbo de criaturas incuráveis e nocivas à sociedade, originando, caso se reproduzissem, disgenias e multiplicação das degenerescências – mentalidade que irá difundir-se entre alguns escritores, influenciando igualmente a opinião pública.

Pouco tempo depois, as teorias de Darwin, abusivamente aplicadas às comunidades e sociedades humanas por Herbert Spencer e seus seguidores, os designados darwinistas sociais, ao colocarem a tónica da evolução na seleção natural do mais forte e saudável e a supremacia social do mais dotado de competências, irá favorecer, ainda que involuntariamente, todos os que, hostis ao espírito igualitário e humanista das Luzes e inspirador das Revoluções francesa e americana, preconizavam uma sociedade não igualitária, racista e sexista - como tal, assente na supremacia dos indivíduos masculinos, brancos, ricos, influentes e saudáveis.

Assim, por um lado, as teorias genéticas tiveram graves repercussões médicas e sociais, tendo levado à esterilização de muitos pacientes e, em certos países, como os Estados

¹ Cf. BARUK, Henri - “Pinel et son temps – Pinel et notre temps”. p.154.

Unidos, igualmente à interdição de contraírem matrimónio que recaiu sobre doentes alcoólicos ou epiléticos, originando, entre os cidadãos, princípios discriminatórios totalmente contrários aos que haviam norteado a célebre *Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen*. Por outro lado, os partidários do darwinismo social pretendiam cada vez mais “depurar” a sociedade daqueles que designavam como as suas *escórias*, preconizando o controlo repressivo dos nascimentos entre os ditos *degenerados*, de modo a assegurar a seleção eugénica das populações dos países que implementassem tais medidas. É verdade que a procriação sem constrangimentos dos elementos mais fracos ou dos ditos degenerados da sociedade preocuparia Darwin e Galton, uma vez que as sociedades modernas, mediante o princípio da universalidade na prestação dos cuidados médicos, já não selecionavam os seus elementos mais frágeis; não obstante, estes cientistas consideravam moralmente suspeitas quaisquer medidas repressivas que impedissem a procriação entre os indivíduos considerados indesejáveis, da mesma forma que achavam impraticável forçar os indivíduos mais dotados a procriarem, como se fossem uma espécie de reserva de capital genético selecionado. Todavia, em 1883, Galton inventou o termo *eugenismo* para descrever um programa de encorajamento aos indivíduos mais talentosos a constituírem famílias numerosas, pondo em prática o chamado *eugenismo positivo*; ao mesmo tempo, esse programa dissuadiria da procriação os membros mais débeis ou indesejáveis da sociedade, operando o chamado *eugenismo negativo* e assumindo com essa inovadora pedagogia genética um papel progressivamente regulador e transformador das sociedades. É necessário referir, no entanto, que quer o darwinismo social, quer a noção de uma hereditariedade irreduzível atraíram adeptos de diversos países e de vários quadrantes políticos, apoderando-se progressivamente das classes médias através da imprensa e da literatura. Na realidade, convinha à burguesia nascente ou consolidada, quer a exploração dos socialmente menos preparados ou competitivos, quer a manutenção das colónias ultramarinas entregues à cupidez dos povos europeus, pelo que estas teorias conservadoras e segregacionistas caíam em campo fértil. Por outras palavras, foram os interesses económicos e políticos que ditaram a interpretação dominante saída da obra de Darwin, em si mesma alheia às extrapolações de Spencer e dos eugenistas.

Generalizou-se então, em finais de oitocentos, em Inglaterra, Alemanha, países nórdicos, Estados Unidos e Canadá, a procura dos mais eficazes meios de evitar que os doentes mentais e os designados *associados* se reproduzissem, de modo a travar a tão temida *degenerescência*, e uma das soluções encontradas era a revogação das leis humanitárias que impediam a seleção natural dos mais aptos e o aperfeiçoamento genético. Na Alemanha, o darwinismo e depois o eugenismo foram particularmente populares e, já em 1860, o cientista alemão Haeckel havia responsabilizado os progressos das ciências médicas por favorecerem a permanência dos doentes, contribuindo desse modo para a propagação desses indesejáveis e das suas afeções.

Esta mentalidade haveria de disseminar-se rapidamente naquele país e conduzir à implementação de medidas de um racismo social que conjugava o darwinismo mais abusivo com o mais implacável eugenismo. Entre elas conta-se a promulgação da *Lei de prevenção das doenças geneticamente transmissíveis*, em 1933, pouco tempo antes de Hitler chegar ao poder, lei essa que abrangia um largo espetro de doenças alegadamente hereditárias, incidindo sobre cerca de 400.000 pessoas, institucionalizadas ou não; a reforma do código penal, de modo a incluir na pena de morte os pequenos delinquentes; a aplicação metódica, a partir de 1938, do semi-clandestino programa de assassinio massivo de doentes mentais e deficientes, e cujo nome de código era *Aktion T4*, designação retirada da morada da estrutura administrativa deste programa, o nº4 da Tiergartenstraße, em Berlim.¹ Tal programa não é mais do que a aplicação do projeto de utilizar o pretexto da guerra para

¹ Veja-se, a este respeito, TRAGENZA, M – *Aktion T4. Le secret d'État des nazis: l'extermination des handicapés physiques et mentaux*. Paris : Calmann-Lévy, 2011. pp.247-376.

eliminar os inaptos, confiado por Hitler ao médico-chefe do reich, Gehrard Wagner, alguns anos antes, surgindo sob a designação eufemística de eutanásia de fins humanitários, pois alegava-se querer subtrair os doentes a uma vida sem sentido e privada de qualquer prazer. Era aplicado a bebés com mal-formações, a crianças, jovens, adultos e idosos com doenças crónicas incapacitantes, em suma, e de acordo com o jargão nazi, aos *pesos mortos* ou *parasitas* da sociedade, concepção inspirada, aliás, em afirmações feitas por filósofos, juristas e médicos geneticistas alemães do virar do século, que defendiam a supremacia, sobre os direitos do indivíduo, dos direitos da nação como organismo social cujo património genético era preciso preservar através da seleção biológica, devendo o Estado assegurar o direito de eliminar os elementos geneticamente nocivos à raça ariana.¹

Friedrich Nietzsche, por seu lado, na obra *O Crepúsculo dos ídolos*, aqui na versão francesa, escrevera estas palavras, igualmente inspiradoras da ideologia nazi e dos seus programas de extermínio massivo:

Le malade est un parasite de la société. Arrivé à un certain état, il est inconvenant de vivre plus longtemps. L'obstination à végéter lâchement, esclave des médecins et des pratiques médicales, après que l'on a perdu le sens de la vie, le droit à la vie, devrait entraîner de la part de la société un mépris profond.²

Por sua vez, para Hitler e os nazis em geral, o darwinismo e o eugenismo traziam uma útil justificação moral ao infanticídio, à eutanásia dos adultos e ao genocídio, enquanto práticas de aperfeiçoamento biológico mas também, secretamente, medidas político-económicas de racionalização de recursos médicos e materiais, os quais deveriam ser desviados para os cidadãos saudáveis ou para os exércitos feridos em combate. À higiene da raça aliava-se a perda do direito à vida de doentes incuráveis e deficientes, que deveriam ser eliminados por injeção letal, gaz tóxico ou privação severa de alimentos. Estes três métodos de extermínio foram massivamente aplicados na Alemanha, de 1938 a 1945, em diversos centros espalhados pelo país, que incluíam câmaras de gás, fornos crematórios e valas comuns, numa ação semi-clandestina disfarçada de eutanásia humanitária, perante as famílias e a população civil em geral, estimando-se em cerca de 200.000 os doentes e deficientes assassinados, sem contar os que não constavam dos registos de “eutanasiaados”. Por outro lado, tal programa constituiu, até 1942, um útil balão de ensaio para a Shoah ou extermínio massivo de cerca de 6 milhões de judeus, considerados uma sub-raça parasita do povo alemão. Na mente distorcida, paranóica e desumanizada dos nazis, tratava-se de medidas profiláticas de salvaguarda da saúde biológica e social dos cidadãos representantes da mitificada raça ariana. Até 1945, o assassinio de crianças continuará a perpetrar-se sobretudo nos serviços hospitalares de pediatria, enquanto o dos adultos passará a ter lugar principalmente nos asilos psiquiátricos, uma vez que os centros de extermínio deram lugar aos judeus, ciganos e outros grupos considerados sub-humanos e indignos do direito à vida.

Finalmente, no período do pós-guerra, os dirigentes das nações que emergiram como potências, lideradas pelos Estados Unidos e União Soviética, constituíram, na Conferência de Yalta, os princípios-base para a constituição de uma duradoura paz mundial e a criação de uma organização multilateral que promovesse a paz, a democracia e os Direitos Humanos. Assim nasce a ONU, bem como a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, que em 1948 é adotada pela primeira. Os princípios detalhados dos Direitos Humanos, apenas

¹ Sobre os meios químico-farmacológicos usados no extermínio em massa perpetrado nos campos de morte nazis, veja-se POSNER, Patrícia – *O farmacêutico de Auschwitz. Uma história secreta do Holocausto*. Lisboa: Alma dos Livros, 2017.

² Cf. NIETZSCHE, Friedrich – *Crépuscule des Idoles*. Paris: Denöel-Gonthier, 1970. p.103-105.

delineados na Declaração Universal, estão contidos em Tratados internacionais tais como: a *Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial*, a *Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher*, a *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança*, a *Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes*, entre muitos outros.

Embora não evitem o regresso das máquinas de morte, estes documentos têm poder de vinculação jurídica e constituem, acima de tudo, um recurso de salvaguarda dos direitos humanos, começando pelo direito universal à vida e sua preservação por todos os recursos clínicos disponíveis num dado estadio civilizacional. Cabe-nos a todos determinar se o homicídio terapêutico, seja qual for a designação que queiramos dar-lhe, representa um avanço ou um recuo na nossa civilização, ou por outras palavras, uma medida humanista baseada nos progressos dos Cuidados paliativos ou uma medida pragmaticista de inspiração pós-humanista.

Conclusões

As imagens e representações da loucura ou das patologias mentais tiveram, ao longo dos tempos, bastantes variações, mas nunca foram pacíficas nem alheias a polémicas interpretações das suas causas - biológicas, espirituais, morais ou simplesmente psíquicas. Porém, se é a partir do Renascimento e do racionalismo pragmático dos séculos XVII e XVIII que o “alienado” será progressivamente institucionalizado em locais insalubres e sujeito a condições de vida desumanas, quando não aproveitado como força de trabalho em benefício dos Estados, os ideais humanitários e as práticas científicas dos iluministas, aliados ao impacto das Revoluções Francesa e Americana, contribuiram vivamente para uma mudança de paradigma na relação do médico alienista com os seus pacientes.

O século XIX verá nascer novas abordagens científicas e clínicas da doença mental, numa perspetiva humanista, mas será igualmente prolífero em correntes de pensamento que representaram um verdadeiro retrocesso, quer nas abordagens clínicas da doença mental, quer na própria conceção do ser humano quando fragilizado por essa ordem de patologias. Assim, as teorias da degenerescência hereditária, o eugenismo, o darwinismo social e, finalmente, o nazismo constituíram um verdadeiro crescendo de desumanização e reificação relativamente aos indivíduos afetados por diversos tipos de patologia mental, tendo culminado no seu extermínio massivo pela máquina de morte de Hitler e seus sequazes.

Em 1948, na sequência da criação da ONU e da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, depois aprofundada em diversos Tratados mundiais, constituir-se-á um estatuto novo e inalienável para todos os cidadãos e cidadãs, em relação ao qual todo o desrespeito ou violação representam um crime punível por lei. Assim, mesmo se ainda vulnerável, o indivíduo afetado por qualquer patologia, física ou mental, encontra nesses documentos uma base legal de defesa, mas também um marco inalienável na conquista da sua dignificação e do direito à preservação da vida.

Fontes e bibliografia selecionadas

BARUK, Henri - La psychiatrie et la crise morale du monde d'aujourd'hui : humanisme psychiatrique et histoire de la neuro-psychiatrie. Paris : Ed. Colbo, 1983. 143 p. ISBN : 2-85332-037-5

FOUCAULT, Michel – Histoire de la folie à l'Âge classique. Paris: Gallimard, 1972. 583 p. ISBN 2-07-029582-6.

POSNER, Patrícia – O farmacêutico de Auschwitz. Uma história secreta do Holocausto. Lisboa: Alma dos Livros, 2017. 236 p. ISBN 978-989-99705-9-5.

TRAGENZA, M – Aktion T₄. Le secret d'État des nazis: l'extermination des handicapés physiques et mentaux. p. 247-376. Paris : Calmann-Lévy, 2011. 516 p. ISBN978-2-7021-4184-7.

ZOLA, Émile - Thérèse Raquin. Paris: Gallimard, 2001. 342 p. ISBN 2-07041800-6.

DOENÇAS DO CORAÇÃO, DOENÇAS DA CABEÇA NA *ARQUIPATOLOGIA* DE FILIPE MONTALTO

Adelino Cardoso

CHAM-FCSH-Universidade Nova de Lisboa

Investigador Integrado

Email:cardoso.adelino@gmail.com

Resumo

A *Arquipatologia* (1614) de Filipe Montalto é uma obra relevante na história da psiquiatria. Mantendo-se fiel à tradição hipocrático-galénica, Montalto reformula o quadro antropológico que serve de base à abordagem da doença mental, através de uma visão do todo psicossomático como uma unidade integradora de sistemas interdependentes. Assim, ma doença mental tem a sua causa num desarranjo do cérebro e contamina o coração, devido à simpatia fácil entre estes dois órgãos, originando uma alienação mental e uma desregulação dos afectos. Ao invés, o estado saudável caracteriza-se pelo ajustamento recíproco entre cérebro e coração, razão e afectos.

Palavras-chave: Arquipatologia, cérebro, coração, razão, afecto

Abstract

The *Archipathology* (1614) by Filipe Montalto is a relevant work within the history of the psychiatry. Keeping faithful to the hippocratico-galenic tradition, Montalto reformulates the anthropological framework on which is based the approach to the mental illness, through the view of the psychosomatic whole as an integrative unity of interdependent systems. So, the cause of mental illness lies in the brain, which contaminates the heart, due the sympathy between these organs, generating a mental alienation and an emotional deregulation. On the contrary, the healthy state consists of the reciprocal adjustment between brain and heart, reason and emotion.

Keywords: Archipathology, brain, heart, reason, emotion

Introdução

Filipe Elias Montalto – nome adoptado pelo cristão-novo Filipe Rodrigues após a sua reconversão à religião judaica. Natural de Castelo Branco, onde nasceu em 1567), fez o curso de medicina na Universidade de Salamanca, exerceu clínica em Lisboa, na Itália, especialmente em Florença e na corte de Maria de Médicis, regente da França, ao serviço da qual morreu, em 1616. A sua *Arquipatologia na qual são detalhadas, em muito cuidadosa investigação, a essência, as causas, os sinais, os presságios e a cura das afecções internas da cabeça*, publicada em 1614, é uma obra relevante na história da psiquiatria pelo carácter exaustivo da sua classificação das doenças mentais, pelo rigor conceptual e pela experiência clínica evidenciada.

Tal como expresso no próprio título da obra, a *Arquipatologia* versa sobre as doenças da cabeça, porque é aí que se encontra a sede das faculdades principais – razão, imaginação e memória. No entanto, o coração, se bem que não seja a sede da alma racional, vê-se investido de uma importante função no domínio dos afectos.

Quadro geral de inteligibilidade

A *Arquipatologia* trata das doenças que atingem as funções específicas do humano: funções intelectuais, morais e afectivo-dinâmicas. A expressão “afecções internas da cabeça” ou

simplesmente doenças da cabeça tem a vantagem de indicar que as ditas afecções caem sob a alçada do médico. O que está longe de ser uma evidência no início do século XVII e mesmo um século depois, como se atesta pela observação de Ribeiro Sanches: “Contentar-me-ei que redunde alguma utilidade deste trabalho à minha Pátria no caso que mostrasse que os males e enfermidades do ânimo ou paixões da alma venham a cair na consideração dos médicos.”¹

De facto, na Europa cristã dos séculos XII e XIII, em que se dá um florescimento dos saberes, acompanhando a criação de universidades, as Faculdades de medicina e a profissão de médico gozam de um vasto prestígio, com um estatuto equiparável ao do filósofo ou do teólogo. O estatuto da perturbação mental era então bastante incerto, reconhecendo-se-lhe dupla origem: uma desregulação orgânica ou o efeito da possessão por algum demone, bom ou mau. No primeiro caso, competia ao médico ocupar-se da cura, através de medicamentos e de um regime de vida adequado, no segundo, competia ao teólogo, através de exorcismos. A relação entre médicos e teólogos era em geral pacífica e mesmo de colaboração recíproca: o médico encaminhava para os sacerdotes os pacientes que ficavam imunes às suas boticas e conselhos, os sacerdotes remetiam para os médicos os pacientes nos quais o exorcismo não surtia efeito. Esse equilíbrio rompe-se no decurso do século XVI².

O impulso naturalista do renascimento implica uma estratégia de naturalização de fenómenos tradicionalmente atribuídos a forças sobrenaturais: adivinhação, desempenho de competências sem a aprendizagem habitualmente requerida (por exemplo, falar latim, tocar um instrumento musical). Na linguagem da época, tratava-se de *mirabilia*, isto é, fenómenos ou acções admiráveis porque insólitos.

A nível médico-filosófico, a obra de Pietro Pomponazzi (1462-1525) *De incantationibus*, redigida em 1520 e publicada postumamente em 1556, assume claramente a tese de que os demones, a existirem, não têm qualquer influência na existência humana. Esta obra provocou reacções. No entanto, o diferendo entre demonólogos e naturalistas atingiu o auge com a controvérsia entre Jean Wier (1515-1588) e Jean Bodin (1530-1596). A obra de Wier *De praestigis daemonum* (1563), na qual se atribuíam todas as perturbações da mente a desordens dos humores, teve um impacto considerável, sobretudo através de duas traduções francesas, a segunda das quais, por Jacques Grevin, em 1579. Jean Bodin responde de imediato com a *Démonomanie* (1580), onde afirma a potência dos demones e, mais genericamente, a influência do sobrenatural no curso da existência humana.

O conflito entre demonólogos e naturalistas não põe frente a frente dois blocos homogéneos, havendo autores com posições muito matizadas, como por exemplo Francisco Sanches que, no *Comentário ao livro de Aristóteles Da Adivinhação pelo Sonho*, nega a existência de demones no plano médico-filosófico, mas admite a sua existência e eficácia no plano religioso. Este conflito diminui progressivamente de intensidade, à medida que o ponto de vista médico-científico prevalece nos meios intelectuais e políticos, nomeadamente na corte francesa, sendo certamente significativo que Michel Marescot, médico do rei Henrique IV, num longo parecer solicitado por este, em 1599, questione a intervenção maléfica do diabo, a propósito de um caso de pretensa possessão demoníaca³.

Montalto procede como se fosse pacífico que as múltiplas formas de alienação mental pertencessem legitimamente ao foro médico. Com efeito, embora admita episodicamente,

¹ SANCHES, António Nunes Ribeiro — Dissertação sobre as paixões da alma. Covilhã: UBI. 2003, p. 24.

² Jean Céard delinea um quadro razoavelmente preciso desta transformação na relação entre medicina e religião. Veja-se CÉARD, Jean — Médecine et démonologie. Les enjeux d'un débat. In Littérature, Médecine et Société n° 9 La Possession. Université de Nantes, 1988, pp. 167-184.

³ MARESCOT, Michel — Discours véritable sur le fait de Marthe Brossier, de Romorantin, prétendue démoniaque. Paris, 1599.

que a adivinhação e os feitos extraordinários podem ter origem sobrenatural¹ ou o furor divino², a sua posição é muito assumidamente racionalista: “São referidos alguns acontecimentos admiráveis e dificilmente credíveis de melancólicos, visto que na verdade alguns, enquanto alienados, sem serem informados por ninguém, se tornam artífices, filósofos, astrónomos, poetas, e o que é mais, pressagos do futuro, muito especialmente a partir dos sonhos. Se estas coisas são verdade, não devem reduzir-se a um dêmone maléfico, como fazem alguns, acreditando que tal loucura provém da ofensa daquele, mas antes a uma peculiar natureza, qualidade e quantidade do humor melancólico juntamente com a disposição do sujeito.”³

A Arquipatologia é para o seu autor uma ciência das afecções internas da cabeça. No entanto ela abarca igualmente as perturbações psíquicas – hipocondria, insânia dos amantes, furor ou mania, perturbações da memória –, suscitando a questão de se as doenças da alma podem ser reduzidas a doenças orgânicas. Sob este aspecto, a abordagem de Montalto é afim da de Rodrigo de Castro, para quem as “perturbações do ânimo” (*animi perturbationes*) são sintomas das doenças físicas, mas podem ser “também causas” das mesmas⁴. O ponto de divergência reside em que tais perturbações, que têm uma influência altamente nefasta sobre a saúde, “perturbando os humores e os espíritos, alterando o corpo e destruindo as forças”, são para Castro objecto da filosofia moral⁵, que tem a capacidade de as apaziguar, ao passo que Montalto as inscreve no âmbito da ciência e da arte médicas. O modelo explicativo de Montalto é o galénico, cuja tese basilar é a de que “os costumes da alma seguem os temperamentos do corpo”⁶. Trata-se de uma tese geralmente aceite, apesar de algumas vozes dissonantes, como é o caso de Francisco Sanches, no *Comentário ao livro de Aristóteles Da Longevidade e da Brevidade da Vida*, onde inverte os termos da relação, devido à superioridade da alma sobre o corpo: “tal corpo foi feito por causa de tal alma e não o contrário”⁷.

Pela sua formação intelectual e experiência clínica, Montalto mantém-se fiel à tradição galénica, Montalto permanece fiel à tradição galénica, mas complementando a tese de que os costumes da alma seguem o tratamento do corpo com essoutra de que o temperamento do corpo segue as afecções da alma: “A primeira parte da cura ocupar-se-ia directamente de apaziguar o ânimo, a segunda de regular o corpo. E, na verdade, não só os costumes do ânimo (*animi mores*) seguem a compleição (*temperaturam*) do corpo, mas também a compleição (*temperatura*) do corpo segue as afecções do ânimo (*animi affectiones*), de tal modo que não será de admirar que quanto maior é o domínio do ânimo (*animi imperium*) sobre o corpo, tanto mais o corpo recebe mudanças assinaláveis das funções das faculdades directoras e das paixões (*passionibus*) das [faculdades] apetentes, o que os três corifeus da Medicina exararam por escrito e a experiência, em múltiplas circunstâncias, atesta.”⁸.

Por conseguinte, o autor da *Arquipatologia* reconhece a especificidade do psiquismo, estabelecendo uma relação de causalidade recíproca entre funções orgânicas e psíquicas, tal como está muito claramente expresso no tratado IV: “Estas duas paixões [tristeza e medo]

¹ MONTALTO, Filipe, *Arquipatologia*. Lisboa: Colibri, 2017, p. 204. Doravante, esta obra será referida como *Arquipatologia*.

² *Arquipatologia*, p. 299.

³ *Arquipatologia*, p. 230.

⁴ CASTRO, Rodrigo de — *O Médico Político*. Lisboa: Colibri, 2011, p. 84.

⁵ “E, na realidade, da mesma forma que a constituição perfeita do corpo propicia a integridade dos costumes, também os costumes bem ordenados ligam sempre a bondade do temperamento ao corpo, um dos quais é tarefa própria da filosofia moral, o outro, da medicina.” (*O Médico Político*, p. 84).

⁶ “As faculdades da alma seguem os temperamentos do corpo: submeti este princípio à prova e examinei-o de diferentes maneiras, não uma nem duas vezes, mas em múltiplas ocorrências, e não solitariamente, mas, desde logo, com os meus mestres e, depois, com os melhores filósofos. E descobri que ele é sempre verdadeiro” (GALIEN, *L'Âme et ses Passions*, Paris, Les Belles Lettres, 1995, p. 7).

⁷ SANCHES, Francisco — *Tratados Filosóficos*. Lisboa: Instituto de Alta Cultura, 1955, p. 298.

⁸ *Arquipatologia*, p. 295.

são, de facto, não só causa, mas também filhas do humor negro, Daí que haja razão para se repetirem em círculo: o temor triste dá à luz a melancolia, esta, por seu lado, o temor triste.”¹. Tal correlação efectua-se principalmente através da interdependência entre a mente (*mens*) e o cérebro, mas também entre o coração e o ânimo (*animus*), cabendo aos espíritos (*spiritus*) a função de mediadores. Com efeito, os espíritos são corpúsculos feitos de matéria espirituosa (*spirituosa*), ou seja, extremamente subtil, quente e leve, que circulam no interior do sangue e obedecem ao controle da alma, como seus “instrumentos”. Segundo a sua origem e grau de subtileza, os espíritos dividem-se em naturais (gerados no fígado), vitais (gerados no coração e artérias) e animais (gerados no cérebro). Os espíritos animais são os mais subtis e os mais aptos para a comunicação, que é a sua tarefa específica.

O cérebro é a sede das funções intelectuais superiores – razão, imaginação e memória – próprias da mente, à qual serve de suporte material. Por conseguinte, a má conformação ou corrupção do cérebro afecta essas funções, da mesma forma que os desarranjos da alma, nomeadamente o seu desvario (*desipientia*) altera a tempérie do cérebro, desregulando-o.

Por seu lado, o coração é a sede dos sentimentos, tanto positivos como negativos, de que são exemplo o medo e a tristeza. O coração liga-se ao ânimo, a parte da alma que regula as faculdades apetentes, isto é, afectivo-dinâmicas, dentre as quais ressalta a faculdade estimativa (*aestimativa facultas*), através da estima (*aestimatio*), quer dizer, sentimento natural do agradável e desagradável: “as acções de temer ou de ousar não acontecem sem que previamente as preceda a estima (*aestimatio*) do mal ou do bem”².

A quantidade e qualidade dos espíritos está sujeita a variações, que afectam a saúde e bem-estar do ser individual. Desde logo, a boa proporção dos espíritos facilita a simpatia natural das várias partes do corpo. Estas, e desde logo o coração e o cérebro, comunicam-se mutuamente o prazer inerente ao bom desempenho e o desprazer ou padecimento resultante de algum tipo de afecção. No léxico de Montalto, há um consenso (*consensus*) ou sentimento recíproco das partes do corpo, sendo o cérebro o órgão que mais se alegra e mais padece com todos os demais órgãos.

A afinidade entre cérebro e coração na melancolia

O tratado IV, sobre a melancolia, é o mais extenso da *Arquipatologia*, o que está em linha com o enorme interesse suscitado por esta afecção no período do renascimento. E é, porventura, também o tratado em que é mais visível o carácter integrado do psiquismo e, inclusive, do todo psicossomático.

Montalto assume a definição de Paulo Egineta, segundo o qual, a melancolia é “um delírio sem febre, a partir do humor atrabiliário, que, surgindo com muita gravidade, ocupou a mente”³. Tal como a mania, que é a forma típica de loucura, a melancolia é uma forma de alienação caracterizada pelo delírio e perturbação da imaginação, acompanhada por uma depravação da razão, que julga mal o que se lhe apresenta, vendo ou antecipando males imaginários. O ponto crítico é o desvario da razão, porquanto a imaginação segue o juízo da razão. Por seu lado, a memória permanece intacta, ao contrário da mania, em que as três faculdades directoras se encontram afectadas. No entanto, o curso da melancolia pode levar à mania, que é uma afecção mais profunda.

Ora, os sintomas mais evidentes da melancolia são o medo e tristeza irracionais, que são “paixões do apetite animal”. Por conseguinte, a depravação da razão é acompanhada por uma tonalidade afectiva que sufoca a alma e oprime o coração. Com efeito, “o medo e a tristeza são males do coração”⁴.

¹ Arquipatologia, p. 227.

² Arquipatologia, p. 193.

³ Arquipatologia, p. 187.

⁴ Arquipatologia, p. 192.

Razão e afecto ajustam-se mutuamente, sob o primado da razão, a faculdade ordenadora do psiquismo. No entanto, Montalto reconhece a especificidade da dinâmica afectiva, cuja base orgânica é o coração. Deste modo, o autor da *Arquipatologia* distingue, quanto à sua génese, dois tipos de melancolia: aquela que é gerada por corrupção do cérebro, que induz a alienação da mente, e aquela que é gerada pelo calor excessivo do coração, que, “ao agitar o espírito e as imagens pelo movimento irrequieto, perturba o repouso da mente”¹. Isto significa que o coração não causa imediatamente, por si próprio, o medo e a tristeza irracionais, mas “arrastando o cérebro para a simpatia”, isto é, para acompanhar o ritmo do coração e ser afectado pela afecção deste. Neste caso, da melancolia por simpatia do cérebro com o coração, é este que gera a tristeza e o medo, através da sua capacidade de influenciar o cérebro e tordar a mente. Assim, a *Arquipatologia* apresenta uma concepção do corpo como uma estrutura orgânica, em que os vários órgãos têm funções específicas, mas também como um sistema de comunicação e afecção recíproca, em que as partes sofrem e se alegram umas com as outras, sob o comando do cérebro.

Em síntese, Montalto desenvolve uma antropologia altamente complexa assente na unidade integradora do todo psicossomático, que é ele próprio constituído por dois sistemas internamente regulados: o corpo e a alma.

Conclusão

Montalto assume a tripartição da alma – racional, irascível e concupiscível –, cuja formulação canónica se encontra no *Timeu* de Platão, uma obra que teve grande influência na tradição médico-filosófica. Todavia, para Montalto, elas constituem uma unidade regulada por uma “lei natural”, que impõe a efectiva coordenação das suas faculdades, isto é, “mediante a qual as faculdades apetentes obedecem às principais faculdades da alma”. Por conseguinte, a função da alma racional não é inibir mas ajustar os afectos que nascem das faculdades apetentes, ligadas à parte irracional da alma. No plano orgânico, a simpatia entre o cérebro e o coração são um análogo do acordo das faculdades da alma. Deste modo, as doenças da cabeça são também doenças do coração, acompanhadas de “paixões do apetite”.

Referências Bibliográficas

BURTON, Robert — *The anatomy of melancholy*. London: J. M. Dent & Sons Ltd, 1972.

CARDOSO, Adelino; PROENÇA, Nuno Miguel — *Dor e sofrimento na Arquipatologia de Filipe Montalto*. Vila Nova de Famalicão: Edições Húmus, 2018.

CASTRO, Rodrigo de, *O médico político*, tradução de Domingos Lucas Dias, Lisboa, Colibri, 2011.

CÉARD, Jean — *Médecine et démonologie : les enjeux d'un débat*. Littérature, Médecine, Société. 8 (1988) 167-184.

GALIEN — *L'âme et ses passions*. Paris : Les Belles Lettres, 1995. Tradução de V. Barras, T. Birchler, A.-F. Morand.

MONTALTO, Filipe — *Arquipatologia*. Lisboa: Colibri, 2017. Tradução de Domingos Lucas Dias, Inês de Ornellas e Joana Mestre Costa

PIGEAUD, Jackie — *Melancholia*. Paris: Payot & Rivages, 2008.

¹ *Arquipatologia*, p. 193.

PHILOTHEI ELIANI.
MONTALTO
LVSITANI,
CHRISTIANISSIMI
GALLIARVM, ET NAVARRÆ REGIS
LVDOVICI XIII,
ET CHR^{MÆ} REGINAE REGENTIS
Confiliarij, & Medici ordinarij.
ARCHIPATHOLOGIA.
IN QVA INTERNARVM CAPITIS AFFECTIONVM
essentia, causa, signa, praesagia, & curatio
accuratissima indagine edisseruntur.



LVTETIÆ,
Apud FRANCISCVM IACQVIN,
Sumptibus CALDORIANÆ Societatis.

M. DC. XIII.

CVM PRIVILEGIO REGIS.

ANATOMIA DA MELANCOLIA O ESTADO DA ARTE DA PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA NO SÉCULO XVII

Teresa Matos Mendonça

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta;

Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa

Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria

Email:mteresacmcm@gmail.com

Resumo

Robert Burton was an english scholar at Oxford University from the first half of the 17th century. In 1621 he published the first edition of *The Anatomy of Melancholy*, a work dedicated to the essence of melancholy. Considering the divergence of opinion, he devoted himself to collect documents and studies of a variety of writers, doctors, theologians and philosophers that preceded him, obtaining an important literary review on the matter.

Palavras-chave: palavras-chave: história humor melancolia

Introdução

De que falamos quando falamos de depressão? É uma palavra que deriva do Latim “deprimere”, que significa pressionar para baixo. Aplica-se em diferentes contextos, sempre fazendo alusão a este sentido de inclinação descendente, nível inferior ou função reduzida, seja na geologia, economia, medicina, meteorologia ou psicologia. As referências a um humor deprimido encontram-se já em obras de Hipócrates e Galeno; era um dos elementos característicos do estado de melancolia, que abrangia ainda o medo e o luto. Dada a multiplicidade de autores que se debruçaram sobre esse tema, havia uma grande diversidade de opiniões no que dizia respeito à essência da melancolia. O trabalho de Robert Burton consistiu em reunir num tratado o conhecimento que então existia da matéria. O presente artigo tem por objectivo dar a conhecer este trabalho e traçar um paralelo com os conhecimentos actuais da perturbação depressiva.

Discussão

Burton considerava existir “um tipo de necessidade no conhecimento das causas, sem o qual é impossível curar ou prevenir qualquer tipo de doença”¹ Assim, dividiu a sua obra em quatro volumes, organizando as “suas causas, sintomas, curas, juntos e em separado”¹.

I.A matéria

A matéria da melancolia não era consensual. Uma teoria da época sustentava que a melancolia tanto era material como imaterial. A melancolia material dizia respeito a um dos quatro humores, a par da fleuma, da cólera e sangue. O humor melancólico poderia estar alterado quer termos de quantidade como de qualidade, assim como de lugar onde se estabelece, provocando diferentes efeitos sobre o coração, o fígado, o estômago ou o cérebro. “Se está dentro do corpo e não está putrefacto, causa icterícia, se está putrefacto, causa febre. Se sai pela pele causa lepra. Se transtorna a mente, produz várias formas de loucura e delírio.”¹ A melancolia imaterial dizia respeito ao substrato “sem matéria, fazia apenas parte do espírito, uma destemperança que altera o cérebro e as suas funções”¹.

II. As causas

Após tentar definir o substrato da melancolia, Burton passa a dar a conhecer as causas, sem as quais em vão se procurará uma cura. Identifica as causas gerais como sobrenaturais e naturais.

Entre as *sobrenaturais*, considera o poder dos espíritos, de demónios e de Deus. Hipócrates defendia que o médico deveria prestar especial atenção a esta possível etiologia - saber se a doença provinha de uma causa sobrenatural divina ou se seguia o curso da natureza, visto que as doenças espirituais teriam de ser espiritualmente curadas e não de outra forma. Os meios comuns não serviriam nesses casos. Identificando Deus como causa, a melancolia surgia como castigo do pecado e satisfação de justiça divina, como é exemplificado em diversas passagens das escrituras. Quanto aos demónios, já na altura, era uma questão, segundo Agostinho, carregada de controvérsia e ambiguidade. Contudo, considerava-se que anjos e demónios seriam entidades corpóreas, no sentido de que tudo o que ocupe espaço seria corpóreo, e teriam uma forma absolutamente redonda, por ser a forma mais perfeita, sem ásperas, sem cantos, sem curvas e sem projecções. No entanto poderiam assumir temporariamente qualquer forma que lhes apossasse de modo a ludibriar os sentidos dos homens, simulando objectos estranhos ou causar cheiros ou sabores, por exemplo, ou mesmo concretizar cópula carnal com seres humanos. Além disso, seriam muito ágeis, deslocando-se rapidamente entre vários lugares, e poderiam predizer o futuro e alterar tentativas e projectos humanos de acordo com as suas intenções. A referir que as ordens de bons e maus demónios seriam de descartar, uma vez que todos os espíritos seriam bons ou maus para nós por engano; o que as suas acções causavam no ser humano seria apenas um efeito colateral dos seus planos, aos quais nós seríamos indiferentes.¹ Burton faz referências a diversos tipos de demónios segundo diversos autores: Tholosanus propõe sete tipos de espíritos segundo o número de planetas considerados na altura, o que seria suportado por astrólogos da altura como Kepler e Tycho Brahe, que falavam de habitantes saturninos e de outros planetas. Platão, Sócrates e Pitágoras consideravam nove tipos: deus, ideias, inteligências, arcanjos, anjos, demónios, heróis, principados e príncipes. Outros autores faziam uma classificação segundo a localização e efeitos dos espíritos: os ígneos, que acendiam as estrelas e meteoritos e levariam os homens para rios e precipícios, os aéreos, que provocavam tempestades para celebrar o suicídio de um homem, os aquáticos, que provocavam inundações e naufrágios e seduziam o homem para o mar, os terrestres, que se passeavam pela terra mostrando-se apenas a alguns homens, sendo causa de alucinações e alinação da realidade, e os subterrâneos, que causavam os terramotos que engoliam cidades.¹ Assim, segundo Burton, os demónios seriam a causa de catástrofe nos campos, gados e bens mas também nos nossos corpos e mentes. Muitos médicos da época consideravam que a loucura, o desespero e a fúria adviria de um desequilíbrio dos humores, com predominância da melancolia, causada pela infiltração de demónios nestes humores. Pratis escreve que “o diabo, sendo um espírito subtil e incompreensível, pode insinuar-se facilmente e serpentear pelos corpos humanos e astutamente recostado nos nossos intestinos, infectar a nossa saúde, aterrorizar as nossas almas com sonhos terríveis e sacudir a nossa mente com fúrias. Estes espíritos imundos estabelecidos nos nossos corpos, já misturados com os nossos humores melancólicos, triunfam por assim dizer e divertem-se como se estivessem noutra céus. Segundo se apercebem que o nosso temperamento está inclinado nesse sentido e mais apto a ser iludido, entram e saem do corpo como as abelhas das colmeias. As pessoas melancólicas são as que estão mais sujeitas às tentações e ilusões diabólicas, as mais aptas a hospeda-las e sobre as quais o diabo pode trabalhar melhor.”¹ Burton remata a sua revisão das causas sobrenaturais da melancolia opinando que “ocorre como castigo do pecado, por falta de fé, incredulidade, debilidade ou desconfiança.”¹

Entre as causas *naturais*, Burton divide-as entre as internas, congénitas e inatas e as externas e adventícias. Consideremos em primeiro lugar as causas internas. A primeira é a velhice, o destino inevitável e inexorável de todos os homens, e na qual há uma diminuição da substância e aumento dos humores melancólico e colérico. Segundo Rhazes, médico árabe, “ao fim de setenta anos tudo é problemático e triste, e a experiência comum confirma a verdade disso nas pessoas fracas e velhas, especialmente aquelas que foram muito activas toda a vida, tiveram grandes trabalhos e negócios e param *ex abrupto*, são dominadas pela melancolia de um momento para o outro; ou se continuarem nesse caminho ficam senis por fim e tornam-se incapazes de gerir os seus bens por doenças inerentes à idade, cheias de dores, tristeza e pesar, crianças outra vez, babam-se muitas vezes e falam sozinhas, irritam-se e ficam rabugentas e degradadas com tudo, suspeitam de tudo, tornam-se avarentas, duras, teimosas, supersticiosas, vãs, gabarolas e autocomplacentes.”¹ A outra causa interna, inata, de melancolia seria a nossa temperatura, ou seja, o todo ou a parte que recebemos dos nossos pais; temperatura portanto como o equivalente ao material genético e à educação recebida. No entanto na época este aspecto assumia contornos deterministas, actualmente descartados. Roger Bacon diz “onde o caracter e a constituição do pai forem corruptos, a constituição e o caracter do filho têm de ser corruptos; o caracter do pai é transmitido ao filho por meio da semente”¹ Segundo Lemnio, “os defeitos provêm das sementes, e a maldade e as más condições dos filhos devem muitas vezes ser totalmente imputadas aos pais”¹, por isso não havendo qualquer razão para duvidar de que a melancolia seria uma doença hereditária. Paracelso, Crato, Hipócrates, Plutarco e muitos outros também o afirmavam categoricamente. Mercado, um médico espanhol da época, escreveu um tratado sobre doenças hereditárias nas quais incluía lepra, varíola, pedra, gota, epilepsia e a loucura, que “acontece a muitos como uma coisa miraculosa da natureza, agarra-se para sempre a elas como um hábito incurável. E a coisa mais espantosa é que em algumas famílias salta o pai e aparece no filho, ou passa para outro qualquer, às vezes só para os terceiros na linha de descendência, e nem sempre causa a mesma coisa, mas sempre muito parecida”¹. Além de estabelecer uma etiologia hereditária, Burton apresenta ainda características particulares da ascendência que facilitam a transmissão desta entidade. A velhice do pai seria uma das principais culpadas da melancolia do filho, raramente alegre. Se o filho é gerado com o estômago cheio, a criança será doente ou louca. Segundo Plutarco, um bêbedo gera outro bêbedo, assim como mulheres tontas ou irracionais geram crianças como elas.¹ Outros apontam causas como alimentação desregrada com muito alho e cebola, ou jejuns prolongados, períodos de estudo intelectual em demasia ou se está triste, aborrecido ou perplexo nos pensamentos no dia da concepção, tudo isto gerará filhos muito mais sujeitos a sofrer de loucura e melancolia e a ter o cérebro embotado, a ser estúpidos, pesados, timoratos e descontentes com a vida.¹

Assim, devido a este determinismo na etiologia da melancolia, Burton e muitos autores do século XVII advogam que “a nossa maior felicidade é sermos bem-nascidos, e seria uma alegria para a humanidade se apenas progenitores de corpo e espírito são pudessem procriar”¹ Burton alerta que “devido ao nosso facilitismo, ao permitirmos que quem quiser se possa casar, sendo demasiado indulgentes e tolerantes em todas as situações, nenhuma família está segura, quase nenhum homem livre de ser atingido por uma grave doença quando não se fazem escolhas. Ficará para a posteridade que a nossa geração é corrompida, temos muitas pessoas fracas, quer de corpo quer de espírito, muitas doenças selvagens a desenvolverem-se entre nós. Os nossos progenitores são a nossa ruína, os nossos pais são maus e parece que nós seremos ainda piores”.¹

Assim, dentro das causas naturais internas ou inatas, refere-se a velhice e os pais. Passando às causas naturais externas ou adventícias, àquelas que nos acontecem depois de nascermos, Burton classifica-as em evidentes e remotas ou em antecedentes e próximas. As remotas subdivide em necessárias e não necessárias. As não necessárias são as que podemos evitar e

são as seis coisas de que tanto falam os médicos como causas principais desta doença – dieta, retenção, ar, exercício, sono e vigília. Burton explora mais minuciosamente a dieta como causa de melancolia: acusa a carne de vaca, a carne de porco, o cervo velho, o veado, a lebre, enchidos, o leite e todos os produtos lácteos, todo o peixe, abóboras, pepinos, couve-galega, melões e repolho, as raízes, todo o tipo de fruta, as especiarias, o pão, ervilhas, feijões, aveia e centeio, todos os vinhos tintos e bebidas demasiado quentes e a cerveja. De entre os alimentos que recomenda inclui apenas os coelhos jovens e a carne de vaca portuguesa.

III.A cura

Burton remata a sua obra aconselhando a que, uma vez conhecida a causa da melancolia, a pessoa “afaste de si a causa da doença, que evite quem é como ela, que faça tudo o que está ao seu alcance para se abrir ao mundo exterior, que aceite os bons conselhos de médicos e teólogos. Em jeito de corolário e conclusão, quando vos ocupardes do vosso bem-estar, observai este breve preceito: não vos entregueis à solidão nem à ociosidade. Infelizes, tende esperança. Felizes, tende cautela”¹

O que podemos extrair desta revisão de conceitos à luz do conhecimento actual? A etiopatogenia da depressão é avaliada agora segundo uma perspectiva biopsicossocial. Considera-se um modelo unificado que integra as teorias biológicas (a teoria monoaminérgica, o processo neuroinflamatório, o sistema neuroendócrino, a plasticidade sináptica e a bioenergética neuronal) com as teorias cognitivas, psicodinâmicas e existenciais. Podemos traçar um paralelo da melancolia material da época com a fisiopatologia actual, assim como da melancolia imaterial com as considerações psicossociais. O peso da hereditariedade continua presente na balança da etiologia da perturbação depressiva, embora não assuma um papel tão determinista como na altura. Por outro lado, já então havia referências a causas modificáveis da depressão, que se mantêm ainda hoje e se incluem nos conselhos de prevenção e nos tratamentos de manutenção – um estilo de vida saudável, com uma alimentação sem excessos, exercício físico regular e higiene do sono.

Conclusões

Apesar de a Psicologia apenas se ter desenvolvido no século XIX, a humanidade teve sempre a necessidade de explorar e conhecer a vida subjectiva própria e do outro. Naturalmente, na ausência de um objecto de estudo concreto, as opiniões reúnem pouco consenso. Actualmente, apesar de não existir ainda um correlato anatomo-patológico que traduza a patologia psiquiátrica, há diversas teorias biológicas suportadas experimentalmente que permitem uma maior concordância nas linhas de investigação e orientação.

Bibliografia

¹ BURTON, Robert – Anatomia da Melancolia. Lisboa: Quetzal Editores, 2014.

**A MELANCOLIA: O «HUMOR NEGRO» E OS SEUS *MIRABILIA*
COMPENDIADOS POR ISAAC CARDOSO, UM MÉDICO E FILÓSOFO
JUDEU DO SÉCULO XVII**

Luciana C. F. Braga

Instituto de Letras e Ciências Humanas da Universidade do Minho
Estudante de Doutoramento e Investigadora/Colaboradora do Centro de Estudos
Clássicos e Humanísticos
(CECH - Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra)
e do Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias
(CLEPUL - Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa)
Email: lucianab210@gmail.com

Resumo

A Melancolia é o «humor negro, frio e seco». Esta é a definição de Hipócrates. Aristóteles afirmou que a Melancolia era um atributo dos homens excepcionais. Guainério disse que os melancólicos, sempre que a lua estivesse inflamada, eram capazes de compor versos sublimes em língua latina. Rhasis contou que os atrabiliários manifestavam uma sabedoria incomum e eram capazes de antecipar os eventos futuros. Lémnio explicou que estes *mirabilia* resultavam, por vezes, de uma grande agitação da mente precipitada por forças demoníacas. Erasmo, por fim, revelou a impossibilidade de curar o humor melancólico através do exorcismo ou de tratar determinados efeitos a partir de medicamentos.

Para melhor compreender e explicar o «humor negro», Isaac Cardoso compendia as reflexões de um conjunto vasto de autores inquietos e atraídos, no seu tempo, pela esfinge da saúde mental. Esta comunicação procura sublinhar diversas linhas temáticas desenvolvidas pelo médico e filósofo do século XVII, na sua *Philosophia Libera*, e que se centram sobre a melancolia e os seus efeitos admiráveis.

Palavras-chave: Melancolia; Filosofia médica; História da Saúde Mental; Isaac Cardoso (1603-1683)

Abstract

Melancholy is the "dark, cold and dry humour". This is Hippocrates definition. Aristotle stated that Melancholy was an attribute of the exceptional men. Guaineri said that once the moon was enlarged, the melancholics were capable of composing the most sublime verses in latin. Rhasis said that the atrabilious men manifested an rare wisdom and were capable of predicting future events. Lemnio explained that these *mirabilia* were sometimes the result of a great agitation of the mind hasted by demoniacal forces. Erasmo ultimately revealed the impossibility to heal the melancholic humour through exorcism, or to treat certain effects using medication.

To better comprehend and explain the "dark humour", Isaac Cardoso compiled the thoughts of a large number of unsettled authors that were fascinated, in his time, by the riddle of mental health. This presentation aims to emphasize multiple subjects developed by the physician and philosopher of the XVII century, in his *Philosophia Libera*, focusing on Melancholy and all its marvellous effects.

Introdução

É na Questão XVII, do Livro V (*De Anima et Viuentibus*), do seu maior tratado científico-filosófico, a *Philosophia Libera*,¹ que Fernando/Isaac Cardoso discute um dos fenómenos patológicos mais intrigantes da História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental, a melancolia. Classificando a melancolia como um dos assuntos que à obscura *anima* diz respeito, este pensador judeu do século XVII procura esclarecer, do ponto de vista médico e filosófico, a sua natureza, causas e efeitos. Para isso, cita os melhores espíritos da medicina e da filosofia, que desde a Antiguidade procuraram identificar e explicar não só a causalidade deste humor, como também as suas manifestações mais surpreendentes.

Assinalaremos o trajeto pelo qual evolui o pensamento “cardosiano”, certamente influenciado pela medicina clássica e tradicional, passando imperativamente pela filosofia natural e as explicações teológicas, e destacaremos as principais teses e autores considerados por Cardoso na desconstrução deste que considera ser um dos humores mais perniciosos da psicofisiologia humana.

1.«Melancolia definitio»

“Os especialistas em definição são raros”, confessou Santo Agostinho a Adeodato, seu filho, num dos seus diálogos e reflexões sobre a ambiguidade das palavras.² Isaac Cardoso, *ex physico-mor* da Corte de Madrid e excelente doxógrafo, não procura apresentar a melhor definição do signo que propõe estudar nesta *Quaestio XVII - melancolia*, nem pretende estabelecer-se como um especialista na arte de definir. Mas, certamente convencido de que um fenómeno tão intrigante como este ainda careça, no início da modernidade, de um significado firme e elucidativo, é sua *intentio* expor a melancolia para que todos, médicos, e não só, a compreendam e ousem estudá-la sem confusões e, sobretudo, sem omissões.³

Para alcançar o seu propósito, começa por apresentar uma definição descritiva da melancolia, através da qual revela, separada e sequencialmente, todos os elementos que constituem a sua essência. Assim,

*«Melancolia est humor frigidus, et siccus colore niger, sapore acidus, faex sanguinis, ad varios naturae usus procreatus».*⁴

¹ A *Philosophia Libera in septem libros distributa...* foi publicada em 1673, na cidade de Veneza, numa fase em que o outrora criptojudeu nascido em Trancoso, Fernando/Isaac Cardoso (1603-1683), reassume convictamente a sua verdadeira fé, o judaísmo. Cardoso viu no *ghetto veneziano* uma oportunidade para professar livremente as suas crenças interiores, sem recear as chamas abrasadores da Inquisição peninsular. Por isto, quem assina o frontispício deste grande tratado da medicina, da filosofia, enfim, de todas as ciências, é «*Isaac Cardoso*», um «*Medico, ac Philosopho praestantissimo*», um judeu agora livre. Neste tratado, considerado por Yosef Yerushalmi (1971) a «obra magna», a «*summa sapientiae*» de Isaac Cardoso, o autor distribui, em sete longos livros, cerca de oitocentas páginas escritas em latim, os assuntos das várias ciências: «Dos princípios das coisas naturais» (Livro I), «Das afeções das coisas naturais» (Livro II), «Do Céu e do Mundo» (Livro III), «Dos Mistos» (Livro IV), «Da Alma e dos Seres Vivos» (Livro V), «Do Homem» (Livro VI), «De Deus» (livro VII). Vide CARDOSO, Isaac - *Philosophia Libera*, Venetiis: Bertanorum Sumptibus, 1673. A quem seja de interesse os aspetos biobibliográficos do autor, considere a leitura de YERUSHALMI, Yosef H. - *From Spanish Court to Italian Ghetto. Isaac Cardoso: a Study in Seventeenth-century Marranism and Jewish Apologetics*. New York and London: Columbia University Press, 1971 e ROSA, José Maria - “Isaac Cardoso: Vida e Obra”. In CALAFATE, P. - *História do Pensamento Português*. Vol. II, Lisboa: Caminho (2001), pp. 285-329.

² SANTO AGOSTINHO - O Mestre – Diálogo de Pai e Filho sobre a Linguagem e a Descoberta da Verdade Interior. Largebooks, 2010, p. 102.

³ É desígnio expresso do autor coligir num só livro todas as coisas que aos filósofos da natureza dizem respeito, com a consciência de que muitas coisas os filósofos omitem, acabando as mesmas por ser discutidas de maneira dispersa e fragmentária, nos livros dos médicos e dos teólogos: «*Cum ergo intentio nostra sit naturalem philosophiam instituere, et omnia, quae ad philosophum naturalem spectant in unum colligere quorum multa fere ommittunt philosophi, et sparsim apud Medicos, et Theologos disceptantur*», cf. CARDOSO, Isaac - *Philosophia Libera, Prohaemium*, fol. 8, col. A e B.

⁴ *Phil. Lib.*, Q. 17, *De Melancolia*, p. 298, col. A.

E de que outra forma poderíamos explicar melhor um objeto, senão pelas propriedades que o tornam especial e distinto de todos os outros? Através desta conceção que nos dá o eloquentíssimo médico de Sefarad sabemos prontamente que a melancolia i) é um humor frio e seco; ii) de cor negra; iii) de sabor ácido; iv) é um resíduo do sangue; e v) foi criada pela natureza para diversos fins. Mas Cardoso pretende ser mais preciso, esclarecendo, um a um, todos os atributos por que é identificada a melancolia. Portanto,

i. Melancolia est humor frigidus et siccus

«A melancolia é o humor frio e seco».¹ Como facilmente antecipamos, nesta *melancoliae definitio*, o autor da *Philosophia Libera* recupera as principais conceções da tradição médica hipocrático-galénica, influída na tese humoral que supõe a existência de quatro humores no corpo humano, responsáveis ora pela saúde e o bem-estar (se em quantidades proporcionais), ora pela doença (se em falta ou em excesso).²

A apropriação da definição hipocrática da melancolia não é inesperada, se considerarmos a longevidade dos tratados do *Corpus Hippocraticum*, que subsistiram como base para a compreensão da doença e da saúde mental até ao século XIX.³ Hipócrates foi, como sabemos, um dos primeiros médicos da Antiguidade Clássica a propor uma leitura orgânica deste que é, provavelmente, um dos estados mentais mais primitivos do ser humano e, ainda que muitos autores, médicos e filósofos, anteriores e coevos de Cardoso, atribuissem outras definições à melancolia, observando-lhe, por exemplo, diferentes compleições,⁴ a medicina antiga, fundada nas observações do sábio de Cós e de Galeno, parece nutrir, em dose muito considerável, a abordagem médica de Isaac Cardoso, presente nesta definição.

A melancolia é, portanto, e antes de mais, um humor (também designado por Hipócrates líquido ou fluído), que deve a sua natureza fria à água que em grande quantidade se mistura com o líquido seroso que o constitui, ou, ainda, porque quando é produzido, o estômago, o fígado e as partes vizinhas retiram-lhe o calor.⁵ A natureza fria deste humor, resultante da mistura excessiva de água, seria comprovada pela sintomatologia que frequentemente lhe era associada, como a hidropisia, o excesso de urina e o suor constante. Observações que reforça com a autoridade de Galeno e de Diocles que reconhecem, para além destes, o escarro constante nos melancólicos hipocondríacos.⁶

¹ *Idem*.

² Na teoria hipocrática dos humores, o corpo humano é composto de quatro fluídos (também designados líquidos, ou humores), como sejam o sangue (quente e húmido), a fleuma (fria e húmida), a bílis amarela (quente e seca) e a bílis negra (fria e seca). A coexistência destes humores em níveis regulados seria responsável por manter o corpo saudável, porém, o homem adoeceria quando um dos humores estivesse em prejuízo ou em excesso. Alcméon de Crotona (séc. V a. C.) terá sido o precursor de Hipócrates, ao afirmar que a saúde resultaria do equilíbrio entre os elementos fundamentais do organismo (*Isonomia*), e que o predomínio de uma delas sobre as demais seria a causa da doença (*Monarquia*).

³ Considerado a «Bíblia dos médicos», o *Corpus Hippocraticum*, mais concretamente um dos tratados que o compõem, *Aforismos*, serviram de texto de estudo em muitas universidades até ao século XIX, tendo sido, até então, traduzido para várias línguas e comentado por autores vários. *Vide* SOUSA, M. José - Pervivência dos *Aforismos* de Hipócrates: a edição portuguesa de 1762. In ORNELLAS e CASTRO, I., ANASTÁCIO, V. - Revisitar os saberes. Referências Clássicas na Cultura Portuguesa do Renascimento à Época Moderna. Centro de Estudos FLUL, 2010, pp. 89 – 103.

⁴ É disso exemplo Filipe Montalto, que não segue a definição de Hipócrates, mas de Areteu, para quem a melancolia não seria um humor em si mesmo, mas uma «aflição do espírito» cuja causa interna seria o humor melancólico, uma intempérie quente e seca, e não fria e seca. Para melhor conhecer a perspetiva de Montalto sobre a melancolia, ver o MONTALTO, F. - Arquipatologia, Tratados I – IX. Edições Colibri, Lisboa, 2017, pp. 187 – 238.

⁵ Cf. *Idem*, Q. 17, *De Melancolia*, p. 298, col. A. No *Corpus Hippocraticum*, segundo Montalto (1614), Hipócrates chama água à melancolia, pois, para além do sangue, da pituita e da fleuma, também a água constituiria o conjunto de quatro humores presentes no corpo humano.

⁶ *Ibidem*.

Também acrescenta, noutro momento da sua *quaestio*, que a natureza fria e seca da melancolia procederá, muitas vezes, da ingestão de alimentos frios e secos e das tempéries fria e seca típicas do outono.¹

ii. *faex sanguinis improprie*

Antes de justificar a cor negra da melancolia e o seu sabor ácido,² é desiderato do pensador criptojudeu explicar por que razão é este humor amíuê e injustamente chamado «*faex sanguinis*».

É chamado resíduo do sangue, desambigua, «não porque o seja realmente, mas porque, tal como acontece com o resíduo do vinho, ou do óleo, não é gerado naturalmente, mas acidentalmente, provocado pela separação das partes».³ Pretendendo ser ainda mais claro com esta analogia aos resíduos do vinho e do óleo, explica que a melancolia é, na verdade, um humor que se ocupa da nutrição das partes, e que apenas metaforicamente se diz que é um resíduo, por lhe ser semelhante, «uma vez que os restos humorais se depositam, obtendo uma natureza térrea e seca».

Do mesmo modo que o resíduo do vinho não é o vinho, nem o do óleo é o óleo, assim também os sedimentos do sangue são distintos do próprio sangue. E conclui, demonstrando que vários são os nomes que designam este humor, por exemplo, “*spuma*” ou “*flos sanguinis*”, “*hypostasim sanguinis*”, “*turbulentiam*”, “*limum*”, e “*faecem*”, ou seja, “espuma ou flor do sangue”, “substância do sangue”, “perturbação”, “sedimento” e “resíduo”, respetivamente.⁴

iii. *sapores acidus*

Debruçando-se sobre a acidez característica deste humor, o autor evoca as reflexões de Avicena e Galeno. Em que Avicena atribuiria à melancolia um sabor entre o doce e o azedo (*pontico*), compreendido pelo médico persa como um ácido brando, já que, como notou Galeno, se, por vezes, a melancolia tivesse muita acidez, não se trataria da melancolia natural, mas, em vez disso, da atra bÍlis, ou bÍlis negra, que é não é natural.⁵

A constatação de Cardoso seria, deste modo, corroborada por estas autoridades médicas, que definem a melancolia natural pela sua *acrimonia* subtil.

iv. *ad varios naturae usus procreatus*

Para finalizar esta explicação *ad partium* dos elementos constitutivos da melancolia, Cardoso enumera os seus principais *usus*, ou funções, relembrando que apesar do excesso de bÍlis negra provocar problemas de saúde ou a doença, em certa quantidade, ela é necessária.

¹ *Ibidem*. De facto, para a compreensão do fenómeno patológico, a medicina hipocrática antecipa a importância dos sinais que a natureza dá, para além das manifestações e comportamentos internos e externos do corpo humano, ou seja, o médico devia ter uma espécie de cosmovisão totalizadora, assim capaz de identificar e ajustar todos os elementos intrínsecos e extrínsecos ao organismo. Para Hipócrates, o homem é certamente influenciado, entre outros fatores, pela natureza que o envolve, pelos alimentos que ingere, pelas características do local que habita, ou ainda pelas estações do ano. Na verdade, entre as causas externas, as estações do ano determinavam especialmente a variação humoral, sendo que cada um dos humores preponderava numa estação específica, a saber: no inverno, que é frio e húmido, prevaleceria a fleuma (também fria e húmida na sua composição); na primavera, quente e húmida, predominaria o sangue; no verão, caracteristicamente quente e seco, seria produzida uma grande quantidade de bÍlis amarela; e o outono, por fim, pelo ar tipicamente frio e seco, seria o mais propício para a produção excessiva de bÍlis negra.

² A propósito da cor negra da melancolia leia-se as considerações do autor no desenvolvimento do ponto 2. “Sobre as espécies preternaturais da melancolia”, na página 6 deste texto.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*. Galeno considerava que a bÍlis negra era tipicamente ácida, ao contrário da melancolia, que tinha uma quantidade menor de acidez. A bÍlis negra e a melancolia são, na tese galénica dos humores, duas espécies distintas de humor melancólico. Sobre as espécies, ou tipos de melancolia pronunciar-se-á, mais à frente, Cardoso.

Neste sentido, a melancolia seria responsável por: 1) nutrir as partes frias e secas, como os ossos e as cartilagens; 2) garantir o líquido nas partes sanguíneas; 3) tornar o sangue mais consistente e espesso, para que mais facilmente se funda na carne e assim resista às causas modificadoras; 4) purificar a parte do sangue que segue para o resto do corpo, uma vez que, sendo a parte mais espessa transmitida para o baço, a restante massa do sangue sairia pura e limpa; 5) garantir a absorção e conservação dos alimentos, considerando que parte da melancolia também é levada do baço para o estômago, para que durante a sua adstrição ele contraia e se fortaleça, e os alimentos sejam absorvidos e conservados e, por fim, 6) excitar fome, através da sua acidez.¹

Enumerados os *usus* fundamentais da melancolia, Isaac Cardoso detém-se especialmente sobre o local onde este humor excitaria a fome. De facto, por que razão seria a melancolia naturalmente levada até às profundezas do estômago, enraizando-se aí, e não para a boca onde o apetite surge com mais vigor? A razão é que - observa o autor, ela é levada para o fundo [do estômago] para que a cozedura se faça em maior quantidade, já que aquela parte é predominantemente mais carnosa e mais quente, provocando de certo modo fome».²

2. Species Melancoliae Praeter Naturalis

Uma vez anatomizadas todas as características definidoras da melancolia (natural), e posto que compreendida na sua essência, considera Cardoso ter criado as condições necessárias para avançar na sua disquisição, reservando especial atenção para os diferentes tipos não naturais da melancolia.

As espécies preternaturais da melancolia, ou *atrabilis*, seriam enumeradas em duas diferentes, introduz Cardoso: uma que é gerada a partir da bÍlis, outra a partir da melancolia adusta, ou *putrefacta*. Estes dois humores «pútridos e inflamados», como descreve, teriam essas qualidades «em virtude de uma certa natureza cinérea, resultante da sua degeneração nas partes húmidas». E no que às suas divergências diz respeito, afirma que uma é negra e seca, e outra é brilhante (o brilho resultaria, como explica, de certas partículas que viam as suas propriedades adustas e putrefatas enfraquecidas, revelando-se imediatamente mais límpidas e com mais luz). Uma participa da faculdade ácida e corrosiva, por causa do calor intenso, embora a sua ação seja fria; outra tem, enfim, a bÍlis negra dispersa, responsável pela ebulição na terra, pela sua fermentação e por afastar as moscas, assim devido ao acre ácido que estaria propagado e que imediatamente entranharia na terra, «elevando para o alto certas partes térreas com o vaporoso espírito».³ Uma, a bÍlis negra, ou *atrabilis*, não corrói; por outro lado, a melancolia adusta é mais amarga e mais intensa, obtendo desta forma mais acrimónia e mordacidade.

Quando Cardoso noticiou que as espécies da melancolia eram várias, certamente não se referia apenas à bÍlis negra e à melancolia adusta. A este propósito, dizia Robert Burton, médico contemporâneo de Isaac Cardoso, que quando a matéria era diversa e confusa, como a melancolia, outra coisa não se poderia esperar senão que as espécies fossem diversas e confusas.

De facto, muitos autores falaram, realmente, de forma confusa sobre a melancolia, dividindo-a em inúmeras e distintas espécies.⁴ Alguns autores modernos, por exemplo, discutiam os vários tipos segundo o lugar do corpo humano onde o humor negro era produzido ou onde existia em grande quantidade (por exemplo, a melancolia hipocondríaca

¹ *Ibidem*.

² *Idem*, p. 298, col. B.

³ *Ibidem*.

⁴ Cf. BURTON, R. - Anatomia da Melancolia (Fragmentos). Lisboa: Quetzal, Série Clássica, 2014, pp. 9-18. Veja-se também este autor para um compêndio mais completo dos tipos ou espécies de melancolia, e das várias teorias sobre este assunto.

é o tipo que surge dos intestinos, do fígado e do baço); alguns autores clássicos, por outro lado, mostravam esta diversidade conforme os fluídos por que era composta a melancolia. É precisamente sobre as opiniões deste último conjunto que se pronunciará o filósofo português. E sobre isso diz-nos o seguinte: «a atra bñlis não pode resultar da pituíta, como nos ensina Fernelius, Manardus, Valésio e Peramatus, porque são apenas duas as espécies de atra bñlis, aquela que resulta da bñlis e aquela que é originada pela melancolia adusta. Donde pela água não pode ser queimada, porque, como nos disse Aristóteles, sendo a pituíta aquosa não poderia queimar, ao ponto de originar a bñlis negra. A verdade é que a melancolia distingue-se muito da pituíta quanto ao temperamento, cor e disposições».¹ Sobre este assunto acrescenta ainda que é mais certo o que disse Avicena, julgando por bem que a partir do humor adusto, ou putrefacto, seria possível conceber, de forma preternatural, a bñlis negra.²

Considerando, portanto, a multidão de concepções e teorias sobre a prevalência de diferentes fluídos na produção da melancolia, Cardoso participa um número maior de espécies preternaturais:

quatro seriam as espécies de bñlis negra segundo a diversidade de matéria de que são feitas, nomeadamente, a partir ou da bñlis, ou da melancolia, ou do sangue, ou da pituíta adusta.³

No entanto, sem partir numa longa e detalhada descrição de cada uma, já o tendo feito particularmente sobre os dois tipos principais (a bñlis negra e a melancolia adusta), discrimina apenas, com base nas diferentes compleições, as benfezejas e as mais prejudiciais. Assim, as espécies de melancolia originadas pelo sangue e pela pituíta seriam as menos frequentes e as menos perniciosas, uma vez que proveem de matéria benigna. Pelo contrário, as que são geradas a partir da bñlis e da melancolia seriam as mais frequentes e violentas. Para reforçar a sua constatação, evoca, uma vez mais, Galeno que afirma que a bñlis negra resultante da bñlis amarela é mais perniciosa do que aquela que é gerada através da melancolia. Sem dúvida, conclui o nosso médico, quanto mais bilioso o humor, mais poderoso seria na sua ação, de maneira que o humor preternatural, que é feito a partir de uma natureza disforme, seria o pior. Entre os humores naturais, a bñlis negra seria, então, a menos benigna, afetando muito mais a natureza.⁴

De opinião contrária é, contudo, Avicena para quem, de acordo com Isaac Cardoso, seria pior aquela que tem origem na melancolia, «já que tem partes mais secas, mais afastadas e que corroem mais». Neste caso, assegura, o recurso a medicamentos cáusticos (*caustica medicamenta*), «que atuam melhor nas partes secas, seria pouco eficaz, uma vez que apenas atenua os sintomas da sua acidez, permitindo, desta forma, que a matéria seca lhes resista».⁵

3. *Melancoliae Mirabilia*

Testemunham Guainério, Huarte e Lémnio que, por vezes, pode atingir-se a disposição melancólica de tal maneira que os melancólicos pronunciam línguas estrangeiras que nunca aprenderam, e predizem o futuro. De facto, são incontáveis os registos, nos tratados médicos antigos e medievais, de casos de indivíduos que revelavam habilidades admiráveis em estado melancólico.

¹ *Ibidem.*

² *Ibidem.*

³ *Idem*, p. 299, col. A.

⁴ *Ibidem.*

⁵ *Ibidem.*

Observemos que neste ponto do estudo do humor melancólico, a abordagem será muito mais a de um filósofo das coisas naturais do que a de um médico circunscrito às teorias fisiológicas, ou orgânicas do *Corpus Hippocraticum*. Como sabemos, a medicina nem sempre foi capaz de explicar todos os fenómenos incríveis associados às doenças ou enfermidades da alma. E as tentativas para explicar estes *mirabilia* da melancolia que Guainério, Huarte ou Lémnio antecipam, foram incontáveis e de diversas naturezas. Afinal, de que forma poderemos explicar que um sujeito comum, adoecido pelo desequilíbrio de humor negro no corpo, seja capaz de falar línguas estrangeiras, como o Latim, o Grego, ou o Alemão, sem as ter aprendido alguma vez? E o que acontece para que de súbito sejam capazes de adivinhar o futuro ou de possuir conhecimentos científicos sem o estudo prévio ou a instrução de um mestre?

Cardoso descreve alguns destes casos surpreendentes, compendiando um conjunto de relatos dos principais pensadores da filosofia e da medicina, que atestam o sincronismo destes *mirabilia* com a condição melancólica.

i. Aristóteles

A teoria do filósofo estagirita é a que Isaac Cardoso privilegia para introduzir este assunto das manifestações excepcionais melancolia, certo de que, na ausência de sólidos argumentos iátricos para este tipo de fenómenos, o pensamento filosófico seja capaz de compreendê-los. Assim, Aristóteles, na secção I, do seu *Problemata 30*, indaga sobre a razão pela qual todos os sábios quer na filosofia, quer na administração da *res publica*, quer na poesia e nas artes seriam melancólicos, sugerindo que a linha entre esta enfermidade e o génio seria, portanto, muito subtil.

Para além disso, o filósofo também afirma que várias qualidades da melancolia poderiam ser comparadas ao vinho, de maneira que algumas disposições seriam idênticas à destes homens, que se tornariam iracundos, brandos, coléricos, tristes, alegres, e com outros defeitos.¹ Para além desta volubilidade comportamental e emocional que Aristóteles associa aos atrabiliários, e cuja compreensão facilita a partir da metáfora do vinho,² ressalva que estes teriam, geralmente, sonos bons.³

ii. Guainério

No século XV, António Guainério também expôs a sua perspetiva sobre as habilidades especiais das pessoas com perturbações mentais. Para testemunhar que certos melancólicos iletrados se tornavam eruditos, Cardoso cita este médico de Pavia, que relata um acontecimento que o próprio terá testemunhado:

Guainério afirma ter visto um certo camponês melancólico, que sempre que a lua estava combusta compunha canções latinas, e, terminada a combustão, o mesmo homem já não era capaz de proferir uma palavra em Latim.⁴

Esta habilidade que de súbito, num momento lunar peculiar, terá surgido neste camponês melancólico seria explicada por Guainério pela relação entre a alma e o corpo, certamente

¹ *Ibidem*.

² Sobre a analogia do vinho para explicar as oscilações na disposição do melancólico, e para uma interpretação da conceção aristotélica da melancolia presente nos *Problemata XXX*, veja-se CARVALHO, C. - "O Problema XXX e o Tratamento da Condição melancólica em Aristóteles". In *Revista Filosófica de Coimbra*, n.º 47 (2015), pp. 27-78.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

influenciado por Platão, como atestaremos posteriormente nas meditações com que Cardoso finalizará o assunto da melancolia.¹

iii. Rhasis

Também o médico e filósofo persa, Abu Bakr Mohammad Ibn Zakariya al-Razi (865-925), atestou a inaudita erudição dos pacientes melancólicos: «Rasis diz que alguns melancólicos outrora iletrados tornavam-se eruditos, e prediziam acontecimentos futuros corretos».²

iv. Erasmo

Eramus, por sua vez, conta que um certo indivíduo de Espoleto falava línguas que nunca recuperara uma vez curado pelos vermes dos medicamentos.³

O domínio de línguas peregrinas, ou estranhas, foi diversas vezes documentado pelos espíritos mais curiosos de todos os tempos, e Erasmo não foi exceção, notando a ausência destes *mirabilia* a partir do momento em que a melancolia desaparecia. A cura da melancolia seria, portanto, o fim deste “super” e inexplicável poder, o que levava a crer que este só podia ser efeito daquela.

v. Forestus

O mesmo nos mostra Forestus, entre o conjunto de autores citados por Isaac Cardoso, que menciona particularmente o caso de uma mulher melancólica que cantava pequenas cantigas e hinos em Latim, os quais nunca tinha aprendido. Para além desse relato, também afirma ter visto um jovem filho de um marinheiro que, enquanto esteve ferido na cabeça, delirava e fazia surpreendentes silogismos na língua germânica que, depois de curado, já não sabia fazer.⁴

3.1. Das causas da melancolia

Avançados os testemunhos dos mais audazes e incontestáveis intelectos antigos, que sustentam as excepcionais capacidades dos atrabiliários. Cardoso avança para uma reflexão imensa sobre as causas que estariam na origem destes fenómenos. A verdade é que não há efeito sem causa, e para estas manifestações intrigantes da melancolia, que mais do que a mente dos doentes melancólicos parecia agitar a mente dos próprios amantes da medicina e da sabedoria, urge a necessidade de deslindar as suas origens.

Não há dúvidas de que estas manifestações são recorrentes num indivíduo melancólico, e Cardoso parece resumi-lo bem através da máxima de Heráclito:

«*splendor siccus anima sapientissima*»

Id est, “brilho seco, alma sapientíssima”. Por outras palavras, ao humor seco e frio uma alma erudita. Seguramente, terá constatado Heráclito que as tempéries secas do humor melancólico tornam os espíritos mais lúcidos, mais fortes e mais capazes de compreender, sobretudo se as ações intelectuais tiverem origem na melancolia adusta. E explica-nos isso da seguinte forma: «*homo*, que é *antropos* em Grego, diz respeito a todos os seres vivos e contempladores, assim, à semelhança de Deus, através da disposição dos humores, são capazes de conhecer muitas coisas que desconhecem, e de predizer o futuro».⁵ Teriam,

¹ Aprofunde-se este argumento de Guainério com a leitura de RIDER, C. - Demons and Mental Disorder in Late Medieval Medicine. In KATAJALA-PELTOMAA, S., NIIRANEM, S. - *Mental (Dis)Order in Later Medieval Europe*. Brill, 2014, p. 49.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*.

assim, os humores poderes muito semelhantes aos de Deus, capazes de potenciar as mais incríveis aptidões no ser humano.

As causas segundo Areteu:

Também Areteu da Capadócia, antiguíssimo médico, segue esta teoria, e sobre os efeitos da melancolia diz-nos que «“são de incontáveis espécies”», de facto, aqueles que são engenhosos e aprendem facilmente astronomia e filosofia fazem-no *sine Doctore*, já que essa informação não lhes seria transmitida por ninguém. O que causaria algum desconforto neste eloquentíssimo médico grego, donde com certeza, «não sabiam poesia – escarnece, através das musas».

Mas nem só de vantagens viviam os melancólicos, como de imediato desmistifica:

“Efetivamente, algumas das vantagens que a doença oferece aos rudes e aos homens incultos é a facilidade em aprender, por outro lado, carregam o penoso peso que este infortúnio envolve: afligem-se o oleiro ou o artífice (...), alguns têm pensamentos monstruosos”.¹

Sobre a capacidade provada dos melancólicos para prever situações futuras, Areteu propõe o seguinte raciocínio:

“O Espírito (*Animus*) é constante e estável, todos os sentidos são puros e íntegros, a inteligência é subtil, a mente é hábil para vaticinar. De facto, pressentem, em primeiro lugar, a própria passagem pela vida, donde anunciam o futuro a partir do presente; algumas pessoas, que não têm fé, por vezes acreditam nas palavras destes, porém os homens admiram-se com as consequências das próprias palavras; além disso, alguns têm, em vida, conversas com certos defuntos, possivelmente sozinhos com eles próprios apercebem-se da presença destes através da sua agudeza de espírito e pureza, e tornam-se verdadeiros vates pelo espírito ardente e torpezas”.²

As causas, segundo Lemnius:

Levinus Lemnius comprovou que se a pronúncia de línguas estrangeiras ou a predição do futuro fossem provocadas pelo Demónio, e não pelo humor natural, como muitos deduzem, então a enfermidade jamais desapareceria com os remédios naturais, sendo apenas curada por «“estes que ultrapassam a força da natureza”». ³ Porém, não é o que acontece na maior parte dos casos, em que os melancólicos são libertados da doença pelos auxílios naturais, o que leva a crer, constata o médico holandês do século XVI, que esta surge frequentemente pelas qualidades da natureza. E a razão é esta

como nos melancólicos adustos a ebulição dos humores é ferventíssima, e intensa seria a agitação dos espíritos na mente humana, o movimento e o alvoroço é violentíssimo, pelo que algumas vozes estranhas e as línguas antes desconhecidas se expandem.⁴

¹ *Ibidem*

² *Idem*, p. 299, col. B.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

Para que a sua explanação seja melhor compreendida, Lémnio, de acordo com Cardoso, compara a ferventíssima ebulição dos humores e a consequente agitação dos espíritos na mente humana à simples colisão de uma pedra. Atentemos a esta fantástica símile:

Elas [as línguas estrangeiras e todas as restantes manifestações admiráveis] são projetadas do mesmo modo que, pela colisão, a pedra se desfaz e as faíscas do fogo se dispersam. Apagado o fogo e levantadas as cinzas, deseja-se que se avive o espírito, assim como a mente, que é abrangida por toda a sabedoria é reprimida pela densa massa do corpo (...), mas durante o tempo em que o cérebro é agitado pela doença, o que está para trás, escondido nas profundezas do íntimo, é revelado, e põe a descoberto, diante os olhos de todos, forças inculcadas no espírito; assim como as raízes, que não libertam nenhum perfume se não forem movimentadas ou agitadas.¹

Assim como a pedra liberta toda a sua força quando colide com outra superfície robusta, assim como as raízes retiradas do solo sacudidas exalam o seu perfume, também a mente humana precisa de ser agitada para que as suas potencialidades mais incríveis se denunciem. A fervura dos humores seria, pois, para este autor, uma das principais causas dos *mirabilia* da melancolia.

Levinus, tal como Guainério, também segue a opinião de que perto da morte, a alma do homem é certamente menos entorpecida pela prisão do corpo, e uma vez livre volta a si mesma, e adivinha os acontecimentos futuros, «como consta de Jacob e de José, que na iminência da morte prenunciaram de forma brilhante vários acontecimentos».²

As causas, segundo Huarte:

Juan Huarte explica a causalidade da melancolia de outra forma. Segundo Cardoso, o médico e filósofo renascentista assevera que a língua latina está em grande harmonia com a alma racional. Explicando que certas naturezas seriam reveladas assim que a língua fosse apropriada, o que seria certamente provocado pela doença ou, de outro modo, pelo temperamento no cérebro, necessário para que uma certa língua elegantíssima, como o Latim, seja repentinamente adquirida pelo homem.³

3.2.Dos argumentos

Finalmente, depois de nos apresentar um espólio diverso de citações e paráfrases sobre os efeitos mais surpreendentes da melancolia e as suas causas gerais, tendo por base as reflexões de Heráclito, Aretu, Lemnius e Huarte, Isaac Cardoso estrutura um conjunto de raciocínios que fundamenta da seguinte forma:

1.«Nenhuma língua é natural»

A sua primeira constatação é a de que nenhuma língua é natural, devendo supor-se, por isso, não ser possível que um homem com temperamento no cérebro, não importa em que parte, seja alterado com línguas estrangeiras que nunca soube falar. Porque é evidente que, nenhuma língua surge naturalmente no homem, apenas pelo uso e pela prática se aprende perfeitamente. Considere-se, pois, o seguinte exemplo:

¹ *Iidem.*

² *Ibidem.*

³ *Ibidem.*

Se desde o início as crianças não ouvissem os homens a falar, profeririam a voz da cabra ou dos bois, que são naturais nos animais; certamente não falariam através da voz natural, mas a língua racional.¹

2.«Os melancólicos não podem falar línguas estrangeiras se não as tiverem aprendido»

A segunda constatação é a de que jamais um atrabiliário poderia falar uma língua sem a ter estudado: «O homem tem a capacidade de aprender todas as línguas, contudo todas são adquiridas pela prática».² Deste modo, a leitura anterior de Huarte estaria incorreta, donde a língua (nem a latina, nem nenhuma outra) não estaria em harmonia com a alma; pois, para o nosso filósofo livre e judeu confesso, se alguma está em consenso e tem afinidade com o intelecto dos homens essa só poderia ser a língua hebraica, que é coeva do mundo, e foi incutida por Deus no primeiro homem. Ela é a primeira, a mãe de todas, a mais elegante, erudita e plena de santidade. No entanto, elucida Cardoso, é certo que os Hebreus não a conservam desde o momento do seu nascimento, «mas aprendem-na pela prática e pelo trabalho».³

Por isso, se um certo doente, ou, de outro modo, um homem é desconhecedor de línguas que não domina, ele não pode falá-las, a não ser por razões sobrenaturais: ou é ensinado pelo Demónio ou pelo Anjo, como a burra de Balaão.⁴ E recuperando a analogia com o vinho, sustenta:

Precisamente como os ébrios carregados de vinho, que num palavreado prolixo são capazes de verbalizar várias vezes termos estrangeiros, da mesma forma são capazes de proferir espontaneamente um discurso desarmónico, que não teria significado na própria língua, ainda que tivesse na estrangeira; por isso se distingue entre estar possuído ou estar doente; se as línguas peregrinas são adquiridas pelo Demónio, ou se nem sempre os nomes pronunciados promanam do Demónio.⁵

A opinião de Aristóteles

Para tentar explicar esta destreza dos melancólicos para falar línguas estrangeiras, Cardoso recupera uma das teses de Aristóteles, presentes no seu *De Anima*, e que se centra nos processos mentais aqui implicados. É esta, «a representação imaginativa (*phantasmata*) é percebida, e que o intelecto pode não ser capaz de compreender aquilo que não passa primeiro pelos sentidos, ou então o que tenha origem neles, uma vez que através do intelecto não haveria imagem, nem a recordação seria imaginação, nem a imaginação seria os sentidos».⁶ Sob esta linha de pensamento, conclui Isaac Cardoso que as línguas estranhas não podem ser comparadas a nenhuma espécie, a nenhuma representação imaginativa, a nenhuma ideia (*notitia*), de maneira que não se poderá proferir naturalmente, isto é, sem prática.

A não ser que, salvaguarda o autor, consideremos verdadeira a tese de Platão, que supõe que o nosso conhecer é recordar, e não adquirir conhecimentos de novo. Porém, «uma vez que os nomes dos conhecimentos seriam extrínsecos não poderiam ser próprios das almas,

¹ *Ibidem*.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ Cf. Livro dos Números, 22, 20-31.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Idem*, p. 300, col. A.

procedendo alguns das tempéries do cérebro». A verdade é que, «na própria língua, a poesia não é admirável, sendo que um doente verte elegantemente, porque ouviu algumas consonâncias em tempos precedentes, e o que diz não é muito diferente da oração assimilada».¹ Para ilustrar as suas afirmações, o autor descreve o caso de um agricultor que não sabia bem o alfabeto, mas corrompido pela febre, delirando como se estivesse morto, era capaz de criar várias canções na língua hispânica, com uma mestria que muito surpreendia.

A opinião de Huarte

Huarte, por sua vez, acreditava ser possível o cérebro dos homens produzir tempéries de tal espécie, com a mesma disposição para adquirir línguas que já adquirira anteriormente. Pois, «se Deus formara outro homem com a mesma sabedoria e perfeição de Adão, que atraía os animais até si para atribuir-lhes nomes, distinguindo-os conforme as suas qualidades: então, esta imposição não seria criada a partir das tempéries do cérebro e por disposições naturais, mas por causa da força da própria sabedoria, que conheceria e compreenderia intimamente as disposições naturais dos animais».²

O caso das crianças prodígio

Revisitando, uma vez mais, o filósofo de Estagira, e as suas disquisições sobre a relação da doença mental e a genialidade, Cardoso relembra o exemplo muito concreto e muito curioso das crianças prodígio. Quando Aristóteles questionou o motivo pelo qual algumas crianças alcançavam antecipadamente a idade na qual seriam, em certa medida, capazes de se exprimir, e também por que algumas seriam tão cedo superiores no talento, loquazes, enfim, verdadeiros prodígios, as causas que atribuiu a este fenómeno não seriam outras senão naturais. Tendo justificado assim «“porque é visto que esta capacidade de falar dever-se-ia à natureza”».³

Porém, atenta Cardoso, deve dizer-se que estes falavam pouco tempo depois de terem nascido, como se de um milagre se tratasse, julgando-se um acontecimento que, ao contrário do que o filósofo grego disse, ultrapassaria a ordem natural. E servem os casos que imediatamente descreve como exemplo:

como foi o caso que *Hali aben Ragel* narra no *lib. de naturalibus*, sobre o filho de um Rei, que vinte e quatro horas depois de ter nascido teria tomado da palavra e, fazendo um sinal com a mão, profetizou a destruição do Reino; e a criança disse “*eu nasci informado, e nasci para anunciar a perda e a destruição do Reino pelas gentes da Álmana [cidade da Macedónia]*”, e logo caiu morto diante do Rei e dos Astrólogos. Também foi dito o mesmo sobre o sexto filho de Craesi, em que o prodígio sucumbe diante todo o Reino da Lídia, como confirma Plínio, *lib. 11, cap. 51*, e o mesmo escarneceu Zoroastro afirmando que foi imediatamente depois de nascer.⁴

De facto, conclui Cardoso, «a fala parte da audição, onde o sentido auditivo é designado pelo conhecimento», e donde «as línguas seriam, na verdade, ou infundidas por Deus, para que fossem cumpridos os seus desígnios (como através das crianças prodígio), ou instituídas pelos homens. De nenhum modo poderiam ser obtidas sem alguma instrução».⁵

¹ *Ibidem*.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*.

3. Nem o futuro se pode predizer com certeza

O mesmo se diz sobre a adivinhação: jamais o homem com determinada disposição no cérebro tem a habilidade de poder adivinhar.¹

Da mesma forma que não se pode falar línguas estrangeiras sem que estas sejam aprendidas, salvo se por intervenção divina ou dos ministros de Deus, também não é possível predizer o futuro com firmeza. Já que conhecimento do futuro não poderia ser revelado se não através dos sinais dados por Deus, ou, admitindo outra possibilidade, a não ser que, por vezes, se pressagie através da prudência natural e as causas a investigar sejam naturais, assim muito provavelmente se pode predizer. Alguns indivíduos teriam, pois, habilidade para prever acontecimentos futuros apenas se reconhecessem os sinais divinos, ou, simplesmente, a partir dos sinais da própria natureza (i. e., um agricultor poderia antecipar um dia de chuva através das nuvens do céu ou interpretando o voo e comportamento das aves).

Mas sobre esta matéria Cardoso promete debruçar-se particularmente noutra momento desta monumental *summa sapientiae*, que é a *Philosophia Libera*: «Veja mais sobre o que dissemos no livro 6, quando discutimos sobre a voz, a adivinhação e outras coisas.»²

4. O Demónio imiscui-se na melancolia

«Muitas vezes o Demónio imiscui-se ele mesmo no humor melancólico», garante o médico e filósofo português, «donde se diz que a melancolia é o banho do Diabo», já que que ele é atraído principalmente pelo humor negro. Em verdade, os melancólicos são atingidos por vários fantasmas e delírios, que os tornam tristes, furiosos e vigilantes, e levam, por vezes, ao desespero.³

De acordo com Fernélius, refere Cardoso, alguns jovens em estado epilético, e que foram curados no terceiro mês, mostravam-se, depois da cura, ainda capazes de falar (sem instrução) tanto Latim, como Grego, o que levaria a concluir que, no final das contas, o autor de todos os males era o Demónio.⁴

A maior parte dos estudos da medicina antiga e medieva não apresentam a possessão demoníaca como a principal causa das doenças mentais, devotando maior atenção para as causas humorais. No entanto, quando a discussão era em torno da mania, da epilepsia e da melancolia, os demónios eram mencionados com alguma regularidade. O diagnóstico da possessão parecia ser o mais evidente nestes casos, uma vez que era difícil de explicar como é que uma pessoa falava uma língua que nunca aprendera.

Sobre o tratamento e cura desta enfermidade da alma, pouco nos diz Cardoso, referindo-se brevemente às observações de Erasmo e de Lemnius, segundo os quais, por vezes, evacuado o humor melancólico, o Demónio ia-se embora, porque já não encontraria no sujeito disposição para firmar o seu habitáculo. Assim, ausente o *Daemon*, a cura do sujeito melancólico pelo exorcismo não seria possível, por outro lado, a ação dos medicamentos injetados seria mais eficaz.

Participa o autor, por fim, que também os platónicos e os astrólogos se teriam debruçado sobre as maravilhas sintomatológicas do humor negro, tendo semeado e defendido, porém, caminhos e interpretações distintas para a sua causalidade, e que merecem, apesar de contrárias ao pensamento “cardosiano”, ser mencionadas.

Convém saber, portanto, que estes defendem que a alma, antes da infusão no corpo, possuiria já o conhecimento de todas as coisas; e que esta sabedoria plena seria destruída e

¹ *Ibidem*.

² Cf. *Philosophia Libera*, Livro 6, Q. 81, *De divinatione natural* (p.622), Q. 82, *De divinatione daemoniaca* (p.627), Q. 83, *De Prophetia* (p. 636) e Q. 84, *De Voce*, (p. 642).

³ *Idem*, p. 300, col. B.

⁴ *Ibidem*.

obscurecida exatamente depois desta união, e durante todo o tempo em que a alma permanecesse presa nesse ergástulo que é o corpo. Este conhecimento, asseveraram os seguidores de Platão e os amantes dos astros, que apenas seria recuperado pela instrução, ou pelo influxo ou pressão dos planetas. Segundo os astrólogos, a alma seria infundida no corpo no momento do nascimento pela força dos planetas, «cujas tensões seriam o motivo pelo qual o homem passava de doente a são, de são a doente, de iliterato a eruditíssimo».¹ Esta tese supõe que a alma seria, portanto, capaz de predizer, já que antes da infusão no corpo possuiria o conhecimento de todas as coisas.

Mas isto, observa a lente epistémica de um *physico* do início da Modernidade, «era mais fácil dizer do que provar». De maneira que a suposição de que os astros poderiam alterar o temperamento e dispor as matérias científicas e o conhecimento de línguas, é completamente rejeitada por Cardoso, «pois de nenhum modo consideramos que [estas habilidades] possam ser influídas [no indivíduo], porque as ciências e as línguas não surgiriam pelo céu, mas seriam adquiridas pela prática e pelo exercício; já que se fossem um influxo dos céus as mentes dos homens saudáveis não adquiririam conhecimentos de tal espécie sem doutrina (...); nem os melancólicos e os maníacos seriam completamente alienados pelos sentidos, de tal sorte que sem eles e a sua omnisciência, as almas poderiam exercer as suas operações.»²

Conclusões

Conduzido pelos fios dos melhores pensadores de todos os tempos, Isaac Cardoso apresenta-nos, desta forma, uma meditação consistente e muito rica deste que é um dos mais interessantes e perscrutados “desarranjos da alma” humana.³ O que aqui se apresenta é uma súpula da História da Loucura, da Psiquiatria e da Saúde Mental. Uma viagem que regista o pensamento dos médicos e filósofos mais antigos (como Hipócrates, Heráclito, Aristóteles, Galeno, Areteu ou Avicena) sobre o humor negro; um trajeto iluminado, em muitos momentos, pelas observações e interpretações ansiosas dos mais eloquentes autores medievais e renascentistas (como Erasmo, Guainério, Lemnius ou Huarte); uma leitura que termina nas cogitações desenleadas de um médico e filósofo criptojudeu do início da Modernidade. Não se trata, porém, de uma jornada completa e limitativa da melancolia. Sobre ela há, muito além deste compêndio de Cardoso, uma multidão de teorias e opiniões. “O que é este humor, de onde provém, como se engendra no corpo, nem Galeno nem os outros autores antigos parecem ter discutido suficientemente”.⁴ Mas é uma tentativa de Cardoso arrumar, no seu tempo, este assunto confuso da alma e do corpo humano, de por a descoberto as suas questões mais obscuras, de explicar as suas manifestações mais perturbadoras.

Bibliografia final

BURTON, R. - Anatomia da Melancolia (Fragmentos). Lisboa: Quetzal, Série Clássica, 2014, pp. 9-18.

CARDOSO, Isaac - Philosophia Libera in septem libros distributa... Venetiis: Bertanorum Sumptibus, 1673.

CARVALHO, C. - O Problema XXX e o Tratamento da Condição melancólica em Aristóteles. In Revista Filosófica de Coimbra. 47 (2015) 27-78.

KATAJALA-PELTOMAA, S.; NIIRANEM, S. - Mental (Dis)Order in Later Medieval Europe. Brill, 2014.

¹ *Ibidem*.

² *Ibidem*.

³ Uma das várias designação que Montalto utiliza, na sua *Archipathologia* (1614), para se referir às doenças mentais. Cf. Montalto, F. (2017).

⁴ Escreveu Jacchinus, segundo Burton, R. (2014)

MONTALTO, F. – Arquipatologia, Tratados I – IX. Lisboa: Edições Colibri, 2017, pp. 187-234.

ROSA, José Maria – Isaac Cardoso: Vida e Obra. In CALAFATE, Pedro – História do Pensamento Português. Vol. II. Lisboa: Editorial Caminho, 2001. p. 285-329.

TRENER, C., HORDEN, P. – Madness in the Middle Ages. In EGHIGIAN, Greg — The Routledge History of Madness and Mental Health. Routledge, 2017, pp. 62-80.

YERUSHALMI, Yosef H. - From Spanish Court to Italian Ghetto. Isaac Cardoso: a Study in Seventeenth-century Marranism and Jewish Apologetics. New York and London: Columbia University Press, 1971.

**PHILOSOPHIA
LIBERA**

IN SEPTEM LIBROS DISTRIBVTA:

In quibus omnia, quæ ad Philosophum naturalem spectant,
methodicè colliguntur, & accuratè disputantur.

*Opus non solum Medicis, & Philosophis, sed omnium disciplinarum
studiosis utilissimum:*

A V C T O R E
I S A C C A R D O S O

Medico, ac Philosopho præstantissimo:

Cum duplici Indice, Questionum, ac Rerum Notabilium.

AD SERENISSIMVM VENETIARVM

PRINCIPEM.

Amplissimosque, & Sapientissimos

REIPUBLICAE VENETAE
SENATORES.



VENETIS, Bertanorum Sumptibus, **MDC LXXIII.**

SUPERIORVM PERMISSV, ET PRIVILEGIO.

JOSEFA EM ÓBIDOS (1630-1684). IMAGEM DO CORPO, EROTISMO E DEDALEIRAS

Alfredo Rasteiro

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Professor Associado Jubilado de Oftalmologia

Email:alfredorasteiro@hotmail.com

Resumo

Josepha de Ayalla Cabrera e Figuera (1630-1684) nasceu em Sevilha, desenhou a «Insígnia da Universidade de Coimbra», pinta **Dedaleiras**, trabalha e morre em Óbidos.

Metáfora para Amor, Sexualidade e Sexologia, «*Maria Madalena*», pertencente ao Museu do Louvre desde 2017, «*vela acesa e crucifixo*» lembra «*Arcanjo e furpa*» no «*Extase de Teresa de Ávila*» de Gian Lorenzo Bernini (1598-1680).

Descobertas simultâneas, coincidências absolutamente imprevistas, povoam a História.

Em 1785 William Withering (1741-1799) associou efeitos da «*foxglove*» e modificações do «*pulso*»; em Maio de 1793 visitou Óbidos.

Palavras-chave: sexualidade, sexologia, vela, dedaleira, pulso,

Summary

Josepha de Ayalla Cabrera e Figuera (1630-1684) was born in Seville, worked in Óbidos and reformulated the «Insignia of the University of Coimbra» (1653).

"Mary Magdalene with a candle and a crucifix", miniature of the Louvre Museum, recalls «Teresa and the Angel with an arrow», by Gian Lorenzo Bernini (1598-1680), eroticism and body image, circulatory changes, pulse, candle and crucifix, love and foxgloves.

Key words: body image, candle, foxgloves, circulatory changes, pulse

Introdução

Capa do Catálogo «*Josefa de Óbidos e a Invenção do Barroco português, Museu Nacional de Arte Antiga, 15 de maio – 6 de setembro de 2015*», editado por António Filipe Pimentel, exhibe um «olhar», de uma «**Menina Jesus**», com defeitos. Num dos olhos os cílios estão mal inseridos, geram desconforto e, no outro, os orifícios das Glândulas tarsais palpebrais inferiores não abrem no bordo palpebral e estão ocupados, erradamente, por cílios. Registe-se que as «Glândulas tarsais» foram descritas em 1666, por Heinrich Meibomius (1638-1700).

Esta «*Menina Jesus*», óleo sobre tela de 73x110 cm pintado em 1680, da Venerável Ordem Terceira da Penitência de S. Francisco de Coimbra poderá ser um heteroretrato, da mesma forma que o é o «*Dalí a la edad de seis años cuando creía que era una niña*» (1950), óleo sobre tela 80x99 cm de Salvador Dalí (1904-1989), pertencente à Coleção Conde François de Vallombreuse, de Paris.

Discussão

Autoretratos e heteroretratos povoam a nossa imaginação e tudo aquilo que fazemos. Liliana De Girolami Cheney comentou «*The emblematic self-portraits of Josefa de Ayala D'Obidos*», 2000 in «*Mediterranean Studies Journal*», Vol. 9. Pp. 203-229.

Redescoberta em 1943 pelo médico Reinaldo dos Santos (1880-1970), fascinado pelo *talento e encanto das suas Obras*, Josepha foi destrutada pelo Dr. Adolfo Rocha/ Miguel Torga (1907-1995) que se sentiu defraudado pela *falta de imaginação das naturezas mortas, ausência do gosto das favas e do cheiro das rosas «enquanto um baboso se extasiava diante de um Menino Jesus rechonchudo, que parecia uma trouxa-de-ovos»* (1949).

Com evidente ajuda paterna, Josepha construiu o seu próprio caminho e, muito provavelmente, recordou toda a sua vida num óleo sobre tela de 150x164 cm - «*Adoração dos Pastores*», 1669 - do MNAA (inv.128 Pint) onde, simbolicamente, parecem estar representadas: Josepha-recém-nascida deitada nas palhinhas dum presépio e Josepha-deusa-mãe virgem e estéril dominando a cena pastoril, sob o olhar babado de seu pai *Baltbezar* Gomes Figueira (1604-1674), do irmão ausente Barnabé Ayalla (1625-1689) e da mãe Catarina Ayalla Camacho Cabrera Romero *que ficou* em Sevilha, tendo aos pés um galináceo que continuará a acompanhá-la até ser substituído por um borreguinho, ou uma gatinha de unhas ávidas, metáforas que revelam a menina sossegadinha levada da casa de sua mãe sevilhana, para a longínqua Coimbra, e depois para Óbidos, aquilo que foi.

Josepha de Ayalla Cabrera y Figuera (1630-1684) nasceu em Sevilha, cresceu em Coimbra, desenhou a «Insignia da Universidade» (1653) para os «Estatutos» de 1654, trabalhou e morreu em Óbidos.

Na fase de aprendizagem autorretratou-se como «*Menina*» Jesus (MNAA inv.126 Pint), pintou muitas flores e muitos carneirinhos, transformou «*dois nabos e uma cherovia fálica*» em «*duas cenouras*» muito femininas, exagerou traços das imagens do próprio corpo e, no caso do «*Cristo*» da Misericórdia de Peniche acrescentou traços femininos ao «*Crucificado*» de 115x160 cm de **Jacob-Adriaenz Backer** (c.1608-1651) datado de 1631, actualmente no Pavlovsk National Museum de Sampetersburg, ZH-1660-III, (**Nota 1**).

No caso das «*cenouras*», e do «*aipo*» de usar ao pescoço em «*dolores de muelas*» (Pedro Hispano (c.1210-1277): «*Thesaurus pauperum*», Cap. 11, 65), óleo sobre tela de 50x110 cm figura 79, página 153 do «*Catálogo da Exposição de 2015*» seguiu cópia de uma natureza morta de Juan Sánchez Cotán (1560-1627) assinada em 1602, guardada no Museu do Prado (P007612).

Favorecida pela Natureza com a possibilidade de ver muito bem ao perto, Josepha não necessita «lupas» para desenhar e pintar miniaturas depois dos 45 anos de idade. Para ver bem ao longe, poderia utilizar lentes côncavas de 2 a 4 Dioptrias negativas como era obrigado a fazer, por exemplo, o Padre Francisco Cabral (1529-1609) em 1571, em Guifu, no Japão.

Recorde-se que Josepha nasceu na cidade de *Sevilla* onde o cordovês Benito Daça de Valdes (1591-1634) publicou um «*Vso de los antoios*», 1623 que é uma «*Biblia*» da Refractometria.

A discreta miopia de Josepha explica que os seus principais centros de perspectiva se situem no cruzamento das diagonais dos seus quadros, que os seus objetos como que se podem palpar, irradiam luz, e os fundos negros que respondem a imposições de Escola, que eram utilizados para limpar os pincéis, serviam para esquecer paisagens onde os seus próprios olhos a não conduziam, de que se sentiu privada.

Depois de expostas, as Obras de Arte são como filhos longe de seus pais e passam a ter o significado que lhes é atribuído por todas e todos quantos as observam, entendem ou não entendem, admiram, apreciam e podem sentir: - ver, ouvir, gostar, cheirar, palpar.

«*Menin(as) Jesus rechonchud(as) que parecia(m) trouxa(s)-de-ovos*» e doçaria excessiva sugerem sedentarismo e, eventualmente diabetes de quem as pinta, risco fatal para a boa Visão, no final da vida.

Josepha terminou os seus dias aos 54 anos sem que possamos excluir a possibilidade de eventual intoxicação por metais pesados presentes nas tintas que utilizava, doença

profissional segundo critérios exigíveis no século XXI, domínio da Medicina do Trabalho e da Antropologia.

Pintora profissional, Josepha valorizou «*medicamentos simples*» que marcaram a Humanidade, a Matéria Medica, a História da Farmácia e a História da Medicina, como a Laranja medicinal *Malus medica* e os Limões, Dedaleiras e Tulipas (**Nota 2**).

Em Josepha, a «*Laranja médica*» foi muito «*especial*»: serviu para a aprendizagem do Ofício e, alguma vez, dispensou acompanhamentos. A representação dos citrinos, «*pomos adoríferos & belos*», alcançou vertigens de sensibilidade dignas de versos de Camões («*A Larangeira tem no fruto lindo/ A côr, que tinha Daphne nos cabelos:/ Encostase no chão, que está caindo/ A Cidreira cos pesos amarelos*»). Explosões de feromonas e erotismo criativo recordam que «*Os fermosos limões ali cheirando/ Estam virgineas tetas imitando*», como em Luís Vaz de Camões (c.1524-c.1580): «*Os Lusíadas*», Canto IX, Estância n.º 56, 1572.

As «*Digitalis purpurea*» foram representadas em dois óleos sobre tela, um deles de proporções áureas, «Phi» - □ - igual a 1,648... talvez o único retângulo áureo em toda a Obra desta genial Pintora, dimensões 54x89 cm, guardado no MNAA (inv.1718 Pint) e em um outro de 85x161 cm datado de **1676**, pertencente ao Museu Municipal de Santarém, Casa Museu Anselmo Braamcamp Freire (inv.MMS/005463BF).

Nestas duas telas, as diagonais dos retângulos e os eixos de perspetiva coincidem. Acresce-lhes a curiosidade de mostrarem «*bilhas de Estremo*» cujas tampas lembram o fecho da «*Torre del Oro*» de *Sevilla*, cidade natal de Josepha.

As «*Dedaleiras*», «*materia incognita*» desconhecida de Dioscorides (40-90 a.C), foram identificadas em 1542.

«*Florescem em Julbo, ... purgam eficazmente, limpam e vencem obstruções - Floret Julio ... Haec herba haud dubie quum opus est extenuatione, abstersione, purgatione, & obstructiones liberatione, efficac admodò esse solet. ... & ex thorace & pulmone pus educere.*» - assim o diz o «Herbário» de Leonhart Fuchs (1510-1560), Ficha n.º 347, gravuras de Veit Rudolf Speckle, desenhos de «*Digitalis Purpurea*» e «*Digitalis lutea*» traçados por Albrecht Mayer, aguarelados por Heinrich Fullmaurer in Leonhart Fuchs: «*Historia stirpium*, Cap. 347. *De Digitali*», Tip. Isingrin, Bâle, 1542.

Depois, em 1558, Denise Barbou, viúva do Tipógrafo Balthazar Arnoullet (1517-1556), que fora editor secreto de Michel Servet (1511-1553), e editor ostensivo de Fuchs, detentora das miniaturas que Clement Boussy elaborou para a edição económica do «Herbario» de Fuchs (1549), reutilizou as gravuras das Dedaleiras como «*Verbasco 3*» e «*Verbasco 4*» nas 4 edições simultâneas do «*In Dioscoridis*» (1558) de Amato Lusitano (1511-1568), como já fora feito, anteriormente, para o «*Dioscoridis*» (1552) de Jean Ruel (1474-1537).

Santa Cruz de Coimbra adquiriu um exemplar «*Arnoullet*» daquelas edições, pertença da Biblioteca das Ciências da Saúde.

Após Fuchs (1549), Ruel (1552), e o nosso Lusitano (1558), Basilius Besler (1561-1629) mostrou «*Digitalis flore incarnato*» e «*Digitalis flore luteo*» no «*Hortus Eystettensis*», Nuremberg, 1613.

Em 1785 William Withering (1741-1799) relacionou extratos de Dedaleira (*foxglove*) e batimentos cardíacos em «*An account of the foxglove and some of its medical uses; with practical remarks on the dropsy, and some other diseases*» Publ. Swinney, Birmingham, 1785».

Josepha, em Óbidos, pintou Dedaleiras por **1676**.

Flores de verão - A «*pintora e donzela emancipada*» Josepha encontraria Dedaleiras endêmicas, todas floridas no Verão, no seu «**Casal da Capeleira**», que herdou de seu pai, em **1675**.

Resta saber se por esta época alguém se aventurava a beber decocto de Dedaleira, e sobreviveu para o contar, um século antes do mês de Maio de 1793, quando William Withering visitou Óbidos.

«**Santa Maria Madalena**» (Nota 3) acompanhada por um Anjo demónio que a atíça e por um Anjo imaculado que a guarda, para além das exigências da identificação, da história do Quadro, da qualidade do suporte, das tintas e técnicas utilizadas, compensa olhares rigorosos e visitas demoradas.

O Museu do Louvre, de Paris, exhibe esta pequenina preciosidade de 34x42 cm datada de 1679. Não sendo um retângulo áureo, mostra linhas de envolvimento e exhibe eixos de perspectiva que orientam, e que provocam os olhares dos espectadores. Exhibe um eixo de simetria que o divide em dois retângulos de 21x34 cm, o do lado direito, à esquerda do observador, povoado com Anjos Músicos, um deles a desviar o olhar enquanto titila nas cordas de uma guitarra, sendo o do lado esquerdo, à direita de quem o vê, preenchido com um Anjo tentador e um Anjo da guarda.

O eixo de simetria divide verticalmente uma chama (*luz*), o pavio que a alimenta, e a respetiva vela.

A chama e o objecto para a conseguir tornaram-se *arquétipos* - em milénios de excitação que decorreram a bater pedras contra pedras, e paus em pedras, desde a descoberta do primeiro «*biface*» até às «*folhas de loureiro*», desde o machado que mata ao objecto simbólico da Vida, e da Morte.

A mensagem da chama que se apaga, a sugestão da passagem da Vida para a Morte, a exibição vibrante de uma Vida que recusa deixar de o ser, brilham nesta «*Bela adormecida*» de Josepha que, no Museu do Louvre, acompanha uma "*Natureza morta com um peixe estripado, crustáceos, citrinos e aliáceas*" (inv.RF 1996-9) assinada por seu pai Baltazar Figueira, datada de 1645.

A vela acesa no eixo central da «*Magdalena*» é colocada pelo «**Anjo demónio**» vestido de **vermelho**, entre os dedos indicador e polegar da mão direita da moribunda. A mão esquerda deste Anjo palpa, na sombra, o pulso carotídeo. E o eixo central da vela cruza, no baixo-ventre, o eixo de um crucifixo que parte do ombro, como se fora o próprio braço.

Segurando a vela, a mão da *Magdalena* e a mão do Anjo reproduzem um gesto - resultante de automatismos inconscientes e subconscientes com milhões de anos de evolução - que funciona, aqui, como metáfora.

Gestos ancestrais sublimaram-se, encontraram equivalentes, contornam grosserias. Porém, a vela acesa continua a imitar o *Phalo impudico* enquanto o Órgão feminino, a «*Vagina*», tem correspondência na bainha desenhada pelos dois dedos, indicador e polegar.

A figura simbólica dos dedos, indicador e polegar rodeando «*phalus*», é frequente em Josepha desde a «*S.Catarina*» desenhada aos dezasseis anos, gravura extraordinária de 1646, que a representa.

«*José segurando a vela*», «*Adoração*» de 1669, óleo de 150x164 cm do MNAA (inv.128 Pint) e «*Santa Teresa na escrita, segurando a pena*» de 1672, óleo de 110x146x cm na Paróquia de Cascais, aprimoram e sublimam o gesto.

Os Correios de Portugal CTT fizeram uma leitura envergonhada desta Santa Teresa e em 2015 produziram um selo que, excluindo a figura que deixou de ser obscena, desprezou a qualidade da escrita. Um pouco à deriva, em 13 de Maio de 1999 os mesmos CTT seguiram critério diverso numa emissão de selos comemorativa do Marquês de Pombal (1699-1782) e o Museu da Presidência da República, em 2016, escolheu o retrato de um Presidente, pintado por Carlos Barahona Possollo (2009), que acentua o gesto.

Que contraste com o movimento subtil do Anjo que dirige a «*flecha*», em direção da «*Teresa*», no grupo escultórico de Gian Lorenzo Bernini (1598-1680) que ocupa a capela do Cardeal Federico Cornaro, na Chiesa di Santa Maria della Vittoria, em Roma.

Mas, atenção, Josepha vai muitíssimo mais longe, junta «*Luz*», - a chama da vela - ao «*Crucifixo*» que cruza a vela e associa, a ambas, a «*palpação e tomada do Pulso*» praticada na outra mão, a esquerda - à direita do observador - confiada a um «**Anjo da guarda**» vestido de **branco**, preocupado com a alteração dos Sinais Vitais - com a expansão dos

sentimentos, a expressão do Amor, o horror da Morte e do vazio – enquanto palpa, delicadamente, o «**Pulso radial**» da Magdalena e lhe nota o abrandamento, quiçá o completo apagamento da transmissão dos batimentos cardíacos, e a morte aparente (**Notas 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10**).

A excelente qualidade deste pormenor, a figuração deste extraordinário «**Pulso**» supera, em «*veracidade*», as «*pulsações*» que celebrizaram Franz Van Mieris (1635-1681), Jacob Toorenvliet (1640-1719) ou Michiel van Musscher (1645-1705), valorizadas desde o século XVIII.

A intoxicação digitalica altera o ritmo cardíaco. Podemos ler, do nabantino Jacinto da Costa (1770-1850), leitor atento de William Withering, num bonito linguajar português de 1819: «**hum pulso que em hum minuto he de 60 pulsações, se reduz a 30 ou 35**» («*Pharmacopea naval e castrense*», 1819, p. 39).

Conclusão

Destacámos dois trabalhos de Josepha em Óbidos, um óleo sobre tela de 89x54 cm com flores de Dedaleira, c.1676 (MNAA inv.1718 Pint) e uma pintura datada de 1679 com as dimensões de 34x42 cm sobre suporte metálico, recebida em 2017 no Museu do Louvre («*L'extase de Sainte Marie-Madeleine*»), metáfora para a expressão pictórica da «*Bela adormecida*» dos contos e lendas tradicionais, do Êxtase amoroso, do Amor e da Morte, Eros e Tanatos, Sexualidade e Sexologia.

Estes trabalhos colocam desafios aos estudiosos de identificações, motivações e autenticidades, especialmente a quantas e quantos se interessam pela História da Ciência, por coincidências e por descobertas simultâneas, por manifestações simbólicas e por expressões da beleza formal, subversiva e contestatária.

Notas complementares

Nota 1 – O MNAA guarda uma «*moeda do tributo*» (inv.1633 Pint) de Jacob-Adriaenz Backer (c.1608-1651) relativamente à qual os Catálogos tendem a ignorar a deformação da mama e a retração do mamilo direito da Modelo, sinais sugestivos de um «*Carcinoma mamário*» que já alcança diâmetro igual ao da moeda degradante, e conduzirá à morte.

Nota 2 – Cerca de 1680 as «*Tulipas*» de Josepha começavam a ser admiradas no extremo ocidental da Europa. Não eram atribuídas propriedades medicinais aos bolbos mas as flores são muito belas e isso era o suficiente para Konrad Gesner (1516-1565) as estudar em 1555 quando chegaram a Viena e para que Carolus Clusius (1526-1609) as cultivasse em Leiden, em 1593.

No mundo endinheirado da «*Tulipmania*», em 1602 Clusius recebeu duas cartas do refugiado Manuel de Portugal (1568-1638) pedindo uma flor para Emília de Nassau, princesa de Orange. Manuel era filho de D. António Prior do Crato (1531-1595) licenciado em Direito canónico pela Universidade de Coimbra (25 de Maio de 1551), ex-prisioneiro depois de Alcácer Kibir, rei sem Reino (1580).

Nota 3 – «*Maria Madalena confortada pelos Anjos*» foi adquirida em 2015 por 269 mil dólares na Sotheby's N.Y. por Filipe Mendes e foi oferecida ao museu do Louvre. Em 26 de Janeiro de 2016 o Museu da Misericórdia do Porto adquiriu uma «*Sagrada Família com João Baptista, Isabel, José, ovelhinha, gata bolinha de pelo de unhas recolhidas, anjinhos e arcanjos*», por 228 mil euros.

Cada vez mais valorizada em cada século que passa, Josepha surpreende. «*Toujours!*»

Nota 4 - Sabendo-se tuberculoso, Withering procurou melhor clima e melhor saúde em Portugal. Aproveitou duas estadias para se deslocar a Sintra, a Óbidos e às Caldas (da Rainha). Estudou «*Flora de Portugal*» (1793) e descreveu 13 plantas (W. Withering (filho): «*A Memoir of the Life, Character, and Writings, of William Withering*», London, 1822).

Salvo melhor opinião, em Óbidos, **no mês de Maio de 1793**, Withering não viu «*foxgloves*»; *não as viu: nem vivas, nem pintadas!*

Nota 5 - Withering relacionou-se com a Academia Real das Ciências de Lisboa e estreitou cordiais relações com «*the most prominent scientific characters*» Frei Jozé Mariano da Conceição Velloso (1742-1811), Dr. Domenico Vandelli (1735-1816), «*Abbé*» Secretário da Academia José Francisco Correia da Serra (1750-1823) e o Duque de Lafões Presidente, João Carlos de Bragança e Ligne de Sousa Tavares Mascarenhas da Silva (1719-1806). Mariano Velloso fora professor de Manuel Joaquim Henriques de Paiva (1752-1829), autor de uma «*Descrição da Dedaleira ou Digitalis*», Lisboa, 1790.

Nota 6 - Entre 1793 e 1811, quando a Ilha da Madeira foi território ocupado pelo «Reino Unido» (1801-02 e 1807-14), William Gourlay (1755-1825) utilizava extratos de Dedaleira: «*Observations on the natural history, climate and diseases of Madeira*», London, 1811.

Nota 7 - Em 1843 Eugène Homolle (1808-1883) e Thèodore Auguste Quevene (1805-1855) isolaram «Digitalina» e em 1872 Claude-Adolphe Nativelle (1812-1889) obteve «Digitalina» purificada.

Nota 8 - Vincent Van Gogh (1853-1890) homenageou Nativelle colocando ramos de Dedaleiras nos retratos, célebres, do «Dr. Gachet».

Nota 9 - A Biblioteca das Ciências da Saúde, em Coimbra, possui um «*Herbário Medicinal*» que contém 5 exemplares de Dedaleiras, num total de 742 espécimes, organizado em 1882 por Adolfo Frederico Moller (1842-1920), Autor de um «*Catálogo das plantas medicinais que habitam no continente português*». Coimbra, 1878;

Nota 10 - Na imaginação juvenil «*Dedos de luvas da raposa*» povoam «estórias» infantis, desde Jessie Willcox Smith (1863-1935) e Margaret Winifred Tarrant (1888-1959).

Bibliografia

CAETANO, Joaquim Oliveira — Josefa de Ayala (1630-1684): pintora e «donzela emancipada», in PIMENTEL, António Filipe & al.: «Josefa de Óbidos e a Invenção do Barroco Português». Lisboa: MNAA, 2015, p. 61-74

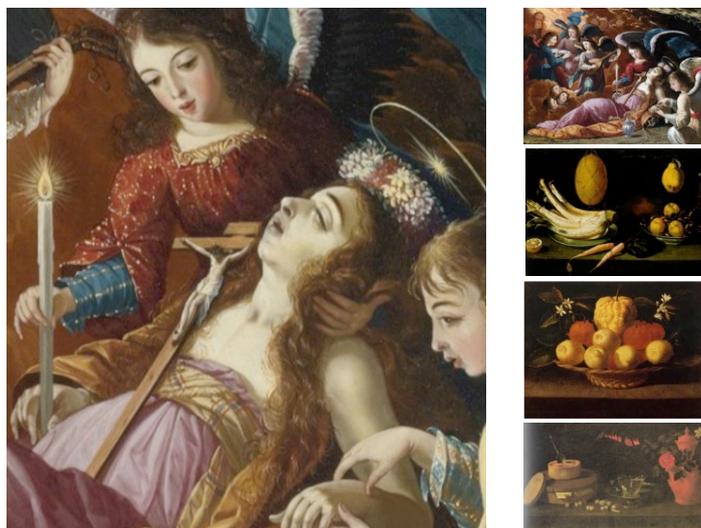
DOS-SANTOS, Reinaldo — Conferências de Arte. Lisboa: 1943, p. 50-51

TORGA, Miguel — Diário. 30 de Maio de 1949. Vol. I-VIII. 2ª ed. Lisboa: 1995, p. 23, cotado in CAETANO, Joaquim Oliveira — Josefa de Ayala: um sinuoso percurso de conhecimento. in PIMENTEL, António Filipe et al. — Josefa de Óbidos e a Invenção do Barroco Português. Lisboa: MNAA, 2015, p.54-55

RASTEIRO, Alfredo — Inulas do *Columella* e Dedaleiras de Fuchs na Obra de Amato Lusitano. Cadernos de Cultura. Medicina na Beira Interior – Da Pré História ao Século XXI. 28 (2014) 39-45

RASTEIRO, Alfredo — Amato Lusitano (C.1511-c.1568), Oftalmologia e Materia Medica. Cadernos de Cultura. Medicina na Beira Interior – Da Pré História ao Século XXI. 30 (2016) 15-26

Figuras



Legendas

«**Santa Maria Madalena**», 1679 eroticismo e morte aparente (pormenor): conformidade mão-vela (órgão feminino - órgão masculino) e apagamento do pulso.

Ao lado, miniaturas de «Magdalena»; *Eroticismo* de 2 cenouras; *Malus medica* com «*fermoso*» Limões; Dedaleira.

NOSTALGIA – UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA DOS CONCEITOS

Sandra Nascimento

Médica interna de formação específica em Psiquiatria
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), Lisboa
Email:sandrateles@hotmail.com

Resumo

A palavra Nostalgia surge do Grego, νόστος – Nostos- desejo de voltar a casa e ἄλγος- Algos - sofrimento que acompanha esse desejo.

Originalmente descrita pelo médico Johannes Hofer (1688), como uma “doença neurológica de causa demoníaca”, da qual padeciam os soldados Suíços, manifestada pelo desejo em regressar a casa, acompanhado de dor. Durante os séculos que se adivinhavam, este termo continuou a ser entendido como uma patologia.

Este trabalho pretende debruçar-se sobre a evolução no que toca à construção e reconstrução do conceito de Nostalgia ao longo da história da Humanidade, mergulhando na sua origem sociocultural até aos dias de hoje, atravessando conceitos primordiais de Doença orgânica a Doença Mental até ao seu entendimento contemporâneo como um constructo psicológico; analisando o paradigma de como um conceito se vai reformulando com as mudanças no seu contexto histórico-socio-cultural ao longo dos tempos.

Palavras-chave: “Nostalgia”, “História”, “Psiquiatria”, “evolução constructo”, “doença transitória”

Summary

The word Nostalgia comes from the Greek, νόστος - Nostos - desire to return home and ἄλγος- Algos - suffering that accompanies this desire. Originally described by the doctor Johannes Hofer (1688), as a "neurological disease of demonic cause", which the Swiss soldiers suffered from, manifested by the desire to return home accompanied by pain. Throughout the centuries, this term continued to be understood as a pathology. This work intends to look at the evolution of the concept of Nostalgia throughout the history of Humanity, immersing itself in its sociocultural origin to the present day, going through primordial concepts from Organic Disease to Mental Illness to its contemporary understanding as a psychological construct; analyzing the paradigm of how a concept is reformulating with the fluctuations in its historical-socio-cultural context over time.

Introdução

A história do conceito de Nostalgia é tão fascinante, quanto extensa e labiríntica.

Esta revisão pretende debruçar-se sobre a evolução da construção do conceito de Nostalgia ao longo da história da Humanidade.

Para esse efeito, é necessário imergir na sua origem até aos dias de hoje, atravessando os conceitos primordiais de Doença orgânica a Doença Mental até ao seu entendimento contemporâneo como um constructo psicológico.

O conceito de Nostalgia, tão flutuante ao longo das décadas, ilustra o paradigma da metamorfose de significados e da elaboração de concepções do que é considerado normal, anormal ou patológico, à luz do “*espírito do tempo*”, aludindo há sua transformação advinda do contexto histórico-socio-cultural ao longo dos tempos.

Discussão

Século VIII A.C. - “Odisséia”

Desde o tempo da antiga Grécia, o famoso poeta Homero contava a épica lenda de Odisseu, que viajou durante 20 anos combatendo na guerra de Troia em busca de liberdade para o seu povo; e sobre todos os contratemplos, monstros e solicitações, o que permanecia no Espírito deste herói era o desejo de regressar à sua terra natal, junto da esposa Penélope e filho de ambos.

Assim surge o primeiro conceito de Nostalgia, de origem grega, significando **Nostos** o desejo de regressar a casa, associado a **Algos** - dor, sofrimento que acompanham esse desejo.

Neste período, a Nostalgia encontrava-se associada a sentimentos que promoviam a esperança e o bem-estar, impulsionando o espírito e a força vital.

Século XVIII e XIX - “Doença médica”- “Moral”- “Espíritos malignos”

Só após vários anos é que o termo Nostalgia foi aplicado em contexto académico, o ponto inicial surge na dissertação de um médico Suíço Johannes Hofer, em 1688, que classificou como uma doença neurológica, a que os soldados suíços estariam predispostos, “...*Enfermidade propiciada por se encontrar longe da sua terra natal, podendo tornar-se eventualmente fatal, quando todos os sentimentos e pensamentos se fixavam no desejo de regresso...*” (Hofer,1688).

Na sua visão era assim considerada como um “Estado de decadência moral que emergia duma separação forçada, quando um indivíduo era afastado do seu ambiente social e geográfico”, também designada por “*Potopatrialgia, Nostomania, Filopatridomania*” (Hofer,1688).

Esta doença era caracterizada por uma fase prodrómica, no qual estes enfermos apresentavam uma aversão aos costumes estrangeiros, isolamento, maior sensibilidade à injustiça com sentimentos de frustração, denegando outros costumes e culturas. Subsequentemente, esta “doença” progredia, manifestando-se com tristeza intensa e profunda, ansiedade, ideias obsessivas em regressar a casa, acompanhada por angústia, insónia, anorexia, alterações gastrointestinais, emagrecimento, palpitações e febre. Em casos extremos, os enfermos poderiam mesmo caminhar para um estado de estupor e morte.

O autor declarava que se tratava de uma doença neurológica, com sede no cérebro, explicando a patogénese dos sintomas através de uma intensa alteração da imaginação, localizada na região cerebral responsável pelas imagens de pessoas e locais queridos ao doente.

Acrescentava que esta fixação era provocada por espíritos vitais, e como resultado, desenvolviam um desequilíbrio de todo o funcionamento corporal, “*Uma ideia fixa captura o fluído nervoso e alojava-se numa área específica do cérebro, criando um desequilíbrio, que seria manifestado pelo corpo...Nostalgia intensa, alteração da imaginação, localizada na região cerebral responsável pelas imagens de pessoas e locais queridos ao doente... Pensamentos fixos sobre o desejo de regressar a casa, alojado em fibras cerebrais profundas por espíritos demoníacos, que capturavam o fluído nervoso e perpetuavam a representação das imagens e a consciência delas...como resultado, desenvolviam um desequilíbrio de todo o funcionamento corporal...O enfermo seria então surdo e cego” para qualquer outro estímulo...*” (Hofer,1688).

Século XVIII e XIX - “Música”

Jean Jacques Rousseau (1764) quebra o conceito com as referências médicas do passado modificando a interpretação do termo nostalgia, fazendo uma analogia ao sentimento que surgia com a música, sendo que o sofrimento estaria sim relacionado com as memórias, como descreve no seu tratado, “*Dictionnaire Musique – ...a música suscita um estado emocional num dado contexto específico, sem qualquer significado intrínseco; apenas têm importância para aqueles em*

que memórias subjetivas estabelecem uma conexão entre a música e a sua representação subjectiva...sofrimento relacionado com as memórias...”.

No entanto e com fruste impacto, a Nostalgia permanecia associada à doença, nomeadamente orgânica.

Século XVIII e XIX - “Napoleão”

O conceito do termo Nostalgia atinge o seu pico 1820-30, considerada a **Idade de ouro** durante a primeira República francesa, no regime Napoleão. Assim acontece face à elevada ocorrência de Nostalgia entre soldados de várias nações da Europa, tornando-se assim objecto de estudo e de especial interesse por médicos militares, que relatavam verdadeiras epidemias entre os soldados de guerra.

O suíço Zimmerman, em 1764, publicou vários casos de múltiplas nacionalidades, relatando que o método de recrutamento poderia contribuir para o surgimento desta enfermidade.

Teorias de várias escolas médicas foram emergindo, debatendo-se sobre se etiologia estaria primariamente relacionada com os distúrbios orgânicos causados por factores ambientais, como as variações da Pressão atmosférica, ou se por sua vez associada a perturbações cerebrais advindas da intensa imaginação e de tristes paixões. Neste período, era mais ou menos aceite que qualquer pessoa poderia padecer de Nostalgia, ainda que aqueles com uma vida mental mais restrita e maior apego ao seu ambiente natal, encontrar-se-iam mais vulneráveis.

O médico Baron of Percy (1819) desloca o conceito de Nostalgia, acreditando que seria provocada por uma ideia obsessiva que criava uma lesão/irritação cerebral causando lesões viscerais, baseado na sua experiência em campos de batalha como refere no seu tratado “*Encyclopédie Méthodique- ... a ideia obsessiva provoca uma lesão cerebral, resultando em distúrbios viscerais*”, “*quando o cérebro se ocupa de uma única ideia ou pensamento, o epigastro desenvolvia sintomas desconfortáveis*”, acreditava que “*O Sistema nervoso controla o corpo*”.

Esta época, inaugura o primeiro vislumbre da “doença” á luz das enfermidades mentais, ainda que refletida no corpo físico.

Século XIX - “Doença mental”

E é durante o período subsequente, que a “doença” designada de Nostalgia começa a ser pensada como um distúrbio psiquiátrico, *uma insanidade melancólica*, através dos estudos incansáveis do cirurgião militar, Frances Larrey (1821), que durante as campanhas napoleónicas, publica um ensaio destacando os efeitos do frio, fome e aprisionamento em tempos de guerra na origem de casos de Nostalgia.

Da sua extensa observação, os doentes afectados apresentavam um quadro clínico de astenia severa, depressão profunda, rejeição pelos alimentos e água, que eventualmente culminava em morte por suicídio ou exaustão.

Século XIX - “Zeigeist”

Com o surgimento do Romantismo - Movimento artístico, político e filosófico de fins do séc. XVIII e que dominou o séc. XIX, toda uma visão do mundo passou a ser centrada no individuo, adquirindo assim a divindade um papel secundário; considerado como a época marcada pela subjectividade e pelo “eu”, referida como a “*idade da sensibilidade*”; onde, os pontos de vistas sobre psicologia, moral, ética e religião transmutavam na direção do Homem como assunto central.

Neste espaço de tempo, as narrativas literárias e textos médicos, colocavam a sensibilidade e sensibilidade com uma habilidade especial e necessária, mas que em excesso poderia causar disfunções psicológicas, irrompendo assim a “*era da hipocondria, histeria, melancolia e*

nostalgia”, aclarando desde cedo como a cultura e o espírito do tempo influenciava as noções fisiológicas.

Mais tarde na história, autores como Gusdorf (1984) descrevem este período como um momento em que “ *a experiência humana organizava-se nas questões que determinavam a felicidade ou o infortúnio, a saúde e a doença, aludindo ao controlo individual da vida de cada um...*”, e Moravia (1978) alude ao paradigma de transformação entre o “ *homme machine to homme sensible*”.

Século XIX - “Melancolia”-“Monomania”

Gradualmente, a nostalgia passa a estar integrada às perturbações dos afectos, à melancolia, bem como às alterações físico-mentais originadas por causas morais, considerada como uma variante da melancolia.

Pinel, 1821, no seu tratado - “*Encyclopédie Méthodique*”, distingue melancolia, mania, idiotismo e demência, considerando a Nostalgia como uma enfermidade específica “ *nostalgia como a necessidade imperiosa, por aqueles atingidos, de retornar ao seu país, e rever os lugares de infância, quando recuso ficariam atormentados de aflição e insónia*”. Descrevendo que esta doença era espalhada por qualquer latitude, acometendo pessoas de todas as idades e sexo. O ilustre alienista postulava como um sentimento patriótico natural, durante o exílio em terras estrangeiras sobre condições adversas, podia exacerbar-se tornando-se mesmo uma enfermidade, em que o doente “ *separado de tudo o que ama, todos os laços que o ligam á vida rompem-se, num mundo que se torna um vale deserto, sendo invadido por um desanimo total, entregue a um estado de tristeza, que mina a sua existência...*”

As pessoas desenvolviam um “ *ar triste, melancólico, olhos distantes, rosto inanimado, desgosto geral, indiferente a tudo...silêncio, chegando mesmo ao marasmo e morte*”.

E na sua ótica, o tratamento era simples “ *aplicação de meios morais que despertassem a alegria, com jogos, espetáculos, ocupações agradáveis*”.

Esquirol, aluno e sucessor de Pinel, construiu o conceito das monomanias, loucuras que incidiriam sobre a inteligência, o afecto e a vontade, com a razão relativamente preservada. Considerando a nostalgia com uma variedade da monomania triste –*Lipermania*.

Século XX - “Crime”

Da mesma forma, Jaspers, no tratado “ *Nostalgia e crime*” (1909) analisou casos de mulheres jovens na literatura da criminologia do séc. XIX, que sofriam de nostalgia intensa, cometendo crimes, na esperança de regressar a casa, “ *...depressão com angústia, silêncio, choro, tentativa em fugir...*”, acreditando que a Nostalgia seria uma doença da adolescência e puberdade relacionada com comportamentos criminosos.

Nostalgia século XX - “Psicanálise”

Com o surgimento da Psicanálise, a visão psicodinâmica considerava a Nostalgia como a manifestação de um estado regressivo semelhante ao luto, “ *à perda*”, que culminaria em depressão, designado como um “ *estado de monomania obsessiva*”, causando intensa tristeza, com dificuldade na transição dos ciclos de vida mediante uma idealização do passado e na relutância em lidar com advertências do presente; é descrita também como um “ *Distúrbio mental de compulsão repressiva*” surgindo pelo desejo inconsciente de regressar ao estado fetal.

Século XX - “Psicose”

Durante a 1ª Guerra Mundial, seguida por anos revoltosos, a nostalgia estava associada aos dilemas psicológicos revelados nos refugiados, exilados e prisioneiros de guerra, sobreviventes de campos de concentração e mantidos em catividade, era designada como a - *Psicose do Emigrante*.

Demarcando o fim de um período onde foram registadas as últimas publicações sobre nostalgia na qualidade de Doença Psiquiátrica.

Século XX e XXI - “Mudança”

No decorrer da história, com a maior proximidade geográfica, separação menos traumática e menor isolamento, o próprio conceito de ligação a “casa” enfraqueceu, desabrochando a grande viragem no conceito de nostalgia.

Ruml (1933), define o “*sentimento nostálgico*” associado a um lugar, pessoa, período no tempo, ou mesmo um símbolo abstrato, como um processo normal com determinado propósito, que fortalecia o patriotismo, a estabilidade de uma classe social e familiar, culminando em uma função no desenvolvimento pessoal e social.

Para Mc Cann (1941) o conceito de “casa” era variável, sendo o desejo emocional em regressar à “terra natal” congénere a outro objecto e E. Martin (1954) acrescentava ainda que a nostalgia seria uma resposta adaptativa ao stress e à mudança, ilustrando um componente fundamental à experiência humana.

Século XX e XXI - “Normalidade”

Por fim, em 1979, com os estudos do sociólogo Davis, tornava-se unânime que a nostalgia seria uma função psicológica normal, encarada como um sentimento de desejo, de saudade de qualquer objecto, lugar ou evento do passado, ao invés de uma resposta emocional à separação “de casa”; igualmente, outros teóricos acrescentavam que seria um sentimento positivo que acompanhava a memória.

No entanto, autores como (Kaplan, 1987; Peters, 1985) mantinham a sua convicção de que a Nostalgia seria uma condição patológica.

Século XXI aos dias atuais - “Memória e Emoção”

Os teóricos cognitivos começaram a estudar o papel da nostalgia na memória, propondo a hipótese de fenómeno apropriado entre cognição e afectos.

Nos dias actuais, a definição de Nostalgia é entendida pelo recordar de memórias que originam emoções complexas, desenvolvendo sentimentos agradáveis ou positivos no sujeito, e que difere das memórias auto biográficas por estas apresentarem um componente cognitivo.

Sendo considerada por vários autores como uma Emoção Universal (Batcho, 1995, 1998; Sedikides, et al., 2004; Wildschut et al., 2006; Zhou et al., 2008), transcendendo o tempo das memórias, conceitos de veracidade e transversal entre geração ou etnias; como Batcho (2007) assinala “...pode-se recordar algo sem ficar nostálgico, mas não se fica nostálgico sem se recordar de algo...”.

Século XXI aos dias atuais - “Funcionalidade”

Sendo unanime que a Nostalgia é uma função normal, experienciada por todos sem distinção, seguiram algumas convicções acerca da sua funcionalidade.

Hertz (1990) por exemplo, referia-se à nostalgia como uma maneira de uma pessoa ter “mente povoada de pessoas” nos momentos de solidão, Pickering and Keightley (2006) elaboravam este conceito pela sua função de manter o diálogo com o passado, ajudando a reconhecer uma continuidade individual, perceber as suas mudanças pessoais ao longo da vida e lidar com a incerteza de um futuro. Por outro lado, seria uma forma de manter Vínculos sociais imaginários, fortalecer a auto-estima, enfrentar questões existências e a identidade durante diferentes estádios da vida.

Cavanaugh (1989) acrescenta ainda que a nostalgia representa uma tentativa cognitiva em recapitular eventos da vida do passado, “quando esta era mais segura”, ou melhor; uma maneira de um individuo se desenvolver e manter a sua identidade ao longo da vida, e manter a relação com partes do eu de um passado e uma maneira de perceber as suas mudanças pessoais ao longo dos anos.

Século XXI aos dias atuais - “Neurociência”

Posteriormente com o desenvolvimento das Neurociências cognitivas, vários autores como Hamann, (2001); Pouliot, & Jones-Gotman (2008), começaram a investigar a importância dos neurotransmissores e circuitos neuronais em suscitar a memória de uma emoção; como estímulos sensoriais: odores, música; eventos sociais, produtos gerados pelo Homem, e a associação entre a própria reflexão pessoal sobre um objecto/evento, correlacionado assim com o conceito de nostalgia; no entanto, muitos caminhos neste âmbito permanecem por desbravar de modo a elucidar o papel actual da nostalgia.

Conclusões

As vicissitudes da diacronia da história, permite-nos refletir sobre os processos envolvidos na criação dos conceitos de “doença” e “normalidade”.

As mudanças do paradigma sobre o conceito de Nostalgia, ilustra como um constructo é enquadrado num contexto histórico, social e cultural, evoluindo ao ritmo do metamorfismo desse mesmo contexto.

Como a doença transitória que surge em determinadas circunstâncias num momento da história, relacionado com a própria atmosfera cultural, vai evoluindo à luz do desenvolvimento do pensar e ser do Homem; questão esta que deverá continuar a permanecer em cada um de nós, que interpreta o comportamento ou o vivenciar do outro.

Bibliografia

ANDERSSON, Jimmy — Defining Nostalgia and its functions. Bachelor Degree Project in Cognitive Neuroscience , 2011.

BATCHO, Krystine Irene — NOSTALGIA: The Bittersweet History of a Psychological Concept. *History of Psychology*. 16:3 (2013) 165–176.

BATTESTI, Michèle — Nostalgia in the Army (17th–19th Centuries), *Front Neurol Neurosci*. vol 38. Basel: Karger, 2016, p. 132–142.

BOYM, Svetlana — Nostalgia and its discontents. *História da historiografia*. 23 (2017) 153-165.

DAVIS, Fred — Nostalgia, Identity and the current Nostalgia wave. *The Journal of Popular Culture*. 11:2 (2004) 414 – 424.

FELIPPE, Eduardo Ferraz — Renovar votos com o futuro: nostalgia e escrita da história. *História da historiografia*. 25 (2017) 117-134.

FUENTENEbro DIEGO, Filiberto; VALIENTE OTS, Carmen — Nostalgia: a conceptual history. *History of Psychiatry*. 25:4 (2014) 404-411.

HACKING, I. — The looping effects of human kinds. In SPERBER, D.; PREMACK, D.; PREMACK, A. J. Premack (Eds.) — *Symposia of the Fyssen Foundation. Causal cognition: A multidisciplinary debate*. New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press, 1995, p. 351-394.

O’SULLIVAN, Lisa — The Time and Place of Nostalgia: Re-situating a French Disease. *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 67:4 (2011).

RIZZO, Michael T ; KILLEN, Melanie — How social status influences our understanding of others’ mental states. *Journal of Experimental Child Psychology*. 169 (2018) 30–41.

SEDIKIDES, Constantine; WILDSCHUT, Tim — Past Forward: Nostalgia as a Motivational Force. *Trends in Cognitive Sciences*. 20:5 (2016)

OBSESSÕES E COMPULSÕES: EVOLUÇÃO CONCEPTUAL NA PSIQUIATRIA FRANCESA DO SÉCULO XIX

Cátia Fernandes Santos

Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria
Email:catia.filipa.santos@hgo.min-saude.pt

Resumo

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) caracteriza-se clinicamente por obsessões e compulsões, sendo que a revisão da sua história conceptual na Psiquiatria francesa do século XIX constitui o objectivo do presente trabalho.

Na primeira metade do século XIX, os psiquiatras franceses consideravam os fenómenos obsessivo-compulsivos como uma variante da conhecida noção de monomania. Por volta de 1850, estas manifestações ganham maior fisionomia clínica, tornando-se uma entidade autónoma: primeiro, como membro da antiga classe das neuroses; posteriormente, de forma breve, como variante do recém-formado conceito de psicose; e finalmente, como neurose obsessiva propriamente dita, reflectindo modificações dos constructos teóricos subjacentes à definição das principais categorias psiquiátricas.

Após 1860, hipóteses etiológicas orgânicas para POC incluíam disfunções do sistema nervoso autónomo e do aporte sanguíneo cortical, enquanto que hipóteses psicológicas sugeriam perturbações volitivas, intelectuais ou emocionais, predominando as últimas depois de 1890. No final dos anos 1880, a POC atingiu plena definição clínica e nosológica.

Palavras-Chave: perturbação obsessivo-compulsiva, psiquiatria, França, história.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is clinically characterized by obsessions and compulsions. The review of its conceptual history in French Psychiatry during the 19th century is the aim of the present work.

In the first half of the 19th century, French psychiatrists considered obsessive-compulsive phenomena as a variant of the well-known concept of monomania. Around 1850, these symptoms earn greater clinic physiognomy, becoming an autonomous entity: first, as a member of the old class of neuroses; later, briefly, as a variant of the newly formed notion of psychosis; and finally, as obsessional neurosis, reflecting modifications of theoretical constructs underlying the definition of the main psychiatric categories.

After 1860, organic etiological hypotheses for OCD included dysfunction of the autonomic nervous system and cortical blood supply, while psychological hypotheses suggested volitional, intellectual or emotional impairment, the last of which predominated after 1890. By the late 1880s, OCD achieved full clinical and nosological definition.

Introdução

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), com prevalência de 2-3% da população geral, constitui uma entidade neuropsiquiátrica potencialmente incapacitante, caracterizada por obsessões – pensamentos, imagens ou impulsos egodistónicos, ansiogénicos – e compulsões – comportamentos repetitivos destinados a neutralizar o desconforto sentido. Apesar do interesse renovado na POC, o *status* nosológico, história natural e classificação permanecem indeterminados.

Assumindo os fenómenos obsessivo-compulsivos como prévios ao século XIX, é plausível esperar que termos e conceitos tenham sido condensados para os definir. Assim, as histórias semântica e conceptual requerem análise individualizada. Palavras e conceitos foram diferentemente afectados pela ruptura epistemológica que mudou o curso da Psiquiatria no início do século XIX.

Os conceitos envolvidos na definição actual da POC foram elaborados durante o século XIX. Os psiquiatras franceses tiveram um papel essencial neste âmbito, sendo o trabalho alemão e britânico comparativamente menos determinante.

O artigo procede à revisão da história conceptual da POC na Psiquiatria francesa do século XIX.

I.História das palavras

Muitas das descrições históricas de sintomatologia do espectro obsessivo-compulsivo encontram-se registadas na literatura religiosa, mais do que na médica, e a partir dos casos relatados é possível compreender que, entre os séculos XIV e XVIII, os pensamentos obsessivos de cariz religioso eram bastante comuns.

Desde o Período Medieval, termos em latim, como *obsessio*, *compulsio*, *impulsio* e *scrupulus*, foram empregados pela comunidade médica europeia na descrição dos fenómenos obsessivo-compulsivos.

No século XIX, os psiquiatras franceses utilizaram diferentes termos para designar fenómenos clínicos que incluíam a POC: *manie sans délire*, *folie raisonnée*, *monomanie raisonnée*, *kleptomanie*, *idées fixes*, *idée irresistible*, *délire avec conscience* e *délire sans délire*.

A partir de Pinel, as expressões *manie sans délire* e *folie raisonnée*, descreviam formas de insanidade não acompanhadas de delírio, contrariando a definição convencional de insanidade. A inclusão da POC sob *folie raisonnée* mostrou-se malsucedida, uma vez que esta categoria não apresentava suporte conceptual para explicar a presença de pensamentos que, embora persistentes e perturbadores, não se qualificavam como delírios.

A partir dos anos de 1850, a POC foi redefinida numa nova categoria – *folie avec conscience* – com desintegração pelo final do século, sob pressão da visão Kraepeliniana da psicose. Posteriormente, foi-lhe conferida uma interpretação clínica e etiológica alternativa.

II.História dos conceitos

A evolução conceptual da POC na Psiquiatria Francesa do século XIX contou com os contributos de numerosos clínicos, em particular, Esquirol, Morel, Dagonet, Legrande du Saule, Ball e Magnan.

a.Esquirol (1772-1840)

Jean-Étienne-Dominique Esquirol, discípulo de Philippe Pinel, classificou a POC como uma forma de monomania volitiva (*délire partiel*), definindo-se como “actividade involuntária, irresistível e instintiva”. O doente está “acorrentado a acções que nem a sua razão nem a sua emoção originaram, que a sua consciência rejeita e a sua vontade não conseguirá suprimir”, com crítica mantida, constituindo uma fraqueza na faculdade volitiva. No debate da *Société Médico-Psychologique 1853-1854*, em Paris, a categoria monomania foi rejeitada, colocando em causa a classificação da POC.

b.Morel (1809-1873)

Bénédict Augustin Morel categorizou a POC como *délire émotif*, considerada não como insanidade, mas como neurose – uma doença das emoções. Segundo Morel, “corresponde a um tipo particular de ideia fixa e acto anormal, cuja existência, contudo, não acarreta o envolvimento das faculdades intelectuais”, com impacto no estado afectivo. Neste caso, verifica-se o uso não convencional da palavra *délire*, permitindo a presença de crítica. O

sucesso do conceito deveu-se à reputação crescente de Morel, ao facto de constituir uma alternativa à visão germânica da POC como doença do pensamento e à possibilidade de classificação de uma variedade de equivalentes ansiosos.

A reclassificação dos fenómenos obsessivo-compulsivos como formas de neurose reabriu a possibilidade de que poderiam resultar do envolvimento de áreas cerebrais relacionadas com a cognição, as emoções ou a volição.

A visão de Morel tem ecoado pela História da Psiquiatria, particularmente nos anos de 1960, por Beech e Perigault, e mais tarde, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) III-R, onde a POC é classificada como uma perturbação emocional. Contudo, não ficou resolvida a objecção colocada na altura contra a visão de Morel – porque as “insanidades com crítica”, apesar da sua origem comum, são clinicamente distintas. O conceito desvaneceu quando se definiu que um grupo de entidades heterogéneas não poderia ser designada genericamente.

Para além do seu contributo na categorização da POC, Morel expôs igualmente uma teoria da hereditariedade das perturbações mentais, no *Traité des Dégénérescences*, no ano de 1857, com grande influência no pensamento psiquiátrico até ao início do século XX. Segundo a teoria da degenerescência, com forte influência religiosa, o homem, outrora perfeito, teria iniciado um processo de degeneração, correlacionada com o pecado, transmitindo aos descendentes os seus vícios e traços mórbidos. A acumulação de efeitos através das gerações conduziria à completa desnaturação da linhagem, atingindo a extinção por esterilidade. Em decorrência desta teoria, foram desenvolvidos vários projectos de intervenção social, de cunho higienista, no sentido de impedir a degeneração da raça.

c.Dagonet (1823-1902)

Para Henri Dagonet, enquanto que a obsessão é definida em oposição ao conceito de delírio, a compulsão requer uma separação do impulso, classe de sintomas que inclui todas as formas de acções paroxísticas, estereotipadas e aparentemente involuntárias. Além da POC, a *insanidade impulsiva* incluía igualmente fobias, tendências suicidas e homicidas, comportamento maniaco, preocupações hipocondríacas e convulsões epilépticas.

Segundo Dagonet, qualquer doente que sofresse de “insanidade” poderia apresentar “impulsos violentos, irresistíveis”, primários ou secundários ao delírio, afecto patológico ou alucinações. Incluiu, nesta categoria, fenómenos clínicos em que “por mais que alguém tente descartar uma ideia, mais ela se impõe na mente; quanto mais se tentar livrar de uma emoção ou tendência, mais energética se torna”.

d.Legrand du Saulle (1830-1886)

Henri Legrand du Saulle consolidou a descrição clínica da POC, reportando 27 casos clínicos, no ano de 1875. Reconheceu que os indivíduos com POC eram admitidos no hospital apenas quando gravemente doentes ou por sintomas psicóticos ou depressivos.

Caracterizou o curso clínico como flutuante, com início insidioso e tendência para alterações dos sintomas ao longo do tempo, constituindo uma variedade da *insanidade com crítica*. Relatou igualmente o início precoce e o predomínio no sexo feminino, classes sociais elevadas, e personalidades fastidiosas e rígidas.

Legrand du Saulle manteve uma visão da POC como perturbação das emoções. Contudo, apesar de a incorporar nas neuroses, o seu livro sugere a presença de sintomas psicóticos na doença.

O psiquiatra francês classificou a doença em três estádios. O primeiro estádio englobava pensamentos involuntários, espontâneos, irresistíveis, multitemáticos, sem ilusões ou alucinações; sentimento de dúvida; representações mentais ou imagens repetitivas; medo e ansiedade; bem como o estabelecimento de rituais.

O segundo estadio podia incluir uma revelação inesperada a familiares e amigos da presença de sintomas mantidos em segredo durante anos, associando-se a depressão, ansiedade, agitação, ideação suicida, fobias a animais, sintomas somáticos, rituais, medo de tocar em objectos, higiene excessiva e comportamento excêntrico. A POC, neste estadio, apresentava um padrão flutuante, com crítica mantida e dúvida menos incomodativa.

O terceiro estadio acarretava comprometimento da competência psicossocial, rituais, paralisia obsessiva, confinamento ao domicílio e registo duplo, com um lado quase psicótico. Nestes casos, a crítica era marginal e não havia evidência de evolução para quadro demencial.

e. Ball (1834-1893)

Ball sugeriu a POC como entidade resultante de alterações no aporte sanguíneo cerebral.

Propôs oito critérios operacionais para POC: presença de crítica; início súbito, em que os doentes podiam lembrar o dia em que a doença tinha começado; natureza paroxística, em que a sintomatologia apresentava agravamento por períodos; curso flutuante, com longos períodos de remissão; ausência de défice cognitivo; alívio após a execução do acto compulsivo; elevada frequência de sintomas ansiosos e somáticos; assim como história familiar, embora obsessões adquiridas fossem comuns.

Referiu que, a par de factores predisponentes, existiam igualmente factores precipitantes para a doença, nomeadamente, fadiga, eventos de vida relevantes, puberdade, problemas sexuais, gravidez e puerpério, bem como menopausa.

f. Magnan (1835-1916)

Valentin Magnan propôs uma classificação para as perturbações mentais, sendo que a POC derivava das psicoses, mais propriamente da “psicose de degeneração” (*folie des dégénérés*), associada a traços disfuncionais da personalidade. De facto, Magnan é lembrado por expandir o conceito de degeneração, primeiramente introduzido no contexto psiquiátrico por Morel. Desta forma, a POC resultaria de uma patologia cerebrospinhal de transmissão biológica.

III. Disputas etiológicas

Existiam três hipóteses psicológicas para a POC: emocional, volitiva e intelectual.

A visão emocional, mais popular e consolidada em França, definia a POC como forma de emoção patológica ou distorcida, em relação com o sistema nervoso autónomo.

A teoria volitiva foi inicialmente proposta por Esquirol e Billod, tornando-se menos popular durante o terceiro quarto do século XIX, ressurgindo no trabalho de Ribot, Arnaud e Legrain, ainda que de modo limitado. Esta visão apontava a abulia como alteração primária na POC – “(...) entre os obsessivos, qualquer que seja a gravidade, a abulia está sempre presente e precede a doença; a sua permanência explica o estado obsessivo (...)”.

Por fim, a visão intelectual, predominante na Alemanha, associava a sintomatologia obsessivo-compulsiva a uma disfunção primária do intelecto, sendo as obsessões uma variante egodistónica das ideias fixas – “(...) por vezes, a imagem visual do objecto fóbico desencadeia a ideia obsessiva, e isto, por sua vez, amplifica a emoção (...)”.

Na mudança do século, quando Janet reunia casos clínicos e hipóteses para a elaboração do seu livro *Les Obsessions et La Psychasthénie* (1903), praticamente todos os clínicos davam suporte à hipótese emocional da POC.

IV. Classificação

Os fenómenos clínicos incluídos nas categorias *délire émotif* e *folie avec conscience* foram os mesmos das secções Perturbações de Ansiedade e Perturbação do Controlo dos Impulsos

Sem Outra Especificação no DSM-III-R, excepto pelo facto de que também incluíam fenómenos vasomotores.

Após os anos de 1860, estas duas categorias absorveram a maioria dos estados clínicos integrados no conceito de *folie raisonnée*.

Depois de 1900, a conversão gradual de *folie avec conscience* em POC, Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade, Ansiedade Fóbica e fenómenos vasomotores ocorreu em França sob influência de factores históricos como o estreitamento e psicologização das neuroses (Freud), além de importante pesquisa clínica.

A análise do processo de desintegração de *folie avec conscience* pode ser aprofundada nos trabalhos de Brissaud, Souques, Devaux, Logrée, Guede, Claude e Levy-Valensi.

V. Bases psicológicas

a. Ribot (1839-1916), Féré e Paulhan

Dos psicólogos franceses da segunda metade do século XIX, Thiodule Ribot é, provavelmente, o mais conhecido e, certamente, o mais influente. Ribot descreveu a POC como “insanidade da dúvida ou mania ruminativa”, em que o doente apresentaria “hesitação sobre assuntos fúteis e incapacidade para tomar decisões”, com “auto-questionamento infundável”. “O indivíduo não realiza coisa alguma sem tomar precauções imensas”. Considerava-a como “uma doença da vontade resultando de fraqueza de carácter e acompanhada de patologia do intelecto”, associando-se igualmente uma diminuição da vitalidade (*abaissement du ton vital*).

Féré e Paulhan reforçaram a visão emocional da POC. De facto, Charles Féré, na sua obra *La Pathologie des Emotions*, escrita sob influência de Ribot, descreve todos os fenómenos associados a afectividade mórbida, incluindo a POC. Frederic Paulhan, por sua vez, analisou o conceito de carácter e as emoções.

b. Pitres (1848-1928) e Régis (1855-1918)

Na obra *Les Obsessions et Les Impulsions*, de Albert Pitres e Emmanuel Régis, descrevem-se as obsessões como “um estado mórbido caracterizado pela experiência ansiosa de pensamentos e sentimentos parasíticos que se forçam sobre o Eu e conduzem a uma forma de dissociação psíquica cujo estadio final é uma mudança da personalidade consciente...”. Referiam igualmente: “Não hesitamos em considerar as emoções como o elemento primitivo e fundamental da obsessão”.

São reportados 110 casos clínicos, nos quais 63% tinha precipitantes claramente emocionais e 80% história familiar de doença mental. Estes autores apontaram idade de início dos sintomas prévia aos trinta anos de idade, com maior frequência no sexo feminino.

c. Janet (1859-1947)

Pierre Janet, na sua publicação *Les Obsessions et La Psychasthénie*, do ano de 1903, procedeu a uma detalhada descrição de 325 doentes com POC, com idades compreendidas entre os vinte e os quarenta anos. Neste contexto, estabeleceu uma relação entre os sintomas obsessivo-compulsivos e o seu conceito de psicastenia, um amplo conceito com implicações etiológicas, que englobava igualmente tiques, fobias, estados confusionais e epilepsia. A referida publicação tem sido considerada até à actualidade como uma das melhores descrições clínicas de POC e pioneira na consideração de um espectro para este tipo de perturbação.

De acordo com Janet, a POC surgiria como resultado de uma deslocação da função – uma “dormência” da mente sem substracto anatómico. As obsessões não eram mais do que o concomitante experiencial ou subjectivo de um sentimento de incompletude resultante de

um defeito na “função do real”, conduzindo a uma inabilidade para completar tarefas. Referia que os doentes apresentavam grande dificuldade e relutância em divulgar o conteúdo das suas obsessões e compulsões, envolvendo usualmente pensamentos e actos reprováveis, de natureza sexual, violenta ou profana, acompanhados de sentimentos de culpa e remorso. Para além disso, verificava-se frequentemente uma sensação de execução errada e imperfeita dos actos ou tarefas. Colocou a POC no território das neuroses, onde se incluía, na mesma altura, a neurastenia, a histeria e a psicastenia.

Conclusões

Entre os anos de 1830 e 1900, a POC foi sucessivamente classificada como variante do conceito de monomania; membro da antiga classe das neuroses; variante do recém-formado conceito de psicose; e, finalmente, como neurose obsessiva propriamente dita. Estas alterações na classificação reflectem modificações dos constructos teóricos subjacentes à definição das principais categorias psiquiátricas.

Hipóteses etiológicas orgânicas para POC incluíam disfunções do sistema nervoso autónomo e do aporte sanguíneo cortical, enquanto que hipóteses psicológicas sugeriam perturbações volitivas, intelectuais ou emocionais, predominando as últimas depois de 1890.

O problema histórico colocado pela POC parece ser que, embora reconhecida desde 1830 como um conjunto *suis generis* de sintomas, não elicitou uma resposta imaginativa por parte da Psiquiatria, tendo a maioria tentado classificar a entidade nas categorias já existentes. Esta atitude pode ter encorajado grande economia de pensamento, mas provavelmente com pouco efeito para aumentar a compreensão desta condição fascinante.

Bibliografia

BERRIOS, German Elias – Obsessive-Compulsive Disorder: Its Conceptual History in France During the 19th Century. *Comprehensive Psychiatry*. 30:4 (1989) 283-295.

LANTÉRI-LAURA, Georges – Psychasthenia: History and Evolution of the P. Janet Concept. *L'Encéphale*. 20 Spec 3 (1994) 551-557.

PEREIRA, Mário – Morel e a Questão da Degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 11:3 (2008) 490-496.

PITMAN, Roger K. – Pierre Janet on Obsessive-Compulsive Disorder (1903). *Archives Of General Psychiatry*. 44 (1987) 226-232.

EDD'ORA ADDIO... – MIA SOAVE: PSICOPATOLOGIA OU PROCESSO CRIATIVO EM ÂNGELO DE LIMA?

L.A. Fernandes ¹; M.J. Santos ¹; N. Borja-Santos ²

Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

¹Médico Interno – Psiquiatria

²Assistente Graduado Sénior – Psiquiatria

Email:luis.fernandes@hff.min-saude.pt

Resumo

À data da sua publicação, *Orpheu* foi arrasada pela crítica e caracterizada como produto das mentes conturbadas dos residentes do Hospital de Rilhafoles. Contudo, entre os autores publicados apenas um – Ângelo de Lima – terá sofrido de doença mental grave, aliás motivadora do internamento nesse manicómio de Lisboa durante os últimos 22 anos da sua vida.

No presente trabalho, propomo-nos a analisar parte do processo clínico do paciente Ângelo de Lima, com particular ênfase no *Relatório Sobre o Estado Mental* elaborado por Miguel Bombarda. De seguida, procuramos avaliar, indirectamente, através da leitura da sua obra, possíveis alterações do conteúdo, curso ou forma do pensamento. Por fim, realçamos a preponderância deste último aspecto na distinção entre o normal e o patológico – ou seja, entre o processo criativo dos companheiros de Lima em *Orpheu* e a perturbação do pensamento que os influenciou.

Palavras-chave: Ângelo de Lima; psicopatologia; *Orpheu*; modernismo; esquizofrenia.

Abstract

EDD'ORA ADDIO... – MIA SOAVE: Psychopathology or Creative Process in Ângelo de Lima Work — When published *Orpheu* received a wide-spread critical disapproval and was characterized as the work of Rilhafoles Hospital residents' convoluted minds. However among its authors only one – Ângelo de Lima – supposedly suffered from a severe mental illness, which was responsible for his commitment to Lisbon's mental hospital for the last 22 years of his life.

With the present work, we propose to analyze part of Ângelo de Lima's medical records, with particular emphasis in the Mental State Examination performed by Miguel Bombarda. Afterwards, we intend to evaluate – indirectly through the reading of its poetic work – possible thought disorders, namely concerning its content, course and form. Finally we highlight the importance of formal thought disorders in the distinction between normality and pathology – in other words, between the creative process of Lima's *compagnons de route* in *Orpheu* and the thought disorder that influenced it.

Key-words: Ângelo de Lima; psychopathology; *Orpheu*; modernism; schizophrenia.

Introdução:

«Não sendo nosso, todavia se tornou nosso», assim Fernando Pessoa descreveu Ângelo de Lima. A ligação aqui estabelecida entre *Orpheu* e o poeta de Rilhafoles situa-se no campo da estética – contrária à realizada pela crítica literária da época, que, ignorando a distância existente entre a provocação artística e o sofrimento causado pela doença mental, explicou o modernismo como resultado de psicopatologia. O caso excepcional, sintetizador da vanguarda com a «locura», foi o de Ângelo de Lima, foco da presente dissertação.

Primeiro, revisitaremos a história clínica de Ângelo de Lima, procurando concluir se Lima sofreria de uma perturbação mental grave e qual seria o diagnóstico nosológico mais provável.

Seguidamente, exploraremos a sua obra poética e correspondência pessoal em busca de achados psicopatológicos favoráveis à presença de uma perturbação mental grave.

Finalmente, procuraremos estabelecer um paralelo entre as alterações psicopatológicas patentes em Lima e o processo criativo presente na poesia de *Orpheu*.

Discussão

Ângelo de Lima nasceu a 30 de Julho de 1872, filho de Maria Amália Azevedo e Pedro de Lima, poeta ultrarromântico e «alienado». Teve 9 irmãos, sendo que apenas uma irmã sobreviveu além da terceira década de vida. Pouco se sabe em relação à sua infância e adolescência, além do referido pelo próprio na autobiografia redigida durante a terceira década de vida. Não existem dados relativos ao desenvolvimento psicomotor de Lima; o próprio fala de ter sofrido de «bexigas», termo impreciso que se poderá associar a diferentes infecções víricas comuns durante a infância. O percurso escolar terá sido irregular, com uma passagem no Colégio Militar do qual foi expulso aos 16 anos, após duas reprovações, e uma inscrição posterior na Academia de Belas-Artes do Porto, em consonância com a sua apetência para a ilustração¹. Lima ingressou no Exército, aos 18 anos, cumprindo as obrigações militares de forma expedita mas sem dedicação, na medida necessária à subida ao posto de 2º Sargento; o próprio refere ter faltado «*quase constantemente, além da muita dispensa a quase todos os actos inúteis militares, notavelmente à formatura de recolher [...]*», numa vivência noctívaga a que não faltou «*alguma embriaguez*». O consumo de álcool parece ter assumido contornos nocivos aquando do serviço em África, onde o jovem militar passou 7 meses «*com as vísceras flutuando em vinho*». Neste período, terá igualmente sofrido uma eventual meningite/encefalite com alteração do estado de consciência.

No regresso de África, viveu no Porto, retomando a frequência da Academia de Belas Artes e contactando com republicanos (causa pela qual nutriria simpatia) e intelectuais da cidade. Aos 22 anos, foi internado no Hospital Conde Ferreira, instituição destinada ao tratamento de perturbações mentais. O seu processo clínico descreve como motivo de ingresso «*Ideias de perseguição insufficientemente systematisadas*». O pessoal clínico regista igualmente a presença de alucinações auditivo-verbais, anorexia, ou insónia, concluindo-se o diagnóstico de «*delírio de perseguição n'um degenerado hereditario*». Mais tarde, Lima, quando entrevistado por Miguel Bombarda, viria a atribuir como causa do internamento o julgamento severo da sociedade portuense em relação as suas «*excitações irregulares de sentimento*» ou «*hiperexcitação*», única alteração psicopatológica de que assume padecer em vários dos seus escritos. Os registos hospitalares – escassos, com intervalos de meses entre as várias entradas – evidenciam períodos de agravamento, alguns dos quais com agitação psicomotora, e de melhoria, com redução do dinamismo do delírio; descrevem ainda as prescrições, populares à época, a que Lima foi submetido, como os brometos de potássio e ópio, compostos com propriedades sedativas.

O poeta permaneceria quatro anos no Hospital Conde Ferreira – facto que não o impediu de publicar ilustrações nas Revistas *Azul* e *Geração Nova* –, tendo alta em 1898. Desconhecemos o seu estado clínico à data de alta, embora, alguns meses antes, o clínico por si responsável registre a presença de «*ideias de perseguição e as allucinações [...] muito attemadas*».

Nos dois anos seguintes, Lima viveu uma existência anónima entre o Algarve e Lisboa, realizando trabalhos ocasionais como ilustrador. Em 1901, aos 27 anos, foi preso em

¹ A profissão registada nos arquivos do Hospital de Rilhafoles é a de «desenhador particular», atestando a importância desta arte enquanto meio de sustento para Ângelo de Lima.

Lisboa por ofensa moral, no contexto de ter proferido obscenidades (como «*pórra*») no Teatro Dona Amélia, e presente a Tribunal que decretou a necessidade de um exame médico-legal de forma a determinar se seria «*ou não susceptível de imputação*».

Ângelo Lima aguardaria um ano no Hospital de Rilhafoles até à realização desta avaliação. Miguel Bombarda foi o responsável pelo exame médico-legal. Este descreve o poeta como «*um homem [...] preocupado na escolha de palavras bem sonantes*», dono de uma postura «*sem arrogância, nem servilismo [...]*». Durante a observação hospitalar, o alienista observou o comportamento do paciente no seu dia-a-dia de enfermaria; descreveu frequentes solilóquios (isto é, falar sozinho), que ocorriam mesmo quando o poeta se encontrava entretido com desenhos e pinturas («*parecia conversar com alguém em fortes gesticulações, colérico*»). Lima ter-se-á defendido, negando ouvir vozes e associando o seu comportamento a uma «*ocupação subjectiva: um subjectivismo do hospital*». A idiossincrática explicação sobre a «ocupação subjectiva» determina uma relação – à vista de quem lê ou observa – pouco lógica entre o comportamento apresentado e a justificação dada para o mesmo; a frase, embora sintaticamente adequada, é semanticamente ilógica – um exemplo do que Bleuler descreveu como *afrouxamento associativo*.

Bombarda considera o «*fundo mentab*» de Lima «*de um formidável desequilíbrio [...]*: ao lado de qualidades artísticas [...] apresenta no mesmo campo coisas lamentáveis [...]. Poeta a suas horas, tem coisas de valor [...] E ao mesmo tempo produz bocados de prosa sem redação nem gramática». Um dos poemas de valor a que Bombarda se refere é o famoso soneto *Pára-me de repente o pensamento...*, escrito já depois do primeiro internamento. Este possui uma estrutura formal e singularidade exemplares e o seu conteúdo é representativo do sofrimento psicológico do poeta. Os escritos posteriores de Lima, alguns dos quais influenciadores dos modernistas, mostram sim a tal ausência de redação e gramática, representativos do já denunciado afrouxamento associativo que condicionaria os processos mentais do indivíduo. Num dos textos tardios – intitulado *Eu não estou doudo* – Lima fala sobre os «*insultos, sequestros, intrigas*» sempre aludidos em «*conversas, recadinhos como que involuntariamente enviados, etc*» e descreve a crença de que as suas acções, os seus afectos e impulsos estariam sob o controlo de terceiros por acção de veneno «*suministrado nas comias (sic.) que encontro por razão colocadas no meu lugar, – e consiste em venenos letais, vírus infecciosos, e micróbios extraídos e cultivados nos órgãos dos cadáveres [...]*».

O *Exame do Estado Mental* é concluído de forma talvez contraditória, com Bombarda decretando a inimputabilidade de Lima em relação ao crime cometido e enunciando o diagnóstico de «*loucura moral [...] levada para a fabricação de delírios alucinatórios*». Por um lado, a ocorrência de delírio aponta claramente para uma perturbação psicótica, por outro o termo «*loucura moral*» – utilizado na época de forma pleomórfica – associa-se aos conceitos actuais das perturbações da personalidade ou de outras doenças não psicóticas crónicas, como as perturbações depressivas, mistas ou hipomaníacas.. Bombarda invocou também um possível papel do álcool como factor agravante, mas não causal, do quadro clínico («*não como originando o delírio alcoólico mas perturbando ainda mais uma evolução cerebral já de si desviada*»).

Alguns dados adicionais são necessários à parte dos já referidos no *Exame do Estado Mental* de forma a alargar a virtual discussão diagnóstica, dados estes correspondentes à vida de Lima após a avaliação clínica de Miguel Bombarda. Neste sentido, recorreremos a testemunhos de jornalistas da época, que conheceram e entrevistaram o poeta de *Orpheu*. É curioso observar a contradição das descrições, porventura influenciadas pelos temperamentos e ideologias dos autores, contrastando uma imagem de lucidez de espírito contaminada pelas provações vividas no hospital psiquiátrico, com outra que compara Lima a «*um frangalho de alma*» que «*fuma desalmadamente*» e «*cujia vida bem ao contrário de ter sido uma boémia risonha foi alguma coisa de um longo calvário*».

Realizar um diagnóstico diferencial recorrendo apenas fontes históricas, ainda para mais limitadas, é um exercício factício – falta-nos o contacto directo com o indivíduo, a avaliação do estado mental. Contudo, os dados até agora apresentados parecem-nos suficientes para avançarmos com a hipótese diagnóstica de esquizofrenia, conceito emergente no período de vida de Ângelo de Lima e que só mais tarde viria a ter uma divulgação mais ampla no nosso país. A ocorrência de sintomas psicóticos (por exemplo, alucinações e delírio) – presentes longitudinalmente ao longo da história da doença, como atestado pelas avaliações separadas por anos realizadas nos Hospitais Conde Ferreira e Rilhafoles – aliados a uma deterioração das funções mentais até ao ponto de o indivíduo se ter tornado n'«um frangalho de alma» (em linha com a descrição de Emil Kraepelin de *demência precoce*, entidade precursora da esquizofrenia), tornam este diagnóstico provável. Outro aspecto sugestivo é a ocorrência de alterações formais de pensamento, que descrevemos de forma breve acima e sobre as quais nos debruçaremos de seguida, ao analisarmos alguns trechos da obra poética de Lima.

Com o presente exercício não pretendemos reduzir a poesia de Ângelo de Lima a uma nota de rodapé do seu caso clínico, nem a um exemplo curioso da criatividade dos «degenerados». Pelo contrário, parece-nos clara a sua relevância na História literária do início do século XX. Jorge de Sena, em tom valorizador, estabelece que «[Lima], no seu paroxismo esquizofrénico, é um dos melhores poetas de transição do simbolismo para o vanguardismo». Fernando Guimarães, responsável pela reunião dos poemas de Lima num único volume e sua avaliação crítica, afasta igualmente o poeta de Rilhafoles de *Orpheu*, associando-o, pela sua capacidade de «privilegiar os significantes, a significação divergente [...], a compreensão simbólica anteposta à explicitação temática», ao movimento Simbolista, equiparando-o a António Nobre e Camilo Pessanha.

Efectuando uma análise textual da obra de Ângelo de Lima, indentificamos particularidades, como o uso de raros vocábulos, habitualmente provenientes de um léxico clássico. Existe também o uso de termos neologismos, nascidos de palavras cerceadas pelo desaparecimento de um fonema (exemplo: Oriente) ou por significantes que criam associações a partir de certos átomos mais ou menos semantizados, obedecendo a sucessões fonéticas (por metamorfose de termos devido a observância de um rimário – Acinte/Oriente; Distante/Encante –; ou por necessidade prosódica, ligada ao isossilabismo). A sintaxe também sofre alterações, valendo-se de suspensões e elipses.

*Pára-me de repente o pensamento
Como que de repente refreado
Na doida correria em que levado
Ia em busca da paz, do esquecimento...*

*Pára surpreso, scrutador, atento,
Como pára um cavalo alucinado
Ante um abismo súbito rasgado...
Pára e fica e demora-se um momento.*

*Pára e fica na doida correria...
Pára à beira do abismo e se demora
E mergulha na noite escura e fria*

Um olhar de aço que essa noite explora...

*Mas a espora da dor seu flanco estria
E ele galga e prossegue sob a espora.*

Ángelo de Lima, 1900; in Poesias Completas

No soneto *Pára-me de repente o pensamento*, previamente referido, existe ainda uma organização sintático-semântica convencional, com ausência de neologismos, de pontuação idiossincrática ou das temáticas místicas/mitológicas mais tardias.

Cântico de Semi-Rami

Ob! Noute em Teu Amor Silenciosa!
– *Ob! Estrelas, na Noute, Cintilantes,
Como Ideais e Virginalis Amantes!...*
– *Ob! Memória de Amor Religiosa!...*
– *Já fui... Uma Criança Pubescente
Que des'brocha em Amor Inconsciente
Como n'um Vago Sonho... Comovente
Desabrocha uma Rosa Olorescente*
– *A Adolescente... Casta e Curiosa!*
– *E já Fui... a Galante com Requite
Para dar-me, Esquivando-se em Acinte
De P'rigos da Ventura Cispresinte*
– *Sensitiva... Ao Brisar, do Sol Oriente...*
– *A Nubente... Temente e Desejosa!*
(...)

Ángelo de Lima, 1915; in Poesias Completas

Em *Cântico de Semi-Rami*, a primeira estrofe é repetida diversas vezes ao longo do poema com subtis alterações de pontuação, sendo possível questionarmos se serão intencionais. Surgem neologismos por supressões de sílabas, em que ainda conseguimos associar um significado possível (por exemplo, Oriente – oriente) – cuja origem poderá advir de eventuais associações por consonância, características do pensamento do paciente com esquizofrenia, ou da necessidade de manter o esquema rimático. Também está patente o uso idiossincrático de termos, com uso de palavras raras e possíveis paralogismos (galante), e o uso idiossincrático de sinais de pontuação (reticências, travessões). O poema versa sobre temática mística/mitológica, assunto comum na tradição lírica, mas que em Lima adquire contornos estrambóticos – ao contrário de abordar as mitologias greco-romanas, como habitual na época, Lima invoca elementos budistas, fenícios, zoroastrianos, assírios, ou hindus, emprestando assim uma camada adicional de ininteligibilidade ao texto.

EDD'ORA ADDIO... –MIA SOAVE!...

Aos meus Amigos d'Orpheu

– *Mia Soave... –Ave?!... –Almeia?!*
– *Mariposa Azual... Transe!*
Que de Alado Lidar, Canse...
– *Dorta em Paz... –Transpasse Ideia!...*
– *Do Acaso pela Epopeia...*
Dorto... Stringe... o Corpo Elance
Vai À Campa... –Il C'or descanse...
– *Mia Soave... –Ave!... –Almeia!...*

- Não dói Por Ti Meu Peito...
- Não Choro no Orar Cicio...
- Em Profano... –Edd’ora... Eleito!...
- Balsame –a Campa –o Rocío
Que Cai sobre o Último Leito!
- Mi’ Soave!... Edd’ora Addio!...

Ângelo de Lima, 1915; in Poesias Completas.

Em *Edd’ora Addio... – Mia Soave!...*, a presença de neologismos, com alteração sintática, cria significados incompreensíveis ao leitor. Este é um poema gráfico, em que o esquema rimático constitui uma autêntica melopeia. Neste, a forma é um veículo da beleza estética, remetendo para uma espécie de ideófono pessoal, impossível de decifrar do exterior.

As obras mais tardias de Ângelo de Lima são as mais permeadas pelas alterações formais do pensamento características da esquizofrenia. Contudo, foram estas as que influenciaram os Modernistas (na década de 10 do século XX) e Vanguardistas (na década de 60 do século XX). No texto poético, é possível perverter a estrutura gramatical e sintática sem que se perda o sentido. Como tal, quando comparamos os textos poéticos, com os textos pessoais verificamos que os segundos são menos inteligíveis que os primeiros – o discurso é vago, privado, impreciso e desconexo. Os textos pessoais de Lima (cartas à família, autobiografia) são fundamentais para compreender, à distância do tempo, a mente fragmentada do poeta – a criptolália por si criada não seria apenas um artifício artístico, mas antes a representação da real forma e curso do seu pensamento.

Lobo Antunes e Daniel Sampaio, em conferência citada por Fernando Guimarães, argumentam que o período de maior produção literária de Lima correspondeu às fases activas da doença. Apesar de ser inegável a influência do afrouxamento associativo na criação original de Ângelo de Lima, consideramos abusivo o corolário enunciado. A obra de Lima, cujo valor foi sublinhado, em diferentes tempos, por Pessoa ou Sena, não nasceu da perturbação mental do autor, antes foi por ela influenciada, ao representar a vivência interna do Eu poético – cheia de significados pessoais intransmissíveis, com regras próprias, dissonantes da “normalidade”. O mais curioso talvez seja a manutenção de uma ordem interna na poesia de Lima (ao contrário do verificado nos textos pessoais).

De facto, a literatura e a prática clínica sugerem que a progressão da doença psicótica, ao invés de favorecer a actividade criativa, a prejudica grandemente – processo, naturalmente, não estranho às alterações cognitivas verificadas a nível da função executiva, planeamento, atenção e velocidade de processamento verificadas na esquizofrenia. Habitualmente, as obras de arte de maior qualidade são desenvolvidas no início da doença, com progressiva perda de virtudes inerentes ao processo «demencial».

Resta, portanto, abordar a relação entre o processo criativo dos modernistas e a psicopatologia (de Lima) que os influenciou.

A crítica literária da época esforçou-se determinadamente em associar *Orpheu* ao campo da doença mental. Vejamos o exemplo de Albino Forjaz Sampaio que, num artigo publicado já no final da década de 20, apelida Sá-Carneiro de «incoerente e [...] delirante», Álvaro de Campos como «pertence[n]te aos loucos epilépticos», Santa-Rita Pintor de «doido de todo», Amadeo de Souza Cardoso de «louco acabado» e Almada Negreiros de «desequilibrado espetaculoso e risível». Porventura o maior detractor dos modernistas terá sido Júlio Dantas, que liderou o ataque à revista no artigo *Poetas-paranóicos*, publicado na *Ilustração Portuguesa* em 1915. Dantas acreditava verdadeiramente na insanidade dos autores de *Orpheu* e no potencial contágio social das suas ideias; assim, sugeria como serviço público a

repressão activa de *Orpheu*, numa óptica de controlo higiénico da loucura, influenciada pela ideia de um contínuo entre a degenerescência e a criminalidade (com uma influência positiva da primeira na segunda). Alguns dos mais eminentes alienistas contemporâneos foram chamados a participar nesta discussão, como é exemplo Júlio de Matos, que, em contraponto, situou *Orpheu* no campo da simulação («Os do *Orpheu* são apenas simuladores. É evidente que quem quiser ser extravagante tem de se assemelhar aos Loucos»).

Para prosseguir esta breve discussão, socorremo-nos dos exemplos de Pessoa e Sá-Carneiro, os membros de *Orpheu* que mais abertamente falaram – particularmente nas respectivas correspondências pessoais – da sua saúde mental.

Sá-Carneiro diz-se frequentemente «doido [...] doidice que pode passear nas ruas – claro. Mas doidice. Assim o *Ángelo de Lima*»; na sua correspondência a loucura é um tema constante, bem como na sua prosa, com a novela *A Confissão de Lúcio* assumindo um lugar central na exploração desta temática, embora numa perspectiva fantástica. Pessoa, por outro lado, compreende a neurastenia como uma necessidade da modernidade, afirmando o seguinte: «A tensão nervosa tornou-se um estado normal na maioria dos incluídos na marcha das cousas públicas e sociais. A hiperexcitação passou a ser de regra» (é curioso ver a utilização da expressão «hiperexcitação», a mesma utilizada por Lima ao descrever a sua psique, sugerindo que esta seria popular à época). Esta «doença» é também sua e da geração órfica; Pessoa define mesmo a «histero-neurastenia» como base fundamental do seu psiquismo.

No entanto, os autores de *Céu em Fogo* e *Mensagem* separam a sua própria «loucura» da de Lima, esta psicótica, desorganizada, limitadora de uma vida autónoma; aquela «histero-neurasténica», poética, teatral. Não poderiam ser mais diferentes, como procurámos comprovar no presente trabalho. Esta afirmação não exclui naturalmente a existência de sofrimento psicológico significativo nas vidas de Sá-Carneiro ou Pessoa – aliás ambas abruptamente encurtadas, a primeira por suicídio, a segunda como consequência de consumo abusivo de álcool – antes contestar a noção de loucura imputada ao movimento modernista.

Uma definição possível de loucura – que em linguagem médica corrente se poderá traduzir como psicose – prende-se com a incapacidade de realizar um teste de realidade adequado, plasmada, por exemplo, na tendência a formular crenças de forma contraditória à lógica aristotélica, tomar imagens mentais por reais percepções, ou indiferenciar o mundo interno do externo. A loucura ou psicose é com toda a certeza a manifestação mais grave da doença mental, sendo comprometedora de uma vida autónoma e habitualmente pervasiva a todos os aspectos da vida do indivíduo. A análise da obra de *Ángelo de Lima* evidencia este aspecto: a doença mental não só invadiu a sua obra poética de rompante, influenciando o estilo particular previamente descrito, como também a sua correspondência pessoal – na qual a desorganização semântica e a presença de sintaxe e gramática bizarras são ainda mais evidentes –; a pervasividade destes «desvios de linguagem» sugere que não seriam unicamente artificios literários, antes um reflexo dos processos mentais de Lima, ou seja, verdadeiras alterações formais do pensamento. Contrariamente, em Pessoa e Sá-Carneiro «a loucura» era convenientemente transitória, servindo um propósito concreto no processo criativo.

Conclusão

Ángelo de Lima terá sofrido de uma perturbação mental grave (provavelmente esquizofrenia), com grande impacto na sua funcionalidade e autonomia. A presença de alterações formais do pensamento é evidente na sua obra e correspondência pessoal. Ao contrário do habitualmente verificado em artistas com esquizofrenia, as suas obras tardias mantiveram valor estético, apesar da (ou devido à) desagregação sintático-semântica. A sua obra poética foi decisivamente influenciada pela doença, mas a capacidade criadora do

poeta terá sido por esta prejudicada. A obra de Ângelo de Lima evidencia psicopatologia clara; a obra dos poetas de *Orpheu* imita-a intencionalmente.

Referências

- 1.BLEULER, Eugen – Textbook of Psychiatry. Nova Iorque: The MacMillan Company, 1934.
- 2.CECCUCI, Piere – Um poeta que ‘não sendo nosso, todavia se tornou nosso’. Ângelo de lima entre simbolismo e modernismo. *Desassossego*. 14 (2015) 86-100.
- 3.FRANCO, Stefanie Gil – A estética da degeneração e a expressão dos alienados: leituras de Júlio Dantas no Hospital de Rilhafoles. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. 24:3 (2017) 727-744.
- 4.LIMA, Ângelo de – Poesias Completas. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.
- 5.SANTOS, Sofia – Cópia dos Autos de Polícia Correccional de Lisboa, Arquivo Clínico e mais alguns documentos referentes ao caso biográfico e psiquiátrico de Ângelo de Lima. *Pessoa Plural*. 7 (2015).
- 6.SEQUEIRA, Márcia — Esquizofrenia Paranoide ou Esquizotipia versus Criatividade. Dissertações de Mestrado. Faculdade de Ciências de Saúde, Departamento de Ciências Médicas, Universidade da Beira Interior, 2012.
- 7.GUIMARÃES, Fernando — Simbolismo, Modernismo e Vanguardas. 3ª edição. Lisboa: Impensa Nacional-Casa da Moeda. 2004.
- 8.MATOS, Júlio de – Arte exótica: Os poetas de Orpheu e os alienistas. *Jornal A Lucta*, 11 abril 1915.
- 9.DANTAS, Júlio – Poetas-paranóicos. *A Ilustração Portuguesa*. 1915.
- 10.QUINTAIS, Luís — Torrent of madmen: the language of degeneration in Portuguese psychiatry at the close of the 19th century. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 15:2 (2008).

MOLÉCULAS PSICOTRÓPICAS E LITERATURA: UMA VISÃO QUÍMICA

Sérgio P. J. Rodrigues

CQC e Departamento de Química, Universidade de Coimbra

Professor Auxiliar

Email:spjrodrigues@ci.uc.pt

Resumo

O desenvolvimento de moléculas psicotrópicas para doenças graves do foro mental tem contribuído, desde a segunda metade do século XX, para reduzir o sofrimento de pessoas que anteriormente eram submetidas a tratamentos hoje considerados cruéis.

Embora seja actualmente discutida a medicalização excessiva e a massificação do uso destas moléculas, em particular nos casos menos graves, é inegável que o desenvolvimento destas, proporcionou a possibilidade de alívio ao sofrimento de doentes graves.

Este artigo propõe uma revisão breve da história química do desenvolvimento dos medicamentos psicotrópicos, acompanhando as obras de autores que delas poderiam ter beneficiado, como Ângelo de Lima, Mário de Sá-Carneiro, Florbela Espanca e Sílvia Plath, entre outros, assim como autores que delas já beneficiaram, como Louis Althusser e David Foster Wallace. As obras de escritores médicos, como Fernando Namora e António Lobo Antunes, que referem estas moléculas nas suas obras, são também evocadas.

Palavras chave: química; fármacos psicoactivos; literatura; escritores; história da química medicinal

Abstract

The development of psychotropic molecules for serious mental illnesses has contributed, since the second half of the twentieth century, to reduce the suffering of people who were previously subjected to treatments now considered cruel.

Although excessive medicalization and mass use are currently discussed, particularly in less severe cases, it is undeniable that the development of these molecules has provided the possibility of relief from the suffering to critically ill patients.

This article proposes a brief review of the chemical history of the development of psychotropic drugs, accompanying the works of authors who could have benefited them, such as Ângelo de Lima, Mário de Sá-Carneiro, Florbela Espanca, and Sílvia Plath, among others, and authors who have already benefited from them, as Louis Althusser and David Foster Wallace. Medical doctors who were writers, and refer to these molecules in their works, as Fernando Namora and António Lobo Antunes, are also evoked.

Introdução

Este trabalho procura fazer uma revisão breve da história do desenvolvimento de medicamentos de base química para as doenças mentais, acompanhando algumas obras e escritores que escreveram sobre elas ou que delas sofreram¹. A abordagem centra-se na química e na forma como as moléculas psicotrópicas surgiram, foram descobertas e são desenvolvidas. Procurar-se-á também discutir os preconceitos e as visões negativas sobre a química e a indústria farmacêutica presentes na literatura, na sociedade, e mesmo em parte

¹ Alguns exemplos foram já abordados em (RODRIGUES, 2014). Dados os limites para a dimensão deste trabalho não será possível fazer referência a todas as obras consultadas. Em particular, as obras literárias e de divulgação serão apenas indicadas no texto pelo seu autor, título e ano de publicação original.

dos profissionais de saúde, à luz da complexidade e multiplicidade de factores envolvidos no desenvolvimento de fármacos psicoactivos e neuroactivos.

Os psicotrópicos e a literatura: uma visão cronológica

Na obra *O Alienista*, de 1882, de Machado de Assis (1839-1908), encontramos uma grande ironia, sobre o que é a loucura e os seus tratamentos, assim como referências indirectas aos tratamentos morais que substituíram o encarceramento e a violência sobre os *loucos*. Mas não encontramos explicações científicas satisfatórias para as doenças mentais, assim como medicamentos para estas enfermidades - estes simplesmente não existiam.

Existe desde a antiguidade a ideia de desequilíbrio, a qual no final do século XIX se dirigiu a aspectos metafóricos da psique, com o aparecimento da psicanálise (1883-85) de Sigmund Freud (1856-1939), e mais recentemente às teorias do desequilíbrio químico e bioquímico, de que a teoria simplista das monoaminas na depressão é o paradigma (veja-se, e.g. STAHL, 2013, p.262). Estas teorias, naturalmente passíveis de revisão, de acordo com o método científico, têm evoluído e enquadram cada vez mais informação sobre mecanismos bioquímicos, receptores celulares e compostos psicoactivos.

Muitas pessoas não têm ideia da complexidade e relevância da química envolvida no desenvolvimento de novos fármacos. As fórmulas químicas destas moléculas, que são a identidade destes medicamentos e estão associadas às suas propriedades, são consideradas assunto para iniciados. A investigação química envolvida na descoberta e desenvolvimento dos fármacos é muitas vezes obscurecida por ideias feitas sobre a indústria farmacêutica. Por exemplo, em *Memória de Elefante*, de 1979, António Lobo Antunes (n. 1942), escritor médico com formação e prática em psiquiatria, que trabalhou em vários hospitais, evidencia essa visão da química e indústria farmacêutica, personificadas pelos *delegados de propaganda médica*,

Os doutores saíam-lhes das pinças ferozes a cambalearem sob o peso de folhetos e de amostras, tontos de discursos eriçados de fórmulas químicas, de posologias e de efeitos secundários, e vários tombavam exaustos [...]

Não sendo provavelmente muito relevante para a prática clínica, a história da descoberta e desenvolvimento dos fármacos, nem os detalhes das suas estruturas químicas ou da forma como são obtidos, a falta de conhecimento sobre estes aspectos pode originar preconceitos e mitos, assim como ideias anacrónicas, em particular, a visão dos medicamentos como “adaptações” do mesmo tipo de moléculas que já existiam no passado (o efeito “me-too” contribui para isso), ou julgar que estas moléculas sempre existiram, diabolizando as práticas do passado à luz dessa ideia anacrónica.

Uma história, resumida mas abrangente, da evolução dos psicofármacos, foi publicada recentemente (PALHA & ALMEIDA, 2018, disponível apenas em Janeiro de 2019). Na Figura 1 apresenta-se um tábuca cronológica das datas de aparecimento de alguns tratamentos e introdução no mercado de fármacos psicotrópicos¹, em conjunto com as data respeitantes às vidas e obras de autores associados a doenças do foro mental até aos anos 1950-60, décadas em que ficaram disponíveis o primeiro antipsicótico e as primeiras benzodiazepinas. Os fármacos apresentados tiveram algum tempo de desenvolvimento antes de ficarem disponíveis, sendo que a primeira moléculas disponível para o tratamento de estados psicóticos foi a clorpromazina.

¹ A lista de psicotrópicos e as datas de aprovação foi obtida por consulta directa da base de dados da FDA (2019). Foram também consultadas as bases de dados da EMA para incluir dados europeus.

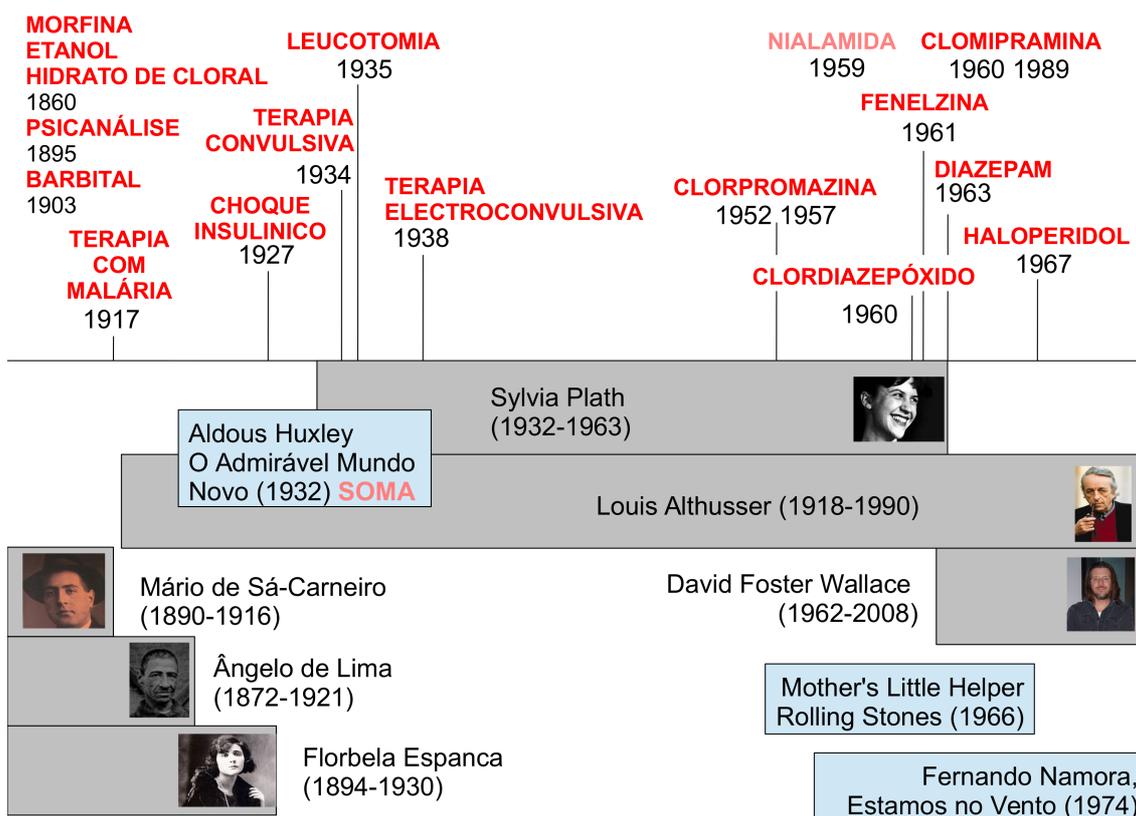


Figura 1 – Tábua cronológica com as datas de introdução de tratamentos e moléculas psicotrópicas até aos anos 1950-60 em conjunto com as datas das vidas de alguns escritores afectados por problemas de foro mental, assim como algumas obras relacionadas. A lista de psicotrópicos com as datas de aprovação foi obtida por consulta directa da base de dados da FDA (2019) de janeiro a março de 2018. Foram também consultadas as bases de dados da EMA para incluir dados europeus.

Até 1952 só estavam disponíveis tratamentos como os convulsivos - usando o composto cardiazol, a partir de 1934, e o tratamento electroconvulsivo, a partir de 1938 -, o choques insulínico em 1927 e a leucotomia em 1935. Nesta figura podem ainda ver-se as datas de publicação de algumas obras que referem moléculas psicotrópicas. No *Admirável Mundo Novo* de Aldous Huxley (1894-1963), de 1932, o *soma* é uma moléculas ficcional que originava felicidade e, de certa forma, obediência, *Mother's little help* é uma canção dos Rolling Stones que evoca o diazepam e, finalmente, em *Estamos no Vento*, de 1974, Fernando Namora (1919-1989), revela de forma indirecta o uso de medicamentos psicotrópicos como drogas sociais, como veremos.

Como medicamentos psicotrópicos, estavam apenas disponíveis até à década de 1950 (veja-se (veja-se PALHA & ALMEIDA, 2018, para uma visão mais alargada) o hidrato de cloral, (1860) sedativo hipnótico e os barbitúricos (primeira síntese em 1864), qualquer dos dois tipos de compostos bastante perigosos. A poeta Florbela Espanca (1894-1930), que, aparentemente, sofria de algum tipo de depressão, para a qual procurou tratamento médico, morreu acidentalmente, ou por suicídio, com um barbitúrico, barbital. O poeta Mário de Sá Carneiro (1890-1916), que se suicidou em Paris, tinha procurado a ajuda médica de Egas Moniz (1874-1955) em 1914, o qual, na altura, pouco mais lhe poderia oferecer para além da psicanálise - embora talvez não ficasse melhor com a leucotomia, que só surgiu em 1934. Ângelo de Lima (1872-1921) passou quase toda a vida internado sem ter acesso a medicamentos psicotrópicos. Sylvia Plath (1932-1963), na obra autobiográfica *Redoma de Vidro*, publicada em 1963, depois da sua morte por suicídio com gás, refere os

electrochoques e o choque insulínico, mas quase não fala de comprimidos ou de outros medicamentos.

Entretanto, para a loucura devida à sífilis - uma doença muito presente na literatura - que afectava cerca de 10% dos doentes infectados, o tratamento com inoculação de malária, que apareceu em 1917, era relativamente eficaz, tendo valido o prémio Nobel a Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) em 1927. É preciso não esquecer que a sífilis era uma doença que afectava uma boa parte da população, algo que os antibióticos e a profilaxia fizeram quase esquecer.

Se para a maioria dos escritores identificados na Figura 1, a existência de psicotrópicos era muito limitada, o mesmo já não se passa com David Foster Wallace (1962-2008), nem na segunda metade da vida do filósofo francês Louis Althusser (1918-1990), que já conheceram os inibidores da monoaminoxidase (IMAO), os recaptadores selectivos da serotonina (SSRI), os antidepressivos tricíclicos, os novos antipsicóticos e as novas benzodiazepinas, entre outros compostos psicoactivos que são apresentados na Figura 2. Nesta apresenta-se uma tábua cronológica com as datas de aprovação de alguns dos psicotrópico mais emblemáticos, desde 1950 até à actualidade, assim como as vidas e obras de escritores e um livro com um fármaco fictício, o *dylar*, prescrito para o “medo da morte”, em *Ruído Branco*, de 1997, de Don DeLillo (n. 1936). Pode constatar-se que Sylvia Plath morreu antes de poder beneficiar de alguns dos novos psicofármacos, mas David Foster Wallace e Louis Althusser não. Mostram-se também as cronologias das vidas de Miguel Rovisco (1959-1987), dramaturgo português, que se suicidou no ano em que apareceu a fluoxetina, e Amy Winehouse (1983-2011) que morreu de coma alcoólica. São, tal como Plath e Wallace, casos extremos, que poderiam (ou não) ter sido evitados se existissem os fármacos adequados.

Wallace sofreu de depressão, tendo tomado fenelzina, entre outros medicamentos, o que não impediu o seu suicídio. Na monumental *A piada Infinita*, publicado em 2012, faz bastante eco de drogas e moléculas psicotrópicas. Embora revele algum conhecimento sobre os seus efeitos terapêuticos e secundários, assim como dos mecanismo de acção, quase não tem referências à origem destas drogas. O filósofo francês Louis Althusser (1918-1990) toda a vida foi vítima de depressão e episódios psicóticos. No seu livro autobiográfico, *O futuro é muito Tempo*, datado de 1992, refere que tomou nialamida, um IMAO, que foi entretanto retirada do mercado devido aos seus efeitos secundários e clomipramina, com que se deu razoavelmente bem, segundo conta.

Na Figura 3 podemos encontrar uma tábua com as datas de aprovação de psicofármacos e de outras moléculas relacionadas, incluindo Parkinson, Alzheimer, défice de atenção, desejo sexual feminino e adições como o tabaco. Podemos também encontrar as datas de publicação de livros que referem alguns fármacos.

Tendo como tema a doença de Alzheimer, existe um número apreciável de obras, em particular, *Diário da nossa paixão* (*The Notebook*, 1996) de Nikolas Sparks, *Cinzas do Passado* (*Small world*, 1997) de Martin Suter e, mais recentemente, *O lugar escuro* (2017) de Heloísa Seixas. O livro de Seixas faz referência a medicamentos e tratamentos, em particular aos efeitos secundários, o de Suter termina com uma ficção – a descoberta de uma molécula que curaria a doença. A doença de Alzheimer está-se a revelar muito mais difícil de enfrentar do que o Parkinson, por exemplo. Por isso tem crescido o número de obras com curas milagrosas e de auto-ajuda. Destas, é de destacar *O fim do Alzheimer*, que dando grande ênfase à complexidade e falta de conhecimento que temos sobre a doença¹, assim como à ineficácia dos medicamentos existentes, propõe um conjunto de abordagens a partir de indicadores fisiológicos e cognitivos, envolvendo correcções alimentares e outras.

¹ Para além dos sintomas e mecanismos conhecidos, têm sido discutidos causas tão dispares como infecções com vírus e bactérias, assim como a contribuição do microbioma, entre outras.

Embora esta abordagem holística possa ter utilidade, uma cura ou alívio mais profundo só poderão vir provavelmente de fármacos.

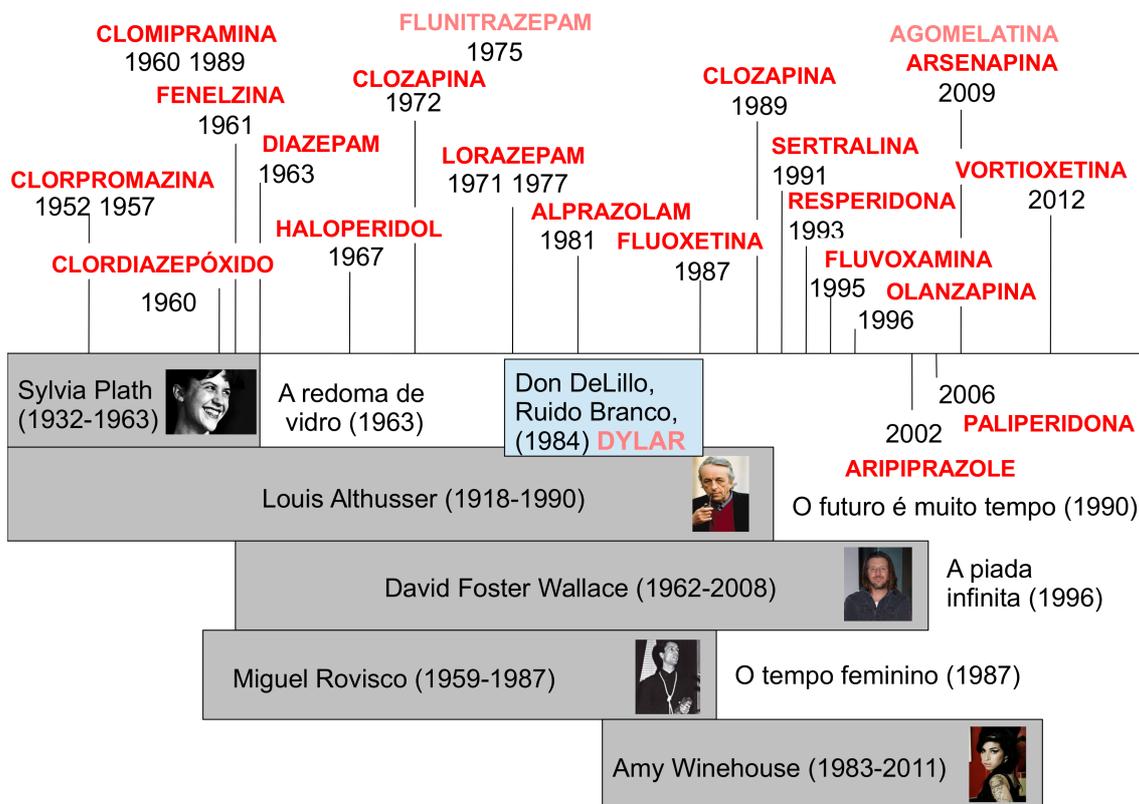


Figura 2 - Tábua cronológica com as datas de introdução de moléculas psicotrópicas a partir dos anos 1950-60 até à actualidade, em conjunto com as datas das vidas de alguns escritores afectados por problemas de foro mental, assim como algumas obras relacionadas. Datas obtidas como indicado na Figura 1.

A utilização mais ou menos vulgarizada, e provavelmente desnecessária de psicotrónicos, que é hoje muito discutida, surgiu imediatamente após a sua disponibilização. São bem conhecidos os anúncios dirigidos a donas de casa nos EUA para a clorpromazina, assim como a canção dos Rolling Stones já referida. Fernando Namora no livro de ensaios *Estamos no Vento*, de 1974, compara estes medicamentos com as drogas que os jovens na altura usavam “[o]s meus remédios, a droga da gente da minha idade: tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos. Um dia referir-te-ás às marijunas, aos baxixes, com a mesma terna verificação de um hábito?” Note-se a referência aos hipnóticos que hoje praticamente não são usados devido aos riscos associados. Namora tinha disponíveis algumas benzodiazepinas como o diazepam e antidepressivos como a clomipramina mas ainda não tinha lorazepam nem recaptadores selectivos da serotonina. Para além disso, o tabaco e o fumo que na altura eram generalizados, contribuía com a nicotina.

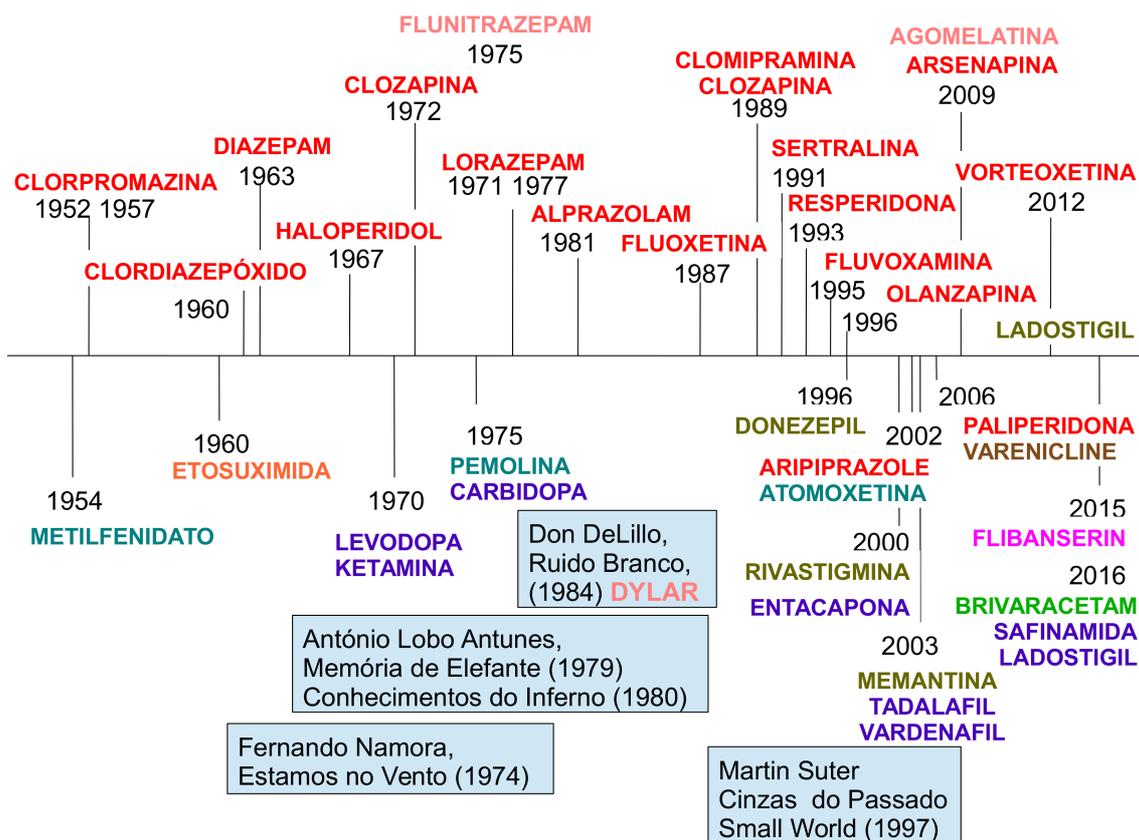


Figura 3 - Tábua cronológica com as datas de introdução de moléculas com aplicação em psiquiatria e neurologia, em conjunto com algumas obras referidas no texto. A encarnado estão as moléculas antidepressivas e antipsicóticas já presentes nas Figuras 1 e 2, a roxo moléculas com aplicação no Parkinson, verde azulado moléculas usadas para o défice de atenção, verde musgo, moléculas para o Alzheimer, verde claro um anticonvulsante, rosa um medicamento para o défice de desejo sexual feminino, a castanho um medicamento para o vício do tabaco.

Lobo Antunes, enquanto médico psiquiatra, revela grande desconfiança em relação tanto aos medicamentos como às práticas psiquiátricas. Ainda em *Memória de Elefante* podemos encontrar expressões como “*ziguezagando de injeções*” ou “*cambalear à beira do KO químico*”. No *Terceiro Livro de Crónicas*, publicado em 2006, no texto “Miguel Bombarda”, é explícito nas suas críticas ao sistema de funcionamento dos hospitais e aos tratamentos:

Mas quem se rala? São doentes e são pobres. Lá andam eles a penar, entupidos em medicamentos até às goelas, de expressões vazias. Calmos, claro, mas no sentido em que os legumes são calmos. [...]
Lembro-me de um rapaz que se regou com petróleo [...] De vários que se suicidaram. Do psicanalista que dava electrochoques em série. Do grupanalista (grupanalista: passei oito anos nessa leria e ainda estou para saber o que é) que na Urgência aplicava doses de injectáveis que me aterravam. Segredava com doçura - E agora apanha um lorenin por cima e fica confuso, mas calmo.

Para as injeções contaria com o haloperidol, conhecidos desde os anos 1960, entre outros. O lorazepam (lorenin) e outros medicamentos, conviviam na altura com várias terapias como a psicanálise e a grupanalise. Actualmente, as mais de quatrocentas terapias psicológicas registadas (LEE & IRVIN, 2018) combinam-se com as cerca de oitenta

entidades moleculares (num número muito maior de produtos farmacêuticos) aprovadas para a depressão, ansiedade, esquizofrenia e outras doenças psiquiátricas. A estas juntam-se outras oitenta entidades moleculares aprovadas para desordens neurológicas, Parkinson, Alzheimer, distúrbios convulsivos, entre outras. Entretanto, existia para a esquizofrenia. há pouco tempo, cerca de 150 novas moléculas nas pipelines das farmacêuticas e laboratórios de investigação, mas a média de aprovação tem sido de cerca de uma por ano e nos últimos dois anos não foi aprovada nenhuma molécula para doenças psiquiátricas.

Moléculas psicotrópicas: uma visão da sua necessidade e desenvolvimento

Numa obra recente (LEE & IRVIN, 2018) os preconceitos sobre os medicamentos psicotrópicos são evidentes. Fazendo alusão ao livro, de 2009, de Irvin Kirsch, *The Emperor's New Drugs*, estes autores afirmam que "[n]ão é tanto que a aclamada eficácia das drogas psiquiátricas seja como a história do rei que vai nu de Anderson (...) é mais todos vemos que o rei vai nu mas não termos coragem de admiti-lo para nós próprios."

Apresentam de seguida, um conjunto de problemas do desenvolvimento de psicofármacos (indico aqui os relacionados com a química): (1) *As companhias farmacêuticas estão a desistir de procurar novos fármacos para condições psiquiátricas*, (2) *A investigação farmacêutica moderna é cara e exige muito tempo de pesquisa*. (3) *As primeiras drogas para a depressão e psicoses foram descobertas em 1950-60 por acaso, procurando outras coisas*. (4) *Continuamos a usar as mesmas classes de fármacos de meados do século passado (estimulantes, calmantes, estabilizadores do humor e sedativos [...])*

Estas críticas têm eco na sociedade, assim como na literatura e ficção, como vimos, mas são, em parte, injustas. As farmacêuticas e os investigadores não desistiram de procurar psicofármacos. Há centenas de compostos a serem estudados. A descoberta e o desenvolvimento de novos fármacos são complexos e realizados de forma racional - não ao acaso. Os critérios para a aprovação de novos medicamentos são cada vez mais apertados. Obviamente, estas actividades são dispendiosas e demoradas. As famílias de psicotrópicos são muito mais complexas (veja-se, e.g. PALHA e ALMEIDA 2018) e são descobertos com regularidade novos mecanismos de acção, assim como novos alvos terapêuticos (CARACI et al., 2017). Finalmente, sobre a eficácia, as meta-análises mais recentes confirmam essa eficácia (e.g. CIPRIANI et al. 2018).

Com o avanço do conhecimento sobre as moléculas psicotrópicas, alvos terapêuticos e genomas individuais, poderemos no futuro, entender melhor por que razão uns medicamentos são mais eficazes para umas pessoas do que para outras e avançar para a medicina personalizada, escolhendo de forma racional os psicofármacos e os compostos neuroactivos, assim como as combinações destes com tratamentos psicológicos e sociais, adequadas a cada pessoa. Embora as evidências deste tipo de procedimentos sejam ainda limitadas (ver ROSENBLAT et al. 2017 e citações deste artigo), o seu potencial é enorme. Por exemplo, na figura 4 apresenta-se um mapa das afinidades de diferentes anti-psicóticos para diferentes receptores. Esse mapa (LEE & KIM, 2016) poderia ser visto como uma região de um mapa multidimensional envolvendo receptores, fármacos e as características genómicas de cada indivíduo, o qual poderia ser usado para fazer propostas racionais de fármacos ou associações de fármacos adequados a a cada indivíduo.

Na figura 5 estão representados os principais métodos de descoberta de fármacos psicoactivos, generalizando (IMMADISETTY et al., 2013) para outros medicamentos. O método mais antigo é a etnofarmácia. São exemplos o hipericão como calmante (conhecido desde a antiguidade, mas só agora se conhece a sua composição e efeitos secundários) e a galantamina para o Alzheimer, descoberta nos anos 1950 a partir de usos tradicionais da planta *Galanthus nivalis*, os quais, segundo alguns autores, remontam também à antiguidade (ver, e.g. RODRIGUES, 2014).

A serendipidade - descoberta aparentemente por acaso - foi também uma fonte de novos fármacos. A iprionazida estava a ser usada para a tuberculose e entre os seus secundários

contava-se a acção sobre a depressão. O clordiazepóxido fazia parte de um conjunto de compostos num teste e era o único que tinha alguma actividades - descobriu-se que havia um erro na síntese! Outro processo histórico foi a prática clínica. A imipramina foi sintetizada e testada de imediato. A clorpromazina foi testada para curas de sono, tendo revelado agir como antipsicótico. Actualmente, as descobertas através da serendipidade e da prática clínica são altamente improváveis pois todos os compostos conhecidos e inventados são convocados para pesquisas e rastreios virtuais sistemáticos que podem conduzir a novas indicações terapêuticas ou ao reposicionamento (repurposing) de fármacos. Para além disso, as novas moléculas e os seus processos de síntese são caracterizadas cuidadosamente, tendo de seguir apertados testes pré-clínicos e clínicos antes de serem usadas.

O uso do conhecimento das relações entre actividade e estrutura (structure-activity relations, SAR) marca o início do desenvolvimento racional de fármacos e contribuiu para muitos dos fármacos em uso, nomeadamente a fluoxetina e mais recentemente a vortioxetina.

As técnicas experimentais da química combinatória e do rastreio de alto débito (high-throughput screening, HTS) revolucionaram a descoberta de compostos *leader* no final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Na química combinatória são sintetizados novos compostos através de combinações estruturais. No caso de HTS são testados compostos existentes de forma sistemática e automática. Embora sejam muito pouco eficientes, têm um grande potencial para a descoberta de compostos activos cuja acção não era esperada a partir de relações de actividade estrutura ou homologia.

A química combinatória não tem levado ao desenvolvimento de novos psicofármacos – o J20 é um exemplo que não teve continuidade. No entanto, tem-se revelado muito útil para o enriquecimento das bases de dados de novos compostos e modelos de desenvolvimento de compostos. A pimavanseria é um antipsicótico atípico aprovado para o tratamento das psicoser associadas à doença de Parkinson estando também a ser estudado para o Alzheimer e outras doenças. Esta molécula foi desenvolvida no final dos anos 1990 usando o rastreio de alto débito (HTS) para receptores associados à proteína G. O composto JNJ-40411813 foi descoberto usando também técnicas de HTS e está em fase clínica II para a esquizofrenia.

Nos últimos anos, a descoberta de novos fármacos envolve uma combinação das várias técnicas disponíveis, em particular as computacionais, de rastreio virtual (virtual screening). No caso de não serem conhecidas as estruturas das proteínas alvo, podem ser baseadas no ligando através da criação de modelos quantitativos de actividade estrutura e um fármaco. No caso de ser conhecida a estrutura da proteína podem ser usadas técnicas de rastreio virtual usando acoplamento molecular (docking). Actualmente, estas técnicas são combinadas entre si e com técnicas experimentais, incluindo técnicas de desenho baseadas em fragmentos e outras.

A literatura não nos dá ecos da intensa e complexa actividade que é o desenvolvimento de novos fármacos, nem das dificuldades envolvidas. As poucas exceções são o *The Billion Dollar Molecule*, publicado em 1994 por Barry Werth envolvendo outro tipo de fármacos. De forma mais ou menos indirecta, *O demónio da depressão*, de 2001, de Andrew Solomon reflete algum conhecimento sobre esse tema. É assim natural que o público se centre nas questões relativas aos problemas com a indústria e com os efeitos secundários ou a ineficácia dos medicamentos, por exemplos *Farmacêuticas da treta (Bad Pharma, 2012)* de Ben Goldacre, ou o já referido livro de 2009, de Irvin Kirsch, *The Emperor's New Drugs*.

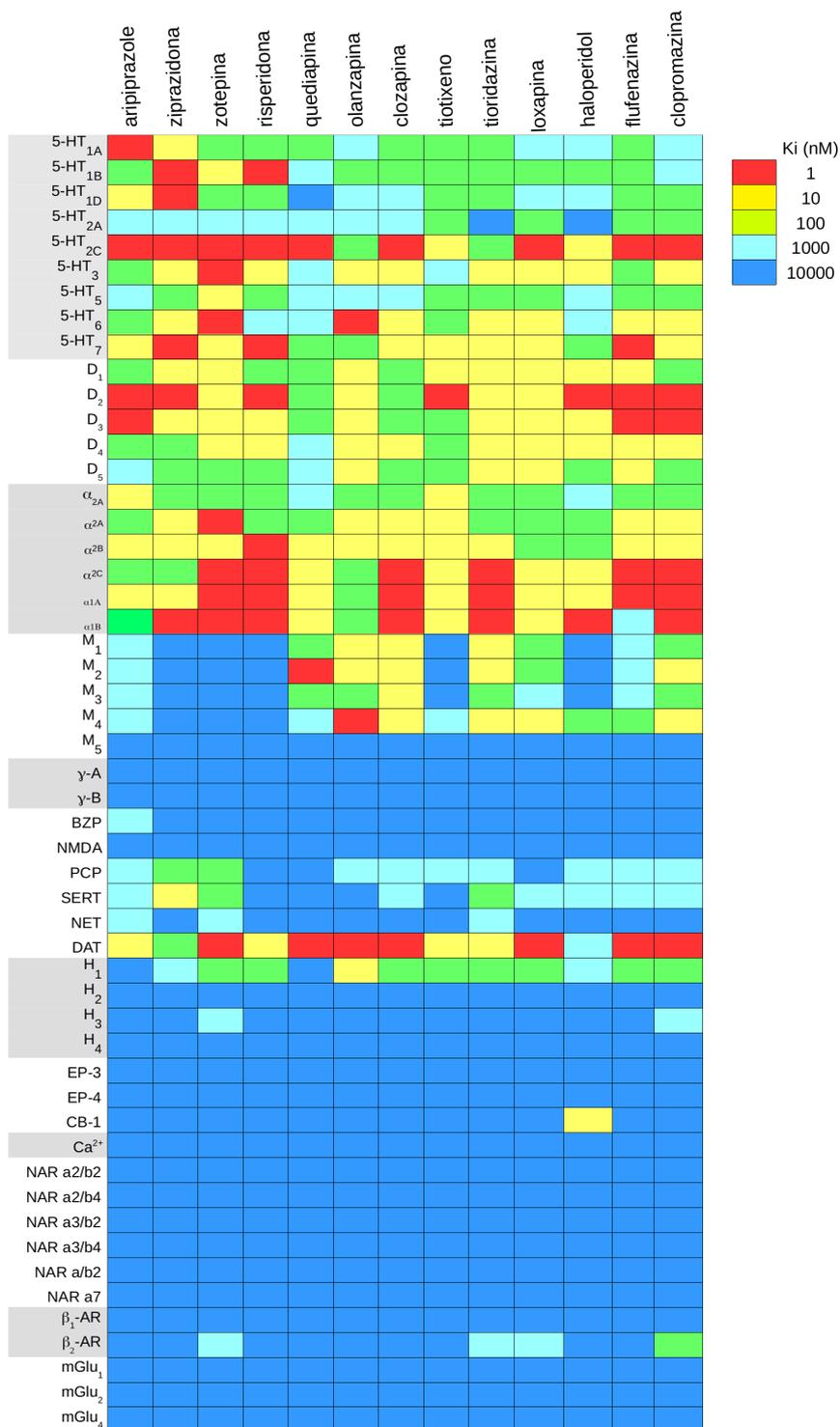


Figura 4 – Métodos de descoberta e desenho de fármacos com exemplos de medicamentos com efeito psicotrópico. Estes métodos podem ser experimentais (rastreamento virtual de alto débito, química combinatória e com base no conhecimento de relações entre estrutura e actividade), ou computacionais (rastreamento virtual baseado na estrutura, conhecendo a estrutura da proteína alvo e acoplamento molecular, ou baseados no ligando e em modelos de farmacóforo se não se conhecer a estrutura destas - os métodos mistos são hoje em dia os mais comuns. São também referidos exemplos históricos de fármacos obtidos por serependência e prática clínica. Ver (IMMADISETTY et al. 2013) para mais de detalhes e referências.

compostos naturais etnofarmácia Exs: hipericão, galantamina	serependidade Exs: Iproniazid, clordiazepóxido	Prática clínica Exs: imipramina, clorpromazina
Rastreo de alto débito (HTS) Exs: pimavanserin JNJ-40411813	Química combinatória Ex: J20	Relações estrutura actividade (SAR) Exs: fluoxetina, vortioxetine
Rastreo virtual com base no ligando Ex: 7 a.a	Rastreo virtual com base na estrutura Exs: PRX-93009 D2AAK1	Rastreo virtual ligando/estrutura/ outros Exs: SM-11 DJLDU-3-79

Figura 5 - Perfil polifarmacológico de alguns antipsicóticos evidenciando as diferentes afinidades (expressas pelo valor da constante de afinidade K_i) para diversos receptores. Na base de dados NIMH PDSP (<http://pdspdb.unc.edu/pdspWeb/?site=kidb>, consultada em Fevereiro de 2019) podem ser encontrados mais de 67 mil valores de K_i para mais de 100 receptores. Nesta base de dados podem ser encontrados dados sobre outros receptores que podem ser relevantes para o efeito destes fármacos como o canal de sódio e os receptores canabinóides, opióides e da imidazolina. Figura adaptada de (LEE & KIM, 2016).

Conclusões

Neste trabalho fez-se uma breve introdução ao papel da química no desenvolvimento de psicofármacos e compostos neuroactivos, apresentando exemplos da relação destes com a literatura.

A contínua evolução dos métodos da química medicinal para o desenvolvimento de novas moléculas, assim como o conhecimento dos alvos terapêuticos e dos genomas individuais poderá abrir novas possibilidades para a medicina personalizada e tratamento de precisão das doenças psicotrópicas e neurológicas, mas estamos, provavelmente, ainda longe dessa utopia.

Embora, como Augustina Bessa Luís (n. 1922), escreveu na biografia de Florbela Espanca, datada de 1997, a *literatura de boas intenções [seja] má literatura*, espera-se que os avanços e perspectivas no tratamento das doenças psiquiátricas e neurológicas acabem por ter um impacto mais positivo na literatura do que têm actualmente, da mesma forma que a química medicinal tem já hoje na melhoria da qualidade média de vida das pessoas.

Bibliografia

CARACI, Filippo; LEGGIO, Gian Marco; SALOMONE, Salvatore; DRAGO, Filippo — New drugs in psychiatry: focus on new pharmacological targets [version 1; referees: 3 approved]. *F1000Research*, 6 (F1000 Faculty Rev). 397. 2017.

CIPRIANI, Andrea; FURUKAWA, Toshi A.; SALANTI, Georgia; CHAIMANI, Anna — Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 391(2018) 1357-1366.

FDA — Drugs@FDA: FDA Approved Drug Products.

Link: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/> (consultado em: 18, fevereiro, 2019)

IMMADISETTY, Kalyan; GEFFERT, Laura M.; SURRATT, Christopher K.; MADURA, Jeffrey D. — New design strategies for antidepressant drugs, *Expert Opin. Drug Discov.* 8:11 (2013) 1399-414.

LEE, Alison; IRWIN, Robert — *Psychopathology: A Social Neuropsychological Perspective*. Cambridge: University Press, 2018.

LEE, Hyeong-Min, KIM, Yuna - Drug Repurposing Is a New Opportunity for Developing Drugs against Neuropsychiatric Disorders, *Schizophrenia Res. Treat.*, 2016, art. 6378137, 2016.

PALHA, António Pacheco, ALMEIDA, Nélson — Aspectos históricos de psicofarmacologia e dos tratamentos somáticos em psiquiatria. In AFONSO, Pedro; FIGUEIRA, Maria Luísa; TEIXEIRA, João Marques; PALHA, António Pacheco — *Manual de psicofarmacologia na prática clínica*. Lisboa : LIDEL, 2018, p. 1-29.

RODRIGUES, Sérgio – *Jardins de cristais - Química e literatura*. Lisboa: Gradiva, 2014.

ROSENBLAT, J. D., LEE Y., MCINTYRE, R. S. - Does Pharmacogenomic Testing Improve Clinical Outcomes for Major Depressive Disorder? A Systematic Review of Clinical Trials and Cost-Effectiveness Studies. *Journal of Clinical Psychiatry*. 78 (2017) 720-729.

STAHL, Stephen M. — *Stahl's Essential Psychopharmacology - Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 4th Ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.

Agradecimentos

Agradeço o financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia através do Centro de Química de Coimbra (UID/QUI/00313/2013) e Projectos Pest-OE/QUI/UI0313/2014 and POCI-01-0145-FEDER-007630.

CHRONICA
DO MUITO ALTO, E MUITO ESCLARECIDO PRINCIPE
D. SEBASTIAO
DECIMOSEXTO REY DE PORTUGAL
COMPOSTA.

POR D. MANOEL DE MENEZES
Chronista mór do Reyno, e General da Armada Real, &c.

PRIMEIRA PARTE.
Que contém os successos deste Reyno, e Conquistas
em sua menoridade.

OFFERECIDA
A' MAGESTADE SEMPRE AUGUSTA DELREY

D. JOAO V.
NOSSO SENHOR.



LISBOA OCCIDENTAL,
NA OFFICINA FERREYRIANA.

M. DCC. XXX.

Com todas as licenças necessarias.

LIDERANÇA E LOUCURA. EVIDÊNCIAS ATRAVÉS DA HISTORIA

Romero Bandeira¹; Sara Gandra²; Isa João Silva³;
Sandra Pereira Pinto⁴; Rui Ponce Leão⁵

¹Pr Ag (Med Cat) ICBAS/U Porto, Inv (FCT) CEIS20/U Coimbra,
Diretor da UEIFIS/ BVSP Cova;

²Enfª Cuidados Intensivos CHP Stº António, Assistente da UEIFIS/ BVSP Cova

³Interna FE em Medicina Interna, Hospital de Cascais, Assistente da UEIFIS/BVSP Cova

⁴Médica MGF, Casa de Saúde da Boavista, Assistente da UEIFIS/ BVSP Cova

⁵Médico Hospital Santa Maria do Porto, Assistente da UEIFIS/ BVSP Cova

Email: hmedcat@gmail.com

Resumo

Os Líderes desde os de simples opinião, aos coroados foram sempre mentores da Humanidade. No entanto, são homens, que, desde obscuros professores a estadistas de renome conduziram outros homens por eles seduzidos ou subjugados a caminharem no seu trilho, de *motu proprio* ou obrigados, arrastando não poucas vezes os seus semelhantes para situações de Catástrofe.

Porém, a patografia desses líderes deve merecer-nos alguma reflexão, pois, desde Joana, a Louca, passando por Paulo I, Imperador da Rússia, Luísa Isabel de Orleães, ao nosso Afonso VI e tantos outros, motivando que até grandes criadores do pensamento, fossem vítimas de líderes, tendo sido encarcerados ou mortos, tal como Sócrates; Platão, que não só foi preso, mas vendido como escravo pelo tirano Dionísio e Séneca condenado a morte. São exemplos paradigmáticos, de desvarios que a Medicina nos pode ajudar a esclarecer.

Pretende-se assim reflectir sobre algumas evidências através da História, que nos possam ajudar a compreender a evolução da Humanidade e concomitantemente podermos, no presente, obstaculizar procedimentos que, no limite, nos possam potencialmente projectar para uma hecatombe universal.

Palavras-chave: Catástrofe, Humanidade, Líder, Medicina, Patografia

Abstract

he Leaders from those of simple opinion, to the crowned ones were always mentors of the Humanity. However, it is men who, from obscure teachers to renowned statesmen, have led other men seduced or subjugated by them to walk on their trail, either *motu proprio* or obrigados, not infrequently dragging their peers into catastrophe situations.

However, the pathography of these leaders should merit some reflection, since from Joan, the Madwoman, passing through Paul I, Emperor of Russia, Louise Elizabeth of Orléans, to our Afonso VI and many others, motivating that even great thinkers, were victims of leaders, having been imprisoned or killed, such as Socrates; Plato, who was not only arrested, but sold as a slave by the tyrant Dionysus and Seneca condemned to death. They are paradigmatic examples, of ravings that Medicine can help us to clarify.

The aim is to reflect on some evidence throughout history that can help us to understand the evolution of mankind and, at the same time, we can hamper procedures that limit us to the potential for a universal hecatomb.

Key Words: Catastrophe, Humanity, Leader, Medicine, Patography

Introdução

Ao compulsar o esplendido dicionário geral e analógico de Artur de Bivar deparamo-nos com dois termos: liderança e loucura os quais nos levaram a fazer uma pequena digressão semântica sobre estes vocábulos.

Liderança que não é mais do que o aportuguesamento da qualidade ou função do *leader*, chefe, guia mas que em termos analógicos citados naquele dicionário, no item 5564, se articula com o termo déspota, sátrapa etc e quanto à palavra Loucura define-a não só sob o ponto de vista médico, mas também médico-legal dizendo que sob o ponto de vista médico será melhor falar de doença mental ou perturbação mental, grande extravagância.

Mas, nos itens 4123 e 4115 do mesmo dicionário analógico vêm à colação os termos egocentrismo, desatinado, frenesi, estouvado, desavindo. Repetimos que não nos referimos a um dicionário de especificidade e minudência científicas, mas sim geral e analógico da Língua Portuguesa.

Ora não se torna necessário ir muito longe para rapidamente se inferir que “a ponte” é curta e que com alguma facilidade se pode passar conceptualmente de um lado para o outro caso não exista o avisamento, discernimento e cuidado necessários.

Os autores também não pretendem dizer por palavras suas aquilo que outros, em sua opinião, explicitaram muito bem e seria pura estultícia da nossa parte querer dizer melhor. Por outras palavras, assim, citamos *ipsis verbis*, para quem pretenda mais facilmente chegar ao âmago das citações e quem o não pretenda fazer, possa ficar com a nossa opinião e com a daquele que entendemos ser um autor probo, a validar a nossa.

E, não podemos deixar de fazer nossas as palavras de Julio Dantas que num prefácio à obra “Fernão de Magalhães” de Latino Coelho (1917) escreveu citando Maupassant: *pour écrire en prose, il faut avoir quelque chose à dire*.

Propositadamente não seguimos uma ordem cronológica para a análise factual e tanto quanto possível objectiva das personalidades que entendemos colocar em evidência, uma vez que liderança e loucura são transversais ao espaço e ao tempo na sua abordagem conceptual.

Súmula de Diversos Exemplos Patognomónicos

Na seleção dos exemplos a apresentar, uns na qualidade de líderes e outros na de vítimas ilustres, obviamente que seguimos um critério aleatório uma vez que se pretendeu apresentar casos que ilustram épocas, umas de grandeza e outras de decadência, mas que poderiam ter sido outros; baseamo-nos sobretudo em autores de grande valia, em nosso entender, e que a estas matérias se dedicaram com entusiasmo e capacidade, provados à evidência e que validam de *per si* a nossa escolha.

Joana A Louca (1479-1955)

Assim começamos por citar Cabanès (1932) que na sua obra *Foux Couronnés*, elenca um certo numero de personagens que marcaram a época em que vivemos, começando pela mãe de Carlos V, Joana a Louca ressaltando o seu ciúme doentio, a sua necrofilia, o seu desvario cerebral.

O bispo de Catania à morte de Filipe o Belo, seu marido, referia que “la reyna no teria sano juyzio para governar”.

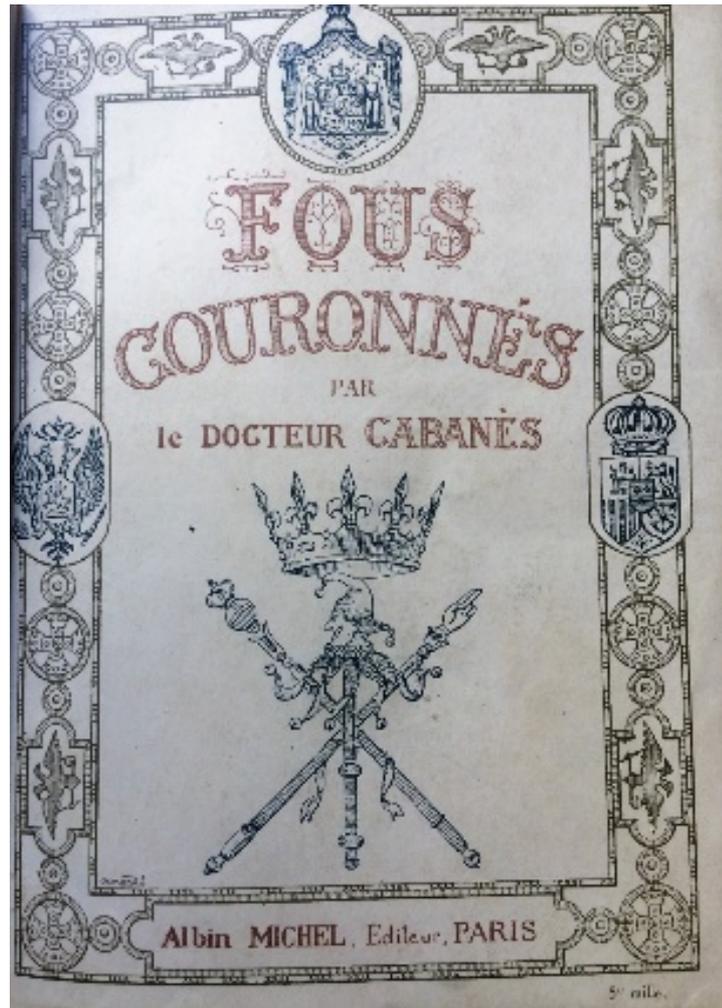


Figura 1 – obra do docteur Cabanès, Fous Couronnés

“Une publication, due à la plume, hautement autorisée, du docteur Masoin, professeur à la Faculté de Médecine de L’Université de Louvain, secrétaire perpétuel de L’Académie royale de Médecine de Belgique, a remis en discussion cette question qui, naguère, donna lieu à d’ardentes controverses: *La mère de Charles-Quint, jeanne, dite la folle, fut-elle réellement aliénée?* Ce cas pathologique est intéressant à plusieurs points de vue: d’abord, pour le jour que son étude peut ouvrir sur les tares de l’empereur-roi et de son fils, Philippe; consécutivement, sur l’abâtardissement, la dégénérescence d’une dynastie dont les descendants occupent encore un trône; il l’est, en outre, à l’envisager en soi.”

Em nosso modesto entender qualquer que fosse o tipo de crise psicótica que a rainha apresentasse, faleceu aos 75 anos; certo é que à época sofreu um tratamento rude, brutalizado, o qual se tivesse sido mais suave não teria possivelmente conduzido ao estado deplorável de vida a que chegou.

Paulo I, Imperador da Rússia (1754-1801)

Igualmente na mesma obra, Cabanès (1931) expende várias considerações acerca da postura psicopatológica de Paulo Petrowitz, Imperador da Rússia, das quais extratamos

algumas que consideramos pertinentes e que ao longo do seu reinado e com as inevitáveis implicações futuras, acabaram por projectar sobre os seus súbditos um sem número de efeitos deletérios que se podem constatar quando lemos o capítulo da obra acima referida, que diz respeito a Paulo I.

“Un épileptique couronné

De bonne heure il prit l’habitude de s’informer, tous les matins, de la direction du vent: aussis les oscillations de la girouette mettaient-elles son entourage en émoi.

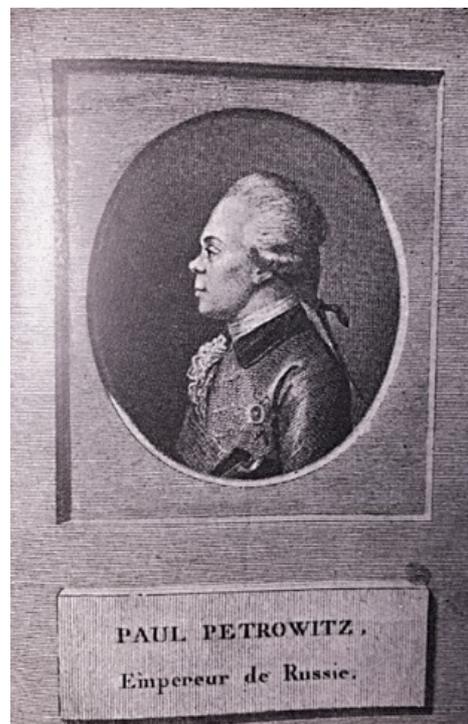
Ombreux et défiant, il voyait partout des gens embusqués pour le perdre. Son imagination était prompte à s’exalter, et l’histoire de tous les tsars détronés ou immolés était une idée fixe, toujours presente á sa pensée.”

E, mais adiante, escreve:

“A dire vrai, ces explosions de fureur, il lui était impossible de les contenir; eles étaient inhérents à son tempérament. Ses gestes, comme ses paroles, échappaient, à certaines heures, à son controle, ainsi que communément on l’observe chez les “comitiaux”; car, comitial, il l’était indéniablement, comme le fut son ancêtre, Pierre le Grand comme l’a été son père, Pierre III, si tant est qu’il soit besoin d’invoquer l’hérédité en pareille matière.

L’acuité de ses crises était telle, qu’il en avait la physionomie tout altérée. Quelqu’un qui l’a observé, dans un de ces moments où le “mal sacré” l’étreignit, ne nous cache pas ses impressions: “Il pâlit, les traits de sa figure se contractent, au point de le rendre méconnaissable.”

Terminou os seus dias, fruto dum atentado, que teria sido considerado uma mercê da Providência a qual teria assim preservado a Rússia duma ruina total.



Luisa Isabel de Orleáns

Que viveu entre 1709 e 1742 mereceu da parte de Alexandra Vallejo Nágera (2006) um interessante estudo, do qual extratamos:

“Luisa Isabel de Orleáns, Reina de España, padece una psicosis vergonzante que la empuja a desnudarse en público y a limpiar suelos o cristales con su vestido; va “sucía y maloliente como un tabernero”, eructa o ventosea cuando hay gente presente y sufre crisis bulímicas en las que llega a ingerir hasta el lacre de los sobres.”

A Rainha com seu comportamento fez com que a Corte que a rodeava não só se sentisse escandalizada pelos seus despautérios, mas também os seus súbditos ao tomarem conhecimento da postura da soberana em que se evidenciava um transtorno limite da personalidade motivara naturalmente um clima de desconfiança que não só raiava o ridículo mas que também causava um clima de instabilidade e inoperância para a resolução das questões de Estado.



Figura 3 - Luisa Isabel de Orleáns

D. Sebastião (1554-1571)

Aquilino Ribeiro (1952) com a sua pena acutilante, servindo de escalpelo, analisa na óptica do romancista alguns portugueses que deixaram marcas indeléveis na nossa Nação, alguns, porém no sentido mais negativo do termo.

D. Sebastião, que, como todos sabemos conduziu a Nação para o desastre de Alcácer-Quibir da sua proverbial contumácia foi ter com o tio, Filipe II a Guadalupe para lhe expor frente a frente o seu plano.

“Numa palavra, tem-se a impressão de que Filipe, conhecendo de sobra o carácter do sobrinho, procurou, sem nenhuma espécie de maquiavelismo, senão demovê-lo da aventura, delongar, esperançado em que as contrariedades e o tempo fizessem o resto. Aliás todos à uma procuravam intimidá-lo, até o glorioso duque de Alba.

-Duque, de que cor é o medo? – perguntou-lhe D. Sebastião, impaciente com a cega-rega.

-Senhor, é da cor da prudência – respondeu ele.

A última noite passou-a a esbravejar contra o tio, homem tredo e descortês. Propunha-se partir com a alba sem lhe dizer adeus. Mal chegasse à terra portuguesa, mandar-lhe-ia um arauto a desafiar-lo para um duelo de morte.”

Igualmente de acordo com Aquilino Ribeiro (1952), o tio, como sempre, proficientemente informado, acabou por neutralizar rapidamente este arroubo impulsivo.

Continuando a analisar a postura de D. Sebastião lançamos mão do excelente trabalho de Queirós Velloso (1945) sobre D. Sebastião, constatamos que a mobilização de meios humanos e materiais foi feita improvisadamente e mereceu deste autor o seguinte comentário:

“Esta desordenada e estranha forma de convocar gente bisonha, sem a mínima preparação militar, para uma empresa tão árdua, como seria a guerra contra o Xerife, é a prova incontestável da ausência total de qualquer plano, da desorientação que se observa em certas resoluções do rei, meras acções impulsivas ao serviço dum pensamento fixo.”

Na tarde de 25 de Junho de 1578 partia D. Sebastião: “Rumo à África. Dentro em breve, estaria combatendo os mouros, talvez com a espada e o escudo de Afonso Henriques, que em 14 de Março desse ano mandara pedir ao mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, por serem armas sempre vencedoras, com promessa de as restituir à sua volta. E puderam os cruzios rehavê-las, por não terem saído da galé real “.

Na refrega da Batalha, fruto da sua bisonha preparação e continuando a citar Queirós Velloso (1945),

“Enquanto se formava a infantaria, sob a direcção de Francisco de Aldana, e se repartiam os cavaleiros pelos diferentes grupos, andou o rei discorrendo por todo o acampamento, intervindo nas mais pequenas cousas – se esta ou aquela fila tinha um soldado a mais ou a menos- esquecido, porém, da função primordial do chefe, na iminência duma possível catástrofe.

Observa a *Chronica* atribuída a Fr. Bernardo da Cruz que D. Sebastião, *enlevado no desejo de dar batalha (que foi o fim pera que alli trouxera aquelle exercito)*, escandalizou e ofendeu então muitos fidalgos, não só de palavras, mas com actos, dando-lhes com a lança. A D. Simão de Meneses, do Lourical, por seguir o guião do duque de Aveiro, a quem aliás dera a liberdade de escolher os seus companheiros, insulta-o”.

Não nos podemos esquecer que D. Sebastião teve uma formação cuidada; basta que tenhamos em vista “As sentenças para a Ensinança e Doutrina do Príncipe D. Sebastião”

(Évora 1984). Segundo Saraiva (1980) adquiriu esmerada preparação, uma vez que por exemplo, na aprendizagem da matemática, teve como professor o grande Pedro Nunes, cosmógrafo-mor do Reino. Porém, uma coisa é o ensino de gabinete e outro a estratégia e tática no terreno.

Além do mais o seu temperamento obsessivo-compulsivo a que não seria estranha uma psicopatia fanática (Schneider 1997), com patologia somática ainda não devidamente estudada, mas em que se evidenciava uma ureterite crónica, eventualmente associada a outro tipo de patologia génito-urinária, bem como, segundo alguns autores padeceria de epilepsia e eventualmente de diabetes mellitus por via paterna.

Em nosso entender, vários factores psicossomáticos, a falta de experiência, a emotividade, a verdura dos anos, perderam-no e concomitantemente arrastaram o País para uma situação de descabro, que se veio a arrastar por múltiplas décadas.

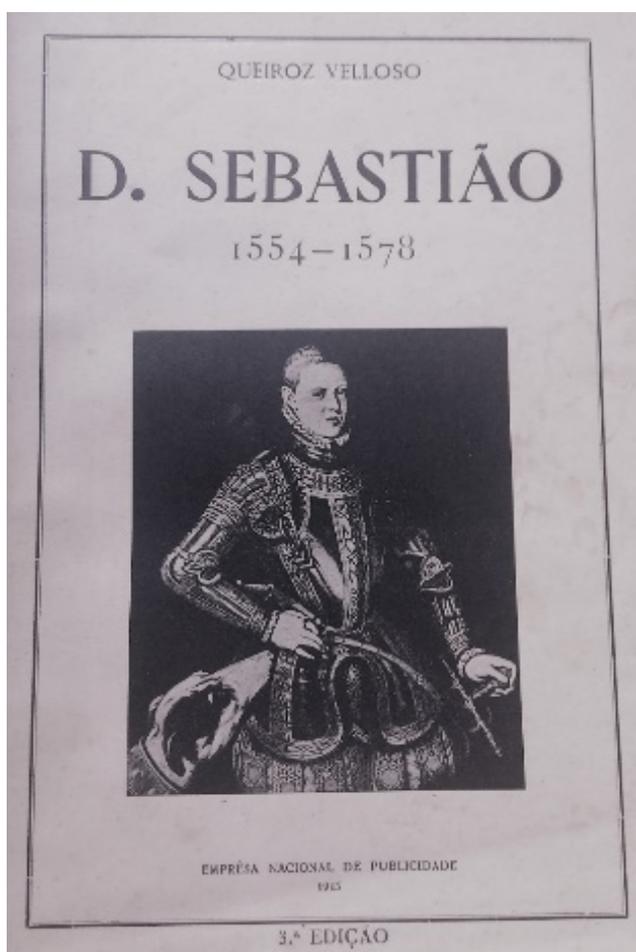


Figura 4 – Obra de Queiroz Velloso, D. Sebastião, 1554-1578

Infante D. Henrique

No entanto este pensamento obsessivo projectado para África, datava como todos sabemos do tempo do Infante D. Henrique (Porto, 4 de março de 1394 e Sagres, 13 de Novembro 1460) que pese embora o facto da criação de uma estrutura fixa ou móvel no Algarve projectada para o futuro, que nos permitiu dar “novos mundos ao mundo” também contribuiu para a infelicidade de muitos milhares de pessoas; se, por outro motivo não fosse pela criação de uma superestrutura, a Escravatura! Apesar de ser profundamente

religioso, casto, com votos de pobreza e obediência, Administrador Apostólico da Ordem de Cristo na prática o seu Grão-Mestre, não transmitiu á posteridade, todos esses atributos impolutos, que dele fariam alguém sem paralelo mas que igualmente, como todos sabemos sempre teve uma postura megalómana de profunda independência moral e autonomia física. Quantas e quantas vezes absolutamente insensível ao sofrimento alheio, como quando impávido e sereno, a cavalo, na praia de Lagos permitiu que mães e filhos fossem apartados como seus escravos, como de simples coisas se tratassem (Oliveira-Martins 1994). Indemne ao sofrimento do seu irmão, o Infante Santo D. Fernando, preso, para que Ceuta pudesse prolongar o seu estatuto de potência africana, pertencente a Portugal somente no período de 1415 a 1580, quando já em 1425 o seu irmão D. Pedro (Hermano-Saraiva 1993) escreveu que Ceuta se tornara num ”*mui bom* sumidoiro de gente, de armas e de dinheiro”. A sua postura de aparente neutralidade assumida indelevelmente aquando de todos os procedimentos que levaram à batalha de Alfarrobeira (Veríssimo-Serrão 1978), a qual levou á morte seu irmão D. Pedro, esse sim um verdadeiro precursor renascentista e ao qual os nossos Descobrimentos não ficaram a dever tão pouco, quanto isso.

A sua equidistância megalómana, associada a uma anestesia dos sentimentos, fez com que progressivamente se afastasse de seu irmão D. Pedro, oscilando entre uma postura ora de proximidade ora de afastamento, seguindo mais os seus desígnios pessoais e a sua concepção utilitária da vida, aquando no rescaldo da batalha de Alfarrobeira aparece, ao lado de seu sobrinho D. Afonso V (Oliveira-Martins 1994).

D. Afonso VI (1643-1683)

A figura de D. Afonso VI levou a que Oliveira Martins (1989), sobre ele escrevesse uma obra, a sua única peça de teatro, que nos recorta a atitude desregrada daquele monarca que acabou por cessar a sua vida política afastado pelo irmão D. Pedro II.

O probo historiador Hipólito Raposo (1947) aponta na obra D. Luisa de Gusmão um perfil somato-psíquico desequilibrado relativamente a D. Afonso VI. Assim, desta obra relevamos:

“Desvarios de D. Afonso VI

Ao longo destes difíceis anos de Regência, fora a maior inquietação da Rainha a doença de D. Afonso VI.

Aos negócios da guerra com Castela, aos cuidados de defesa dos domínios ultramarinos, às dificuldades da Fazenda Real, juntava-se o diário espectáculo das misérias físicas e morais do seu filho, em quem, crescendo em idade, iam diminuindo as esperanças de cura e regeneração. Avançava pelos dezanove anos, e já não se acreditava que o robustecimento da adolescência corrigisse ou atenuasse a lesão trazida da infância.

Para remédio dos seus desvarios e condenáveis inclinações, da nada serviria a zelosa correção da Rainha, nem as brandas advertências dos mestres e do conde de Odmira, seu aio.

Como depois se veria, o desgraçado Príncipe não nascera para rei, mas para ser regido – pela Mãe (1656-1662), pelo conde de Castelo Melhor (1662-1667) e pelo Príncipe D. Pedro (1667-1683).”

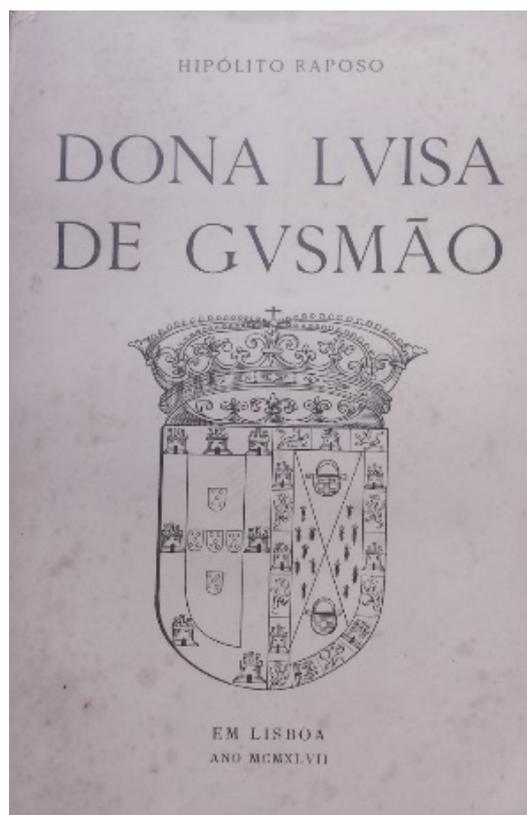


Figura 5 – Obra de Hipólito Raposo, D. Luísa de Gusmão

Atreito a desafortadamente praticar os maiores dislates, desde a convivência quase permanente com marginais de todo o tipo, comprazia-se em assistir às lutas de pedrada e murro e até mesmo às lutas de cães açulados. Dele escreveu o Padre António Vieira, citado por Hipólito Raposo (1947): “Era manco de um pé, aleijado de um braço, e naquela parte da cabeça padecia o mesmo defeito porque a força do mal de que escapou quase milagrosamente como diziam os médicos, o partiu pelo meio.”

Marquês de Pombal /1699-1782)

A figura do Marquês, extremamente polémica, obrigou a que vários autores se tenham dedicado ao estudo da sua obra e personalidade procurando abarcar todo o tipo de prós e contras que estes estudos sempre motivam.

Caetano Beirão (1938) num estilo de reportagem extremamente interessante fala-nos sobre a execução das Távoras, com os requintes de maldade que Pombal soube imprimir aos actos:

“Lisboa, 13 de Janeiro de 1759.

È ainda sob a terrível impressão que me causou o espectáculo do suplício dos condenados como autores do insulto contra a pessoa Rei D. José de Portugal que traço estas regras, testemunho bem vivo das cenas bárbaras que acabo de presenciar, impróprias deste século e da Europa, que, ao ter conhecimento delas, vai de-certo estremecer de horror e espanto.”

Porém, sem dúvida, que o Marquês sempre foi incensado no terreno político e o Terramoto de 1755 tem servido para ilustrar o que ele fez, mas sobretudo o que ele não fez designadamente na gestão do socorro às vítimas do mesmo (Bandeira 2008).

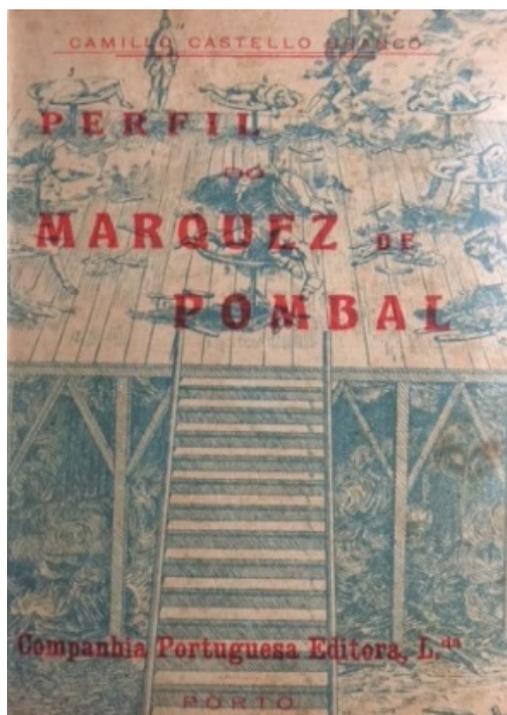


Figura 6 – Obra de Camillo Castello Branco, Perfil do Marquez de Pombal

Duas personalidades têm sido lamentavelmente esquecidas: O Monteiro-Mor do Reino e o Duque Regedor, ao tempo respectivamente Fernando José de Mello e o 1º Duque Lafões, o primeiro na direcção das operações de socorro e o segundo coadjuvando-o e fazendo cumprir a Lei. (Bandeira 2015)

Camilo Castelo-Branco (1932) no seu estudo sobre o Marquês foi acutilante e merece ser lido. Assim decidimos extrair do seu livro, “Perfil do Marquês de Pombal” o seguinte:

“Conclusão

Sahiu-me assim o escorço do homem fenomenal. Se está mal esboçado, se mal colorido, as tintas colhi-as na palêta da história.

Se os pombalistas nada aprenderam nestas páginas, ensinem-me o que sabem. Avenham-se lá com os factos; virem-os de carnaz, se quiserem; escondam-os nas dobras das suas teatrais bandeiras. Ah!

A Democracia não precisava desses espetáculos para triunfar seriamente. O que ela necessita é fazer das bandeiras vassouras e varrer da sua odisseia o lixo ensanguentado das teorias muçulmanas do marquez de Pombal.”

Sem duvida, que se o nosso grande Camilo se escrevesse estas linhas hoje, consideraria o Marquez um precursor do “Jhiadismo” Islâmico.

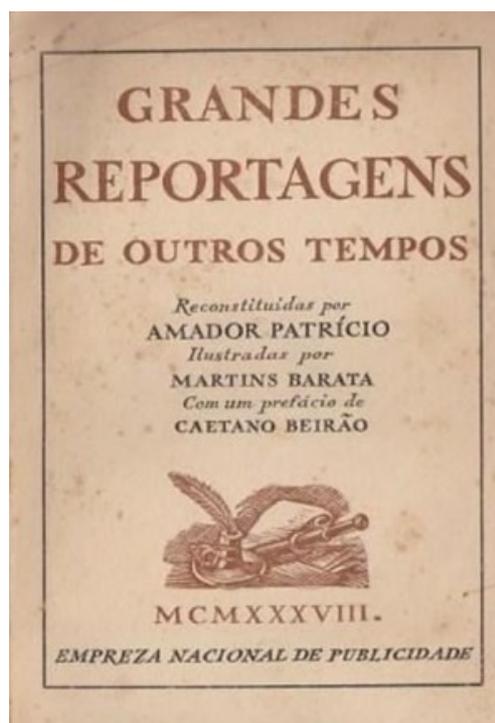


Figura 7 – Obra Reportagens de Outros Tempos

D. Maria I (1734-1816)

De acordo com Caetano Beirão (1934), podemos reputar o reinado da Rainha *Piedosa* face às condições político-sociais da época. Diz-nos o citado autor:

“Progredia-se em todos os ramos da actividade colectiva. Lançavam-se os fundamentos das grandes escolas modernas, empreendiam-se múltiplas viagens de exploração e de estudo aos nossos domínios ultramarinos e ao estrangeiro, procurava-se disseminar o ensino e levá-lo às classes humildes da sociedade, abriam-se estradas, melhorava-se o serviço dos correios, protegiam-se as indústrias nacionais ¹, inauguravam-se fábricas, aperfeiçoavam-se os serviços hospitalares ², e, justamente no ano em que a Rainha deixou de governar, dava-se começo às obras do Teatro de S. Carlos”

1. por carta de lei de 5 de junho de 1788, era criada a nova junta de comércio e a nova direcção da fábrica das sedas.

2. em janeiro de 1790, chegou a Lisboa grande número de máquinas, mandadas vir de Londres por pina manique, celebrada invenção de m. muges para “catarral, afogados, apopléticos e torpores”, que o intendente distribuiu pelo hospital real, pelo militar da corte e pela casa-pia. – gasetta n.º 2, de 12 de jan.º

A rainha era informada regular e pontualmente acerca da convulsão político-social que ao tempo fazia estremecer a Europa, ficando extraordinariamente preocupada sobretudo pela situação que abalava até aos alicerces, a Monarquia Francesa.

E pese embora o facto de haver gestão efectiva acerca dos negócios do Reino não podemos nunca esquecer que tinha sucedido a D. José, seu pai cujo o primeiro-ministro

havia, à frente de vários sectores da Nobreza espezinhado a seu modo, o Povo. Este chamava a D. José, o Reformador que como refere e muito bem o douto Maximiano de Lemos (1900/1909) nunca reformou coisa nenhuma.

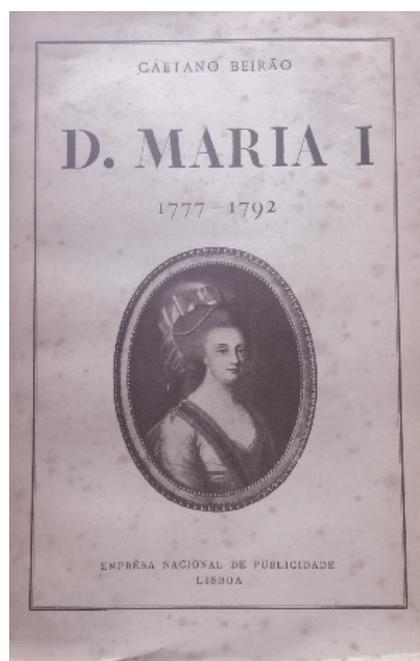


Figura 8 – Capa do livro D. Maria I, 1777-1792, da autoria de Caetano Beirão

Porém, apesar da rainha ser amiga do seu Povo temia que seriamente que Portugal viesse a ser também engolfado pelo “tufão de tempestades que revolvendo a Europa, deu volta ao juízo da Rainha D. Maria I” como dizia o Marquês de Resende citado por Caetano Beirão (1934). Assim:

Teria isso contribuído realmente para provocar a loucura?

Não custa a admitir tal hipótese, quando os tratadistas da especialidade assinalam as revoluções como causa de casos de alienação mental.

Há, também, que entrar em conta com os múltiplos grandes desgostos que afligiram D. Maria I, no ano de 1788. De quanto o seu ânimo se encontrava ainda por eles deprimido no fim do ano de 1789, nos dá conhecimento Luiz Pinto, em ofício para o embaixador em Madrid.”

A crise psicótica exacerba-se a partir de Outubro de 1791 mas a Rainha evidencia a sua total incapacidade psíquica a partir de 27 de Janeiro 1792 e cerca de 24 anos depois faleceria mergulhada na sua “torturante morbidez” (Caetano Beirão 1934)

Pedro Voltes (1999) no seu livro Historia de la Estupidez Humana, no capítulo XXV intitulado “La locura en los gobernantes”, à guisa de introdução escreve:

“Hasta los niños de la escuela están enterrados de que entre los gobernantes se há registado un porcentaje considerable – acaso mayor que en otras profesiones – de perturbados mentales. No son escasos los libros que estudian la demência de docenas de reyes, príncipes, magnates y caudillos, y uno de los más recientes es el estupendo del profesor de Oxford Vivian Green, The madness of Kings (Nueva York, 1993).

Resulta imposible detallar la galería de psicópatas situados en el poder que va desde Nabucodonosor, rey de Babilonia, el cual según la Biblia, quizá tendenciosa en ello, acabo convertido en bestia enloquecida, que hozaba en busca de hierbas, hasta el insensato Luis II de Baviera y su hermano Otto, que

créia ser um perro. Son tantos y tan variados los ejemplos de locura en las cumbres que es difícil no ya clasificarlos, sino hasta enumerarlos.

Demos por sabidos los ejemplos de numeroso emperadores romanos com el melancólico y receloso Tiberio y el delirante Calígula a la cabeza, seguidos por Nerón, cuyo desequilibrio acaso fue menos acentuado, pero que há tenido el infortúnio de ser más divulgado“.

Corroboramos inteiramente Pedro Voltes (1999). Sem duvida que há governantes hoje, mesmo em países ditos evoluídos e de primeira linha, que assumem um tipo de conduta que passa basicamente pela megalomania e desrespeito pelos cidadãos levando a todo o tipo de dislates que se por vezes não atingem o zénite, fica-se só a dever ao facto que “os seus súbditos” têm uma postura de equilíbrio mental que de certa forma acaba por os imunizar face a descalabros maiores.

Da obra notável “Locos Egregios”, do psiquiatra espanhol Juan Antonio Vallejo-Nágera (1995), que da sua 39ª edição, com a qual contactamos há já longos anos, entendemos dever fazer uma citação que poderá ser entendida como extraordinariamente longa; mas, a excelência do texto acerca da deterioração mental da entidade chamada “Lider” associa-se ao nosso interesse de que os eventuais leitores não necessitem de gastar tempo nesta pesquisa o que nos levou, pois, a proceder deste modo, uma vez que a patografia dos líderes merece ser profundamente analisada e meditada. Reflectamos:

“Consideraciones sobre el poder político y psicopatología

I.El deterioro mental del líder

Historia y psiquiatria se imbrican de muy diverso modo através de las anomalias psíquicas en los grandes protagonistas del acontecer histórico. En ocasion es el personaje clave está colocado por simple azar del destino o de la herencia en el timón de la nave, y la perdida de rumbo en su mente enferma desvía el curso de todos los que com él navegan. Uno de estos casos lo analizamos en *Doña Juana de Castilla y Aragón*.

La imagen pretérita del “rey loco” (Luis II y Otón I de Baviera, Pedro el Cruel, Carlos VI “El Insensato”, vários emperadores romanos, etc.) tiene un eco estremecedor en nuestro siglo, cuando a la luz de nuevas fuentes de información que permanecieron secretas, aparece cada vez más clara la vinculación del holocausto de la Segunda Guerra Mundial com las anormalidades psíquicas de Adolfo Hitler. De ella hemos hecho un análisis, pero tanto el final como el principio del drama Hitler están engarzados com las deficiências psíquicas, menos conocidas, de dos presidentes americanos; Wilson y Roosevelt.

Examinando a postura destes líderes já no fim da II Guerra Mundial este autor aquilatou:

“En la conferencia de Yalta de 1945, decisiva para el destino definitivo de tantos millones de seres humanos, Franklin D. Roosevelt, que debió ser pieza fundamental “la mayoría del tiempo apenas se enteraba de lo que ocurría en torno suyo, permaneció sentado en silencio excepto para alguna intervención irrelevante” (según declaraciones posteriores de sir Alexander Cadogan, subsecretario del Foreign Office).

Ahora se sabe que, para que su embotamiento mental no fuese perceptible, tuvieron que ser eliminadas por la censura más del noventa por ciento de las fotos, pues reflejaban su estado estupor. El embajador americano W. Bullit, en polémica contra el médico personal de Roosevelt (y ya comentaremos cómo

suele distorsionarse la perspicacia clínica del “médico personal” de estas grandes figuras), afirma que “no estaba sólo muy cansado, sino seriamente enfermo”. La misma impresión tuvo Churchill: “Estaba debilitado y enfermo desde la víspera de Yalta.” En los decisivos veinte días siguientes, con los rusos avanzando sobre Berlín, Churchill se lamenta que “...la salud y entereza de Roosevelt han desaparecido. Em mi constante comunicación telegráfica com él y o creía estar escuchando a mi fiable amigo, como había hecho todos esos años....; sin embargo, eran sus ayudantes quienes en su nombre enviaban las respuestas...y de ellos el mejor dotado, H. Hopkins, estaba también seriamente enfermo” Uno de estos telegramas supuestamente enviados por Roosevelt lo recibió Churchill el 11 de abril, víspera del fallecimiento de aquél.”

Na sequência do texto, Vallejo-Nágera (1995), traçou de Churchill este quadro de degenerescência senil, sobre o qual vale a pena meditar:

“Es curioso que el mismo Churchill, que tanto y tan justificadamente se lamenta del mantenimiento del poder, o de simulacro del poder, en manos de una mente antes privilegiada, pero ya en deterioro, cayese posteriormente en el mismo error, y por empecinamiento suyo. En 1953, durante un almuerzo en honor del Primer ministro italiano de visita en Londres, tuvo su tercer ictus apoplético y, sin embargo, se empeñó en presidir poco después un importante Consejo de Ministros, en el que se presentó mascullando incoherentemente, divagando y com claras muestras de no captar lo tratado, hasta que, para alivio de todos, interrumpió inopinadamente la reunión.”

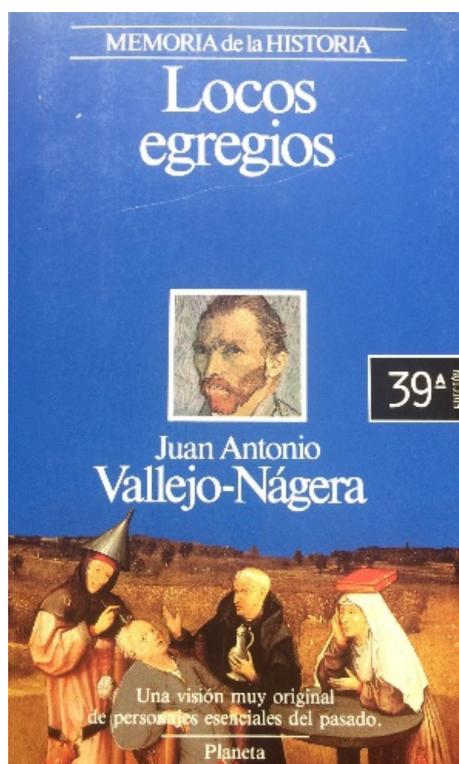


Figura 9 – Obra de J.A. Vallejo-Nágera, Locos Egregios

Aliás como temos vindo a referir, lamentavelmente, pessoas condutoras de povos vão sendo atingidas por patologias do foro psiquiátrico que as inibem acerca da tomada de decisões, que ao não serem postas em prática acabam por trazer prejuízo e sofrimento incomensurável à Humanidade, como no caso vertente, que se transcreve:

“Volviendo al “caso Hitler”, sólo es posible su emergencia en un estado especial del acontecer histórico, derivado del fatídico Tratado de Versalles, y la responsabilidad de su implantación recae muy directamente sobre Woodrow Wilson, inteligente, sereno, honesto, lúcido, bienintencionado...durante muchos años, pero ya no en los últimos de su mandato, en los que la arteriosclerosis iba minando seriamente su capacidad de discernimiento político y su estabilidad emocional... y precisamente en ellos su persona fue decisiva para el futuro del mundo.” Wilson es uno de los casos más tristes y llamativos de desmantelamiento intelectual y permanencia, al menos aparente, en el mando supremo. Ya desde 1917 empezó a mostrar una mengua de su clarividencia y de su estabilidad emotiva.”

Porém como sabemos faleceu em 1924, tendo sido o 28º Presidente dos Estados Unidos, de 1913 a 1921.

“A História Secreta das Guerras Biológicas“

Na época actual e a título de complemento do trabalho do autor que anteriormente citamos, relevamos o Prof. Patrick Berche antigo decano da Fac. Med. Paris-Descartes que bem conhecemos pessoal e cientificamente e que nesta obra memorável “L’Histoire secrète des Guerres Biologiques” nos expõe conceitos que pesem embora estarem classificados, quantas vezes, como segredos de Estado, que não interessa divulgar à grande maioria da População, pese embora o facto dela vir a ser na sua grandíssima maioria das vezes a vítima potencial e real, merecem ser divulgados. Nenhum País ou Continente pode considerar-se indemne a este tipo de riscos:

Acompanhemos Berche (2009)

“Pour maintenir la ségrégation très menacée par l’isolement total du pays, les partisans de l’apartheid créent le Freedom Front, une organisation politique prônant l’établissement en Afrique d’un territoire afrikaner enfermé dans un bunker. Un de ses fondateurs, le général Constand Viljoen, chef de l’armée depuis 1976, promu en 1980 chef des forces de défense d’Afrique du Sud (South African Defence Force, SADF), décide de mettre sur pied un programme “défensif” d’armements biologiques et chimiques qui est lancé secrètement en 1981. Prétextant que les véhicules soviétiques utilisés par les forces cubaines sont équipés de filtres chimiques, d’antidotes contre les armes chimiques et masques à gaz, les autorités sud-africaines justifient leur décision sur la fausse accusation que les mouvements marxistes de libération de l’Angola (MPLA et UNITA) possèdent de telles armes.”

E, numa postura galopante criam-se todo o tipo de estruturas e infra-estruturas, tendentes ao desenvolvimento das armas biológicas, que são como sabemos “o poder atómico dos pobres” e que não cessam de ser produzidas e armazenadas com fins inconfessáveis e que Berche (2009) tão bem nos transmite:

“En décembre 2002, le FBI demande aux militaires scientifiques de la base Dugway Proving Ground, Utah, de fabriquer une poudre sèche de spores Sans

silicium. En septembre 2003, un haut responsable du FBI, Michael Mason, admet que le Bureau n'a pas réussi à fabriquer une poudre de spores de cette qualité de façon artisanale: sans additifs, la dessiccation produit une poudre grossière avec de nombreux amas. En revanche, des expériences au Canada et aux États-Unis ont pu créer des nuages persistants de spores, ressemblant à ceux de la lettre "Daschle", en mélangeant à des particules de silicium d'inoffensives spores de *Bacillus globigii* aux propriétés très proches de *B. anthracis*."

E profetizando como epílogo

"L'avenir

Depuis le début du nouveau millénaire, une chape de secret s'est abattue sur les programmes d'armes biologiques de la Fédération de Russie et des États-Unis. Officiellement, plus personne ne fait rien. Les contrôles n'existent pas. Les stocks officiels de variole n'ont pas été détruits. Dans ce monde précarisé, déséquilibré, affamé et instable, de nouvelles menaces inquiétantes émergent du fait de l'arrivée de nouveaux acteurs et de vertigineux progrès scientifiques en sciences de la vie, qui pourraient permettre de concevoir de nouvelles armes biologiques."

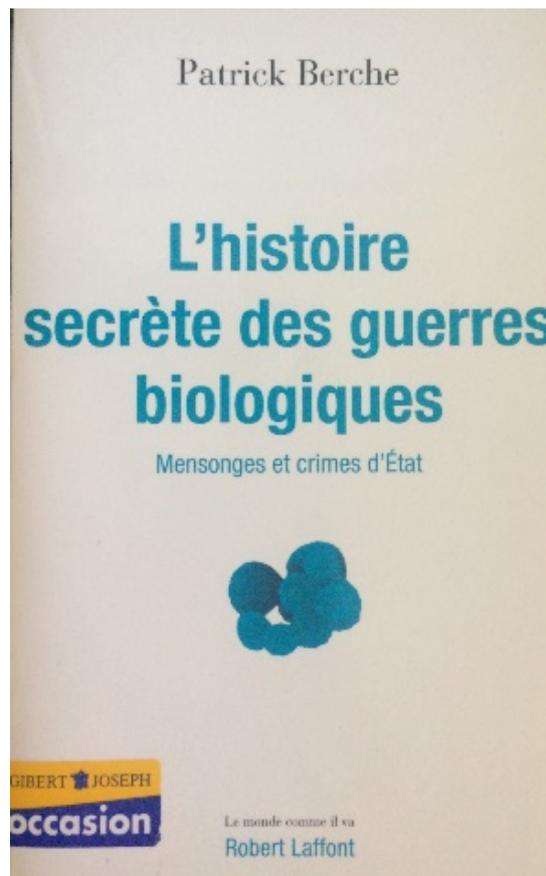


Figura 10 – L'histoire secrète des guerres biologiques da autoria de Patrick Berche

Reflexões Conclusivas

Personalidades que hoje podemos considerar sem sombra de dúvida como Benfeitoras da Humanidade foram por sua vez ostracizados, perseguidos, vilipendiados, encarcerados e nalguns casos condenados à morte, por déspotas sanguinários que acabaram por amputar inopinadamente a obra notável desses criadores do pensamento.

Assim escolhemos três exemplos, e que para o estudo da sua vida e obra nos socorremos de Diogenes de Laércio, na edição francesa de 1796, em 2 tomos, intitulados “Les vies des plus illustres Philosophes de l’Antiquité” e do Dictionnaire Illustré des Philosophes (1962), bem como da obra, Crátilo, de Platão. Passamos assim a transcrever alguns dados por nós considerados relevantes.

Sócrates (470AC - 400/399 AC)

Do Dictionnaire Illustré de Philosophes (1962) transcrevemos as seguintes linhas lapidares: “Sa vie s’écoula tout entière à Athènes, et sa méthode de philosophe fut de deviser familièrement avec ses disciples et ses commensaux. Il s’attira l’hostilité des représentants du peuple et des sophistes, et fut accusé de s’être dressé contre la religion de l’État et d’avoir corrompu la jeunesse. Il refusa de se défendre, et dit: “ J’ai vécu jusqu’ici le plus heureux des hommes...les dieux me préparent une mort paisible, la seule que j’eusse pu désirer. La postérité prononcera entre mes juges et moi.” Il fut condamné à mort par 281 voix contre 275. Criton l’engagea à s’évader, mais Socrate refusa de se révolter contre l’autorité et les lois de sa patrie.”

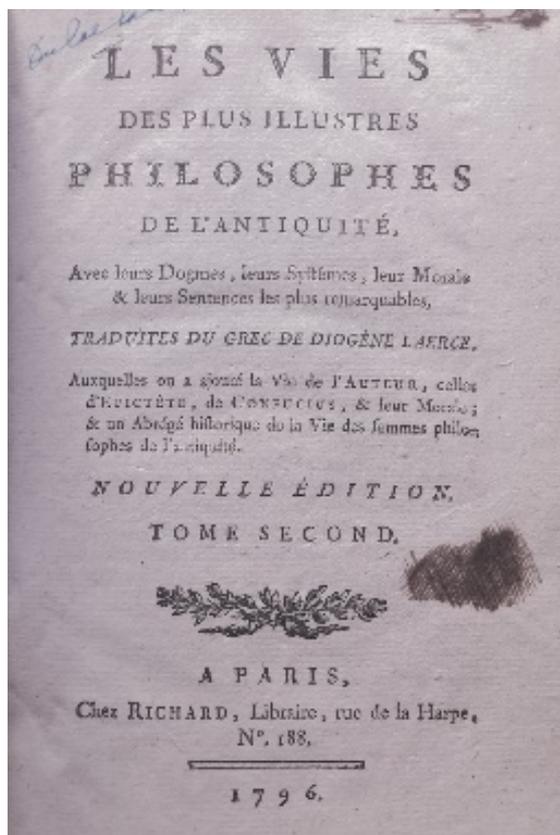
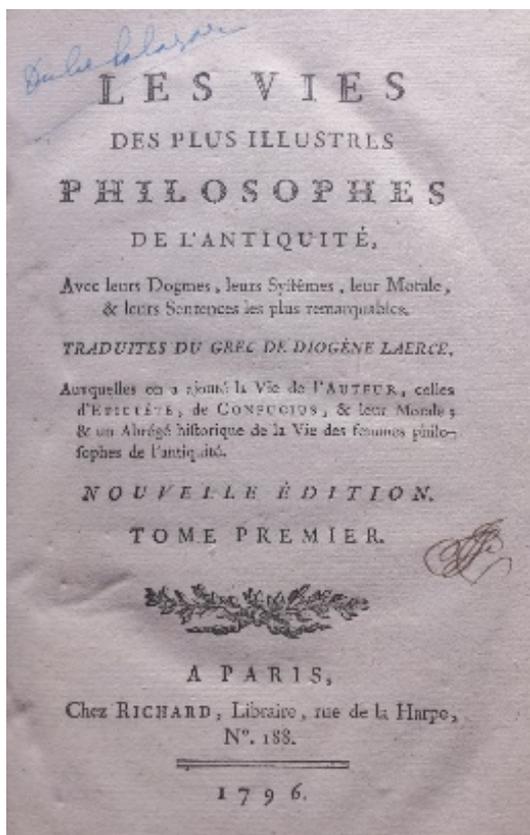


Figura 11 – Folhas de rosto dos dois tomos da obra Les vies des plus illustres philosophes de l’Antiquité

Platão (429 AC-347 AC)

Do prefácio de Dias Palmeira à obra *Crátilo*, de Platão (1994) extratamos o seguinte fragmento de molde a podermos constatar a subserviência que personalidades notáveis se viam obrigadas para sobreviverem com alguma dignidade.

“Ignora-se, igualmente, a causa da sua permanência na corte do tirano Dionísio o Antigo, em Siracusa. Lembremo-nos, porém, que desde há muito os tiranos tinham atraído aí as personagens mais importantes da cultura helénica, como Simónides, Báquides, Ésquilo e Píndaro. A visita, portanto, do nosso filósofo estava dentro da tradição, a qual seguiram também Aristipo e Ésquines e cuja primeira consequência foi a conquista de Díon, cunhado de Dionísio, para as doutrinas de Platão. Mas o tirano é que não se deixou conquistar, nem tão-pouco afeiçoar a ele, por mais que Dion o pretendesse. Entre o político realista e sem ilusões e o idealismo platónico, existia um antagonismo impossível de congruar.

Assim Platão não encontrou ambiente propício na corte; e o tirano, enfasiado já de sua presença, procurou alijá-lo. Segundo uma versão, que não deixa de merecer crédito, entregou-o a Pólis, um espartano que se achava na corte em missão diplomática, com o encargo de o vender, no seu regresso à pátria. Levado, pois pelo diplomata, este, quando chegou a Égina, expô-lo no mercado dos escravos, onde um certo Aníceris de Cirene o comprou, para o libertar em seguida.”

Sêneca(4 AC – 65 DC)

Igualmente do *Dictionnaire Illustré de Philosophes* (1962) extratamos:

“Sénèque (Lucius-Annaeus Seneca, dit le Philosophe). Né à Cordoue en 4 av. J.-C., mort à Rome en 65.

Il fut l'élève d'Attale, de Fabianus et de Sotion, et, ayant appris l'art de l'éloquence, devint avocat à Rome. Riche sénateur, il fut exilé en Corse sur ordre de Messaline. Puis, Agrippine le chargea de l'éducation de Néron, qui le nomma cónsul en 57. Il s'efforça de tempérer la violence de son ancien élève, mais celui-ci lui ordonna de mourir, après l'avoir impliqué dans une conjuration. Sénèque s'ouvrit les veines.”

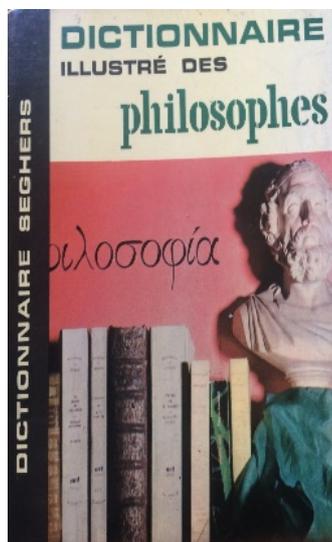


Figura 12 – Dictionnaire illustre des philosophes

Obviamente que sabemos e nem sequer pretendemos ser palidamente exaustivos. Se o pretendêssemos haveria necessidade de escrever uma enciclopédia. O nosso intuito foi o de chamarmos a atenção para este tipo de desarranjos mentais imputados a políticos e a dirigentes de renome, os quais, no passado, como ainda hoje nos convidam a reflectir, uma vez que rapidamente nos podemos transformar de vítimas potenciais a reais.

Haja em vista que mesmo em países com larguíssima tradição democrática não estamos indemnes a que personalidades apresentadas como líderes apresentem patologia do foro psiquiátrico, muitas vezes subavaliados, mas que uma vez no exercício do poder, se plasmam, desde o histrião ao psicopata.

Assim, somos obrigados a trazer a colacção os métodos de eleição de cidadãos para cargos com exercício de poder efectivo, os quais tanto uns como outros se podem rapidamente transformar em arrochos da População.

Os autores entendem que todos devem encarar estas situações, que surdem a nível mundial, com realismo e frieza, mas com exaustiva racionalidade, de molde a podermos travar o acesso a altos cargos da governação, a indivíduos que após a tomada do poder, rapidamente determinam medidas altamente deletérias para a vida das pessoas, que quantas vezes e ingenuamente acabaram, em última análise, por os nomear para o exercício do Poder acreditando na sua seriedade, inteligência, equilíbrio e capacidade.

Bibliografia

ALVAREZ, João — Chronica do Infante Santo D. Fernando. Coimbra: Ed. França Amado, 1911.

BANDEIRA, Romero — Medicina de Catástrofe, Da exemplificação histórica à Iatroética. Dissertação de Doutoramento. Porto: ICBAS, 2008.

BANDEIRA, Romero — Reflexão acerca da gestão das Operações de Socorro no terramoto de 1755. In LOURENÇO Luciano; SANTOS, Ângela (Coord) — Terramoto de Lisboa 1755. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015. P. 35-62.

BEIRÃO, C. D. — Maria I. Lisboa: Ed. Empresa Nacional de Publicidade, 1934.

BEIRÃO, C. D. — Grandes Reportagens de Outros Tempos. Lisboa: Ed Empresa Nacional de Publicidade, 1938.

BERCHE P. — L'Histoire Secrète des Guerres Biologiques. Paris: Ed Robert Laffont, 2009.

CABANÈS, Le Docteur — Fous Couronnés. Paris: Ed Albin Michel: 1931.

CASTELO BRANCO, Camilo — Perfil do Marquez de Pombal. 3ª ed. Porto: Campanhia Portuguesa Editora, 1932.

COELHO, Latino — Fernão de Magalhães. Lisboa: Empresa Literária Fluminense, 1917.

Dictionnaire des Philosophes. Paris: Ed Seghers, 1962.

DIÓGENES DE LAÉRCIO — Les vies des plus illustres Philosophes de l'Antiquité. Paris: Ed Francesa, 1796. 2 vols.

Évora ,AR. Sentenças para a Ensinança e Doutrina do Príncipe D. Sebastião. Ed Banco Pinto e Sotto Mayor, Lisboa, 1984.

HERMANO-SARAIVA, J. — História de Portugal. 2ª Ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 1993.

RIBEIRO, Aquilino — Príncipes de Portugal, suas grandezas e misérias. Lisboa: Ed Livro do Brasil, 1952.

LEMOS, Maximiano — Encyclopédia Portuguesa Illustrada. 6º Vol. Porto, 1900/1909.

- NARANJO, C. — Carácter Y Neurose, una visión integradora. Vitoria: Ed. La Llave, 1996.
- OLIVEIRA-MARTINS, J.P. — D. Afonso VI. Lisboa: Lisboa, Guimarães Editores, 1989.
- OLIVEIRA-MARTINS, J.P. — Os Filhos de D. João I, Vol I e II. Lisboa: Guimarães e C.^a Ed, 1958.
- PLATÃO — Crátulo 2^a Ed. Lisboa: Ed. Livraria Sá da Costa, 1994.
- RAPOSO, Hipólito — Dona Luisa de Gusmão. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947.
- SARAIVA, M. — Nosografia de D. Sebastião. Lisboa: Ed Delraux, 1980.
- SCHNEIDER K. — Psicopatologia Clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
- VALLEJO-NÀGERA, J.A. — Locos de la Historia. 2^a ed. Madrid: Ed. La Esfera de los Libros, 2006.
- VALLEJO-NÀGERA, J.A. — Locos Egregios. 39^a ed. Barcelona: Ed Planeta, 1995.
- VELLOSO, Q. — D. Sebastião. 3^a Ed. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1945.
- SERRÃO J. Veríssimo — História de Portugal, II vol. Lisboa: Ed Verbo. 1978.
- VOLTES, P. — Historia de la Estupidez Humana. Madrid: Ed Espanza Bolsillo, 1999.

Agradecimento

Os autores agradecem ao Exmo Sr^o Mário Ferreira, 2^o Comandante dos BVS Pedro da Cova /UEIFIS (Unidade Experimental de Investigação e Formação para Intervenção em Socorro) pela colaboração prestada na elaboração do manuscrito.

AS RESPOSTAS DA IGREJA AO FENÓMENO DA LOUCURA: O EXORCISMO

Ana Paula Araújo

Universidade do Minho

Investigadora do Lab 2PT (Laboratório de Paisagens, Património e Território)

Email:anapaaraujo@sapo.pt

Resumo

A incompreensão e o desconhecimento repugna ao espírito humano. A loucura pode ser reconhecida como um conjunto heterogéneo de pensamentos e comportamentos habitualmente considerados como anormais por uma determinada sociedade num determinado momento histórico. Mas também tem de ser compreendida. À falta de explicações naturais, e até á Idade Moderna, a religião substituiu a ciência na sua inteligibilidade e no seu tratamento. Porque a religião era exatamente isso, uma forma de dar sentido ao mundo, até a esse mundo de insanidade. Quando uma linha muito ténue separava o natural do sobrenatural, a loucura estava associada ao divino, ao diabólico ou tão-somente ao distanciamento de uma vivência cristã. Os loucos tornaram-se então endemoninhados, pelo que as respostas terapêuticas eram encontradas no seio dos rituais católicos. Esses eram os tempos do exorcismo.

Palavras-chave: Idade Moderna, Loucura, Possessão demoníaca, exorcismo

Abstract

The misunderstanding and the ignorance cause aversion to the human spirit. The madness can be recognized as a heterogeneous set of thoughts and behaviors usually regarded as abnormal by a given society in a determined historic moment. But it also has to be understood. Given the lack of natural explanations, and until the Modern Age, the religion replaced the science in its intelligibility and treatment. Because the religion exactly that, a way of giving meaning to the world, even to this world of insanity. When a very tenuous line separated the natural from the supernatural, the madness was associated with the divine, devilish, or only with the detachment from a Christian experience. Then the madmen then became demon-possessed, so therapeutic responses were found within Catholic rituals. These were the times of the exorcism.

Key words: Modern Age, madness, demonic possession, exorcism

Introdução

Atualmente o quadro clínico designado por Loucura é determinado pelo médico, após o exame de uma série de elementos e causas mensuráveis dos sintomas. Num segundo momento, a ação do profissional consiste em medir e coligir dados numéricos e estatísticos capazes de sustentar esse diagnóstico. O resultado é a aplicação de terapia somática e psicoterapia. A medicina dita científica estigmatiza toda a arte de cura assente em padrões imensuráveis ou que seguem e acreditam em suposições irrealis. Todavia nem sempre foi assim, principalmente até à Idade Moderna.

O objetivo deste estudo é analisar como o “mal” na mente da população crente acabou por consubstanciar uma entidade concreta e real capaz de provocar debilidade na mente humana. A ideia do ser humano tomado pelo Belzebu tornou-se por vezes obsessão levando a que cidadãos, rebeldes ou emocionalmente desequilibrados, fossem tomados

como servos do diabo inexistindo visões alternativas para além da possessão demoníaca, avessa ao Positivismo do século XIX (PAIVA, 2000, p. 230-232).

O exorcismo ao longo dos tempos

Uma análise retrospectiva, com recuo a tempos mais remotos, destaca o animismo, como crença de um mundo material sujeito ao poder supremo dos espíritos, deuses e seres sobrenaturais, o qual esteve na base justificativa dos comportamentos tidos como desviantes ou de insanidade até à sétima centúria (CORTÉS; GATTI, p. 31).

Com Hipócrates (460-367 a. de C.) e Galeno (130-200 d. C.) os desequilíbrios mentais chegaram a estar relacionados com fatores naturais. Hipócrates revolucionou a medicina da época ao divergir dos conceitos animistas e instituir e registar no seu tratado sobre epilepsia (*morbus sacer*) intitulado *Da Doença Sagrada*, a noção de uma medicina naturalista em que a enfermidade era causada por elementos naturais. Neste tratado, o médico é perentório em negar a origem sagrada da patologia mental, colocando-a a par de outras enfermidades como resultantes de processos naturais.

Galeno, médico grego, já na era cristã desenvolve importantes estudos sobre a anatomia do sistema neurológico dos animais através de necropsias e reafirma as teorias de Hipócrates. Esta era uma posição que vinha em contraciclo com Platão (427-347 a. C.) e Aristóteles (384-322 a. C.), filósofos defensores de antigas crenças populares apologéticas da influência das divindades no aparecimento das enfermidades e que, de alguma forma, acabaram por atrasar a evolução da psicologia naturalista na época. Mo entanto, as ideologias, destes dois últimos, embora anteriores a Galeno, acabaram por exercer uma maior influência no cristianismo acabando mesmo por se instalar nas sociedades ocidentais o paradigma judeu-cristão que defendia a existência de influências perniciosas de demónios (CORTÉS; GATTI, 1978, p. 33, 34).

Na Idade Média, a medicina praticada sofre um retrocesso, a perspetiva naturalista de Hipócrates e Galeno sobre a patologia mental e os desequilíbrios mentais são preteridos em prol de tratamentos que acudissem as vítimas possuídas por demónios. Os teólogos justificavam que este tipo de enfermidade era resultado de uma batalha que ocorria na mente do homem na qual o propósito de espíritos invisíveis era usurpar e possuir a sua alma. Desta feita, os enfermos mentais passaram a ser tratados por sacerdotes em substituição dos médicos. Os padecentes eram então acolhidos em mosteiros e tratados com água benta, orações, saliva dos sacerdotes, toque de relíquias e peregrinações a lugares santificados. Nesta época ocorrem também episódios de exorcismo com procedimentos cada vez mais fervorosos, com ataques verbais e epítetos, por vezes, imundos e obscenos dirigidos a Satanás.

Nos séculos posteriores estes tratamentos foram tomando foros cada vez mais agressivos. Os teólogos fizeram crer que a solução passava, talvez, por tornar os corpos dos endemoninhados inabitáveis para qualquer entidade malévola que ali quisesse permanecer. Assim sendo, os processos “terapêuticos” tornaram-se castigos físicos, levando à angústia mental e ao desespero e a que os alegados loucos suplicassem a Deus que lhes tira-se a vida.

Na Renascença, o exorcismo passa a ter um efeito e frequência tal que a Igreja latina aceita que a sua prática seja sujeita a codificação normativa. Neste contexto, surge o *Ritual Romano* de 1614, que vem a ser impresso por Maximiliano van Eynatten, em 1619. Exige-se agora que haja o discernimento comprovado, de forma empírica, entre doença e possessão. O diagnóstico diferencial passa a efetuar-se mediante condição probatória. O indivíduo era considerado endemoninhado se apresentasse uma série de atitudes ou sinais estipulados como padrões, designadamente:

- falasse ou compreendesse línguas desconhecidas;
- revelasse coisas longínquas ou ocultas;
- exibisse forças inexplicáveis para sua constituição física ou idade;
- mostrasse repugnância às representações sagradas.

Estas normativas do ritual exorcista preservaram-se até à Idade Moderna¹, época em que o exorcismo é ainda utilizado com alguma frequência em Portugal, nomeadamente nas comunidades mais tradicionais, como as do Minho.

Com o finalizar do século XVIII e o eclodir do XIX, o exorcismo passa a ser progressivamente substituído pelo magnetismo e, posteriormente, pelo hipnotismo (DONDELINGER, 1998, p. 80, 81).

A igreja consciencializa-se de que a complexidade desta temática extravasa fronteiras da religião interconectando-se com a Medicina, a Psicanálise, a Parapsicologia e a Antropologia. O resultado é a promulgação, no século XX, de um novo *Ritual de Exorcismo*, na década de cinquenta e outro a 26 de janeiro de 1999. Este último documento mantém como sinais propiciatórios do “diagnóstico” de possessão demoníaca, a xenoglossia (capacidade de um indivíduo pronunciar línguas desconhecidas ou até grunhidos), a clarividência, a força incomum que aparecem no ritual de 1614. Todavia, a instituição torna-se permeável à possível ocorrência de situações patológicas pertencentes à área das ciências naturais, e instrui os exorcistas a encaminharem esses casos para os psiquiatras (RABUSKE, 2010, p. 201).

Com a evolução da mentalidade das sociedades e o domínio das ciências naturalistas o requisito taumatúrgico do exorcismo é paulatinamente substituído pelo cariz apologetico.

A demonologia e o exorcismo

O estudo do exorcismo² é uma vertente da história socio cultural que carece de estudos profundos. A maioria das análises feitas sobre a temática até à Idade Moderna basearam-se em fontes primárias ou em literatura no âmbito da teologia havendo uma ou outra referência em livros de antigos filósofos.

Até ao século XVIII, as enfermidades que não eram passíveis de ser visíveis ou palpáveis, ou toda a conduta incompreensível, e que na atualidade sabemos serem causadas por desordens no cérebro ou sistema neurológico, eram frequentemente atribuídas à influência dos demónios. Etimologicamente os termos *demónio* e *diabo* têm origem grega; o primeiro originário das palavras *daimon* ou *daimonio* tinha o significado de génio, espírito, Deus. O segundo léxico correspondia à palavra grega *diabolo* e significava adversário ou acusador (GÓMEZ, 2003, p. 176).

Relatos de episódios relativos ao período de setecentos mencionam a existência, por vezes, de pessoas possuídas por diversos demónios deduzindo-se que estas descrições expressassem talvez o grau de loucura, ou seja uma correspondência direta entre número de demónios, diversidade de sintomas, severidade da doença (ADB- manuscritos, nº 418).

Desta feita, e visto que tais enfermidades eram causadas pelo demo, assumiu-se que o seu tratamento devia contemplar a expulsão do mesmo.

Neste contexto, o exorcismo surge como uma cerimónia feita em nome de Jesus Cristo com a intenção controlar o poder dos demónios sobre os homens e objetos. O ritual é realizado por um presbítero autorizado pela Igreja e segundo o cânone 1172 do Catecismo

¹ O Ritual Romano de 1614 foi alterado em 1952 e 1999.

² A menção e crença nos demónios é bem anterior ao cristianismo e foram documentados: o Egito com o caso do deus Karnak que exercitou uma pessoa endemoninhada, na Síria com o deus Pazuzu, os helénicos com a filosofia de Platão e o estoicismo, que admitia que as almas das pessoas mortas podiam tornar-se demónios e o judaísmo após o Exílio passa a adotar uma serie de costumes de outros povos.

da Igreja católica deve ter como atributos a piedade, a ciência, a prudência e a honestidade comprovada (PINTO; RIJO, 2014, p. 42).

A controvérsia entre possessão e enfermidade

Muitos dos presumíveis sinais de possessão estabelecidos no *Ritual Romano* e incluídos no *Thesaurus Exorcismorum* (1626) foram rebatidos à luz da atual ciência.

Os fenómenos de possessão, descritos nas fontes primárias e nos compêndios de exorcismos são hoje entendidos como parte integrante de quadros clínicos característicos de patologias como: distúrbios epiléticos, histeria¹, esquizofrenia, doenças maníaco-depressivas. Alguns dos sinais descritos pelos documentos referentes a pessoas tomadas por possessão demoníaca apresentam similitudes com quadros clínicos conhecidos relativos a doenças atualmente tratadas pelos psiquiatras. E muitas dessas patologias são resultado de fatores psicológicos relacionados com acontecimentos traumáticos e aterradores, ou mesmo por superstições e reações histéricas e que se repercutem na musculatura corporal e nas funções sensoriais. Existe igualmente a hipótese de certos comportamentos serem explicados por enfermidades inerentes a desequilíbrios e disfunções orgânicas.

Atendendo a isso, hoje sabemos que a ciência médica ou a Teologia de então estava longe de poder acudir a estes transtornos, até porque, as terapias adequadas iam muito para além do exercício da retórica persuasiva dos exorcistas, ou da estratégica demagógica de manipulação do poder nefasto dos espíritos demoníacos, que eventualmente se supusesse dominarem a alma do enfermo.

Para tornar mais claro o debate aqui em causa debruçemo-nos por exemplo sobre enfermidades como, a epilepsia; esta patologia pode ter sintomatologia mais ou menos acentuada dependendo da causa, mas, para o artigo em questão não faz sentido fazer uma análise em pormenor. Contudo existe uma série de comportamentos que lhe estão associados, nomeadamente, perdas de conhecimento, convulsões e contrações da musculatura voluntária designadamente da laringe dificultando a entrada e saída do ar e consequente emissão de um som característico designado de *grito epilético*. Outro sintoma, é a articulação das mandíbulas para cima e para baixo acompanhada de expulsão de ar e saliva (espuma). Deve ainda ser tomada em conta aquilo a que os médicos descrevem como fase pós-convulsiva, em que, por vezes, o doente se apresenta fatigado e cai num sono regenerador que se pode prolongar por uma ou duas horas, e após as quais não guarda recordações dos acontecimentos. (CORTÉS; GATII, 1978, p.189-193). Se estabelecermos uma analogia com os Evangelhos, particularmente com as descrições dos exorcismos feitos por Jesus, a correspondência entre os comportamentos dos “endemoninhados” e os sinais ou sintomatologias dos quadros acima descritos são evidentes.

A Síndrome de Tourette, doença que foi descrita pela primeira vez pelo médico francês George Gilles de la Tourette, no século XIX, tem também aspetos peculiares. Esta patologia está associada a um quadro clínico que inclui tiques físicos e vocais, como agitação involuntária da cabeça, grunhidos e gritaria. A esta síndrome está igualmente associada a copropraxia descrita por psicólogos e psiquiatras como, o uso de linguagem e gestos de caráter escatológico ou sexual.

A própria xenoglosia indicada como um dos requisitos para “diagnosticar” a usurpação do corpo e mente por forças demoníacas suscita atualmente várias interpretações. Segundo o testemunho do neurocirurgião da Universidade McGill de Montreal, se for desencadeada uma ação mecânica, por exemplo com uma corrente elétrica aplicada de forma suave no

¹ Até há pouco tempo este termo estava associado predominantemente às mulheres, o que estava errado. A origem do termo remete-nos para a antiga Grécia e para a palavra *hystera* ou seja útero, na altura julgava-se que a debilidade era resultante da mobilidade deste órgão.

córtex temporal, o paciente pode recordar momentos recuadas até à infância e repetir sons ouvidos em contextos remotos e por isso aparentemente sem nexos.

A Parapsicologia explica igualmente como um indivíduo que esteja sob o efeito de grande excitação, ou hipnose, ou até epilepsia pode momentaneamente apresentar uma capacidade física para além do considerado normal para a sua condição fisiológica (CORTÉS; GATTI, 1978, p. 209).

Porém, se nos abstrairmos de todo o contexto psicossocial em que ocorre estas enfermidades e atendendo à literatura subjacente que existe hoje ao nosso dispor subsiste um fator que é comum e relevante entre os vários quadros patológicos; a remissão espontânea dos sintomas neuróticos descritos. Ainda mais que é sabido que esta recuperação ocorre, por vezes, sem intervenção ativa do médico, apenas consequência de alteração das circunstâncias na vida profissional ou pessoal do indivíduo. No entanto, esta melhoria súbita do comportamento do “possesso” no século XVIII seria muito provavelmente explicada como resultado do triunfo escatológico das forças do bem sobre o mal.

Convenhamos que se extrapolarmos todos estes sinais e sintomatologias para a sociedade do Portugal medievo e moderno é possível perceber as dúvidas que acometiam religiosos, homens da ciência e população em geral sobre o comportamento dos indivíduos com este tipo de comportamento. Ainda mais que na contemporaneidade, os investigadores têm tendência a justificar cada vez mais “a loucura”, como reflexo de fenómenos psicobiológicos e psicossociais. E embora se possa reconhecer que as influências do iluminismo no século XVIII, por toda a Europa e Portugal inclusive trouxeram grandes alterações na forma de olhar e praticar a medicina, o facto é que muita da literatura da época no reino demonstra que os próprios médicos do partido, que de alguma forma eram aqueles que lidavam diretamente com os enfermos eram acérrimos defensores do uso do exorcismo como técnica terapêutica.

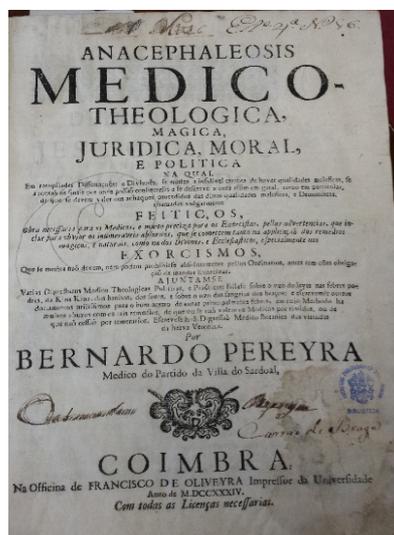


Figura 1 - Frontispício da obra *Anacephaleosis Medico Theologica, Magica, Juridica, Moral, e Politica*.
Biblioteca da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica, em Braga

Na obra de 1734 do médico do partido da Vila de Sardoal, Bernardo Pereyra intitulada *Anacephaleosis Medico Theologica, magica, juridica, morale politica*, pode ler-se na contra capa e a respeito da importância do conteúdo da obra o seguinte:

“Em recopiladas Dissertações; e Diviões, se mostra a infalível certeza de haver qualidades maleficas, se aponta os sinais por onde possa

conhecerse; e se descreve a cura assim em geral, como em particular, de que se devem valer nos achaques procedidos das ditas qualidades maleficas, e Demoniacas, chamadas vulgarmente feitiços. Obra necessária para os Medicos, e muito precisa para os exorcistas, pelas advertências, que inclue para obviar os inumeráveis absurdos, que se cometem tanto na applicação dos remedios mágicos, e naturais, como na dos Divinos, e Ecclesiasticos, e especialmente nos Exorcismos, que se mostra não devem, nem podem prohibirse absolutamente pelos Ordinarios, antes tem estes obrigação de mandar Exorcitar.”

Segundo este pequeno excerto, parece inquestionável que mesmo na visão de alguns médicos, as maleitas com características mais repulsivas fossem irremediavelmente da responsabilidade de demónios.

Em algumas situações referidas por José Pedro Paiva no livro *Bruxaria e superstição num país sem caça às bruxas (1600-1774)* havia mesmo exorcismos coletivos, designadamente o caso de Teresa Mendes de Oliveira a protagonista de uma dessas situações na cidade de Braga (PAIVA, 1997, p.138).

Estas situações existiam à margem da autorização eclesiástica, já que a partir do final do século III o exorcismo deixou de ser apanágio de qualquer cidadão que se achasse habilitado com poderes especiais e passou a ser competência de um exorcista devidamente autorizado pela Igreja e num ambiente privado. Embora situações destas fossem denunciadas e, por vezes, levadas ao Tribunal da Fé, em Portugal, a maioria das vezes e segundo José Pedro Paiva, a instituição acabou por não dar grande relevância a situações dessas.

Conclusão

A loucura reconhecida como resultado da usurpação do espirito do individuo pelo demónio foi o resultado da mentalidade social duma época, em que certas lesões orgânicas cerebrais, tais como os sintomas eram aos olhos do cidadão anómalos e inexplicáveis e mesmo constrangedores e repulsivos e por isso assumidamente sobrenaturais ou metafísicos.

Os rituais de exorcismo, mais do que expressões simbólicas do compromisso da Igreja na luta contra o mal, representaram aos olhos até de alguns médicos, a resposta terapêutica à “loucura”.

Contudo, e de acordo com a revisão da literatura atual, a atitude da Igreja perante este assunto controverso e face ao inexorável progresso da ciência e, à mentalidade da sociedade pós-setecentista redimensionou o seu campo de ação encontrando um equilíbrio na abordagem e tratamento do enfermo. O resultado foi a convenção entre o exorcismo e o tratamento médico, como formas de intervenção convergentes.

Bibliografia

- Arquivo Distrital de Braga (ADB), “manuscritos”, nº 418.
CORTÈS, J. B.; GATTI, F. M. — Proceso a las posesiones y exorcismos. Madrid: Ediciones Paulinas, 1978.
DONDELINGER, Patrick — As práticas de exorcismo na Igreja. Concilium. 278 (1998) 73-97.
GÓMEZ, José Ramón Estévez — O demo hoxe, Introducción á demonoloxía e ó exorcismo. Auriensia. 6 (2003) 171-200.
PAIVA, José Pedro — *Bruxaria e superstição num país sem caça às bruxas (1600-1774)*. Lisboa: Editorial Notícias, 1997.
PAIVA, José Pedro — Exorcismo. In AZEVEDO, Carlos Moreira (coord.) — *Dicionário de História Religiosa de Portugal*. Rio de mouro: Círculo de Leitores 2000. p. 229-232.
PINTO, Paulo Mendes; RIJO, Maria José — *Possessões, Exorcismo e Demónios. A actualidade de práticas e crenças ancestrais na visão do mundo*. Lisboa: Sinais de fogo, 2014.
RABUSKE, Irineu José — *Possessão e exorcismo: da prática do Jesus histórico à actualidade*. Cultura e Fé. 129 (2010) 187-205.

LOS MANICOMIOS DEL PLAN KIRKBRIDE EN LA CULTURA POPULAR CONTEMPORÁNEA: ALIENADOS Y CINE DE TERROR

Francisco Pérez-Fernández; Francisco López-Muñoz

Universidad Camilo José Cela (Madrid – España)

Email:fperez@ucjc.edu

Resumen

La nomenclatura de "Plan Kirkbride" hace referencia a un tipo de institución mental diseñado por el psiquiatra estadounidense Thomas Story Kirkbride. Los asilos de diseño Kirkbride -o "edificios Kirkbride"-, se construyeron desde 1848 hasta finales del siglo XIX, y sus características estructurales estaban subordinadas a un enfoque terapéutico ambiental como, por ejemplo, exposición a la luz natural, hermosas vistas y buena circulación de aire. Estos hospitales adoptarían varios estilos arquitectónicos, pero tenían en común un plan general con dos o más "alas" que se extendían hacia afuera desde un tronco central. La popularidad del modelo, muy exitoso originalmente, decayó por diferentes razones teóricas y económicas, por lo que muchos de estos edificios fueron demolidos o reutilizados, pero al menos 25 sobreviven como espacios protegidos. A lo largo de los años, rodeados por un aura legendaria estos edificios se han convertido en un motivo más de la cultura popular contemporánea: el "manicomio del terror".

Palabras Clave: Thomas S. Kirkbride; History of Asylums; Moral Management; Horror Movies; Popular Culture.

Abstract

The "Plan Kirkbride" nomenclature refers to a type of mental institution designed by the American psychiatrist Thomas Story Kirkbride. The Kirkbride asylums -or "Kirkbride buildings"- were build from 1848 to the end of the 19th century, and their structural characteristics were according to an environmental therapeutic approach, i.e.: exposure to natural light, beautiful views and good air circulation. These hospitals would adopt several architectural styles, but they had in common a general plan with two or more "wings" that extended outward from a central trunk. The popularity of the model, very successful in its beginnings, declined for various theoretical and economic reasons, so many of these buildings were demolished or reused, but at least 25 survive as protected spaces. Throughout the years, surrounded by a legendary aura, these buildings have become a leitmotif of contemporary popular culture: the "asylum of terror".

Introducción

Durante el siglo XVII los Estados Unidos eran un mosaico de pequeñas comunidades rurales en las que la enfermedad mental se contemplaba como un problema comunitario. El cuidado del paciente una cuestión hogareña, y era común, por tanto, que las villas subsidiaran a las familias que tenían a algún enfermo mental en su seno. Cuando la unidad familiar —o la comunidad— era incapaz de sostener al enfermo, éste terminaba en un asilo para pobres o una institución penitenciaria (Grob, 1994). La situación llegó a ser tan dramática que hacia 1766 el Gobernador Real para la Colonia de Virginia, Francis Fauquier (1703-1768) propuso la creación de un hospital cuya única finalidad fuera tratar “idiotas” y “lunáticos”. Así nacería en Williamsburg, en 1773, la primera institución mental norteamericana, el Eastern Lunatic Asylum of Virginia (Osborn, 2009).

Sin embargo, el momento histórico comprendido entre 1783 y 1820, significó una rápida modernización del país. Se pasó del modelo de vida rural al crecimiento exponencial de las

ciudades, lo cual provocaría una separación progresiva de la vida familiar y laboral. Los cuidados familiares no solo hacia los locos, sino hacia cualquier suerte de pariente afectado de algún mal crónico, se convirtieron en un problema de compleja resolución y el rol de las familias con respecto a sus enfermos hubo de redefinirse de manera drástica. La red de hospitales públicos era deficitaria, con lo cual empezaron a fundarse instituciones sanitarias por todo el país (Osborn, 2009). Sea como fuere, en el caso de los manicomios, escasos, la terapéutica no era tema bien definido entre la profesión médica, por lo que los pacientes siguieron apartándose en instituciones asistenciales y presidios (Yanni, 2007).



Figura 1. Eastern Lunatic Asylum (Williamsburg, West Virginia).

Discusión

1.El Plan Kirkbride

Thomas Story Kirkbride (1809-1883) nació en el seno de una familia acomodada en Morrisville (PA). Se graduó en medicina por la Universidad de Pennsylvania en 1832. En ese mismo año se convirtió en el médico residente más joven de la plantilla del Friend's Asylum, una institución mental cuáquera pionera en la aplicación del llamado "Moral Treatment", y en la que ejerció hasta 1840 (Cherry, 1989). En ese año, siendo una figura de popularidad creciente de la psiquiatría norteamericana, alcanzó el puesto de superintendente del Pennsylvania Hospital for the Insane, cargo que ocuparía hasta su fallecimiento (Tomes, 1994). Este centro, concebido originalmente como hospital general, abrió sus puertas en 1756 gracias a las contribuciones económicas de la alta sociedad local. Sin embargo, sus condiciones materiales se tornaron terribles, pues solo tenía un 17% de altas y terminó colapsado. En consecuencia, fue cerrado temporalmente para reabrirse en 1841 (Osborn, 2009).

En 1844 Kirkbride sería uno de los miembros fundadores de la Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane –AMSAI–, de la que sería sucesivamente secretario, tesorero y por fin, entre 1862 y 1870, presidente. Su obra más influyente, publicada en 1854 y reeditada en 1880, fue *On the Construction, Organization, and General Arrangements of Hospitals for the Insane with some Remarks on Insanity and its Treatment*. Trabajo contemplado como pieza clave en la consolidación y desarrollo de una nueva filosofía terapéutica en el seno de las instituciones mentales estadounidenses. Allí reflejaba

que la locura era curable en proporción a lo pronto que el paciente fuera puesto bajo tratamiento, siendo habitualmente deseable una rápida separación del mismo del escenario familiar. De hecho, estaba convencido de que al menos un 80% podrían recuperarse en un hogar y una familia sustitutivas (Cherry, 1989).

La idea de “apartar” al demente tenía mucho sentido en los Estados Unidos del siglo XIX. El país pasaba por una fuerte institucionalización, lo cual conllevaba no solo un aumento poblacional sostenido, sino también un enorme flujo migratorio hacia los grandes centros urbanos, lo que motivó que las Autoridades hubieran de hacer enormes esfuerzos para construir a gran velocidad hospitales y dispensarios. Estas dificultades afectaron al ámbito teórico y práctico de la salud mental. Algunos profesionales exponían que muchos de sus pacientes mostraban “perturbaciones morales” relacionadas con la voluntad y las emociones entretanto sus facultades intelectuales permanecían intactas. Tales perturbaciones podrían atribuirse a las nuevas tensiones sociales y al caos comunitario impuesto por los nuevos tiempos (Rothman, 2002). Los manicomios se entendían como un espacio razonable, alejado de ese caos, que contribuiría a la mejora de las condiciones de los pacientes.

Una de las grandes preocupaciones de los psiquiatras adscritos a la AMSAII fue reemplazar el viejo lenguaje de estilo “penitenciario” en relación a los centros psiquiátricos por una nueva terminología “familiar”. Esto no solo servía como “lavado” de imagen o buscaba tranquilizar a familias y pacientes, sino que también se extendía a todas las costumbres institucionales: los internos debían vestir ropas ordinarias y nunca uniformes o cortes de pelo especiales, ninguna etiqueta identificativa o número, y nada de organización de colas, formaciones o marchas para el ejercicio de las tareas habituales (Hardman, 1991). Lo cierto es que la AMSAII a partir de 1850, imbuida de las demandas regeneracionistas del movimiento capitaneado por Dorothea Lynde Dix (1802-1887), intentó mejorar la imagen pública tanto de la profesión psiquiátrica como de las instituciones mentales.

La aportación más conocida de Thomas Kirkbride fue el modelo arquitectónico y organizacional que implementó para los hospitales mentales, que finalmente se empleó en muchos de los psiquiátricos que se construyeron en los Estados Unidos y Canadá durante el siglo XIX. En su opinión la arquitectura de los manicomios debía seguir una serie de pautas especiales que mejorarían las condiciones de alojamiento y estado de los internos y, consecuentemente, contribuirían a su mejora psíquica de forma eficiente. Este modelo terminó siendo conocido popularmente como el “Plan Kirkbride” o “Modelo Kirkbride” y los muchos edificios que se construyeron basados en él como “edificios Kirkbride” (Hardman, 1999). Tales construcciones tenían sus propias singularidades arquitectónicas, pero mantenían en común una serie de elementos que los hacían muy característicos como, por ejemplo, su planta en forma de “alas de murciélago” que se desplegaban a partir de un bloque central (Yanni, 2007).

El primer edificio de estas características erigido en el país fue el New Jersey State Lunatic Asylum, de Trenton, –luego Trenton State Hospital-, cuya construcción comenzó en 1848. Le seguirían otros 72, el último inaugurado en 1910, cuando la estrella del Plan Kirkbride ya declinaba entre la comunidad médica. No obstante, antes de que la AMSAII certificara el modelo de Kirkbride como la mejor forma de organizar una institución mental, su plan ya estaba en funcionamiento, pues había sido experimentado por otro partidario convencido del tratamiento moral y primer presidente de la asociación, Samuel B. Woodward (1787-1850), en el centro que él mismo dirigía en Massachussetts desde el bienio 1832-1833, el Worcester Lunatic Asylum (Osborn, 2009).

Guiado por el ya referido principio del determinismo ambiental, Kirkbride pensó que el modelo constructivo de los centros debía ser un factor “curativo” básico, pues solo a partir de un ambiente ordenado y racionalizado se podía reordenar la mente del paciente (Rothman, 2002). A su parecer, lo ideal sería un edificio lineal, con dos enormes alas

escalonadas conectadas a un gran bloque central que se destinaría a funciones de recepción, administración, cocinas, la vivienda del superintendente –para Kirkbride era fundamental que el director del centro viviera en el mismo-, así como otros servicios generales. Con ello se lograría una iluminación uniforme y una adecuada ventilación, a la par que se hacía posible una buena distribución de los pacientes en función de su peculiar estado y patología, garantizando que cada uno de los bloques mantuviera cierto grado de privacidad e independencia con respecto al resto. De hecho, la adecuada clasificación de los pacientes era esencial para el tratamiento moral y ello debía quedar perfectamente reflejado en la estructura física del edificio (Peloquin, 1989).

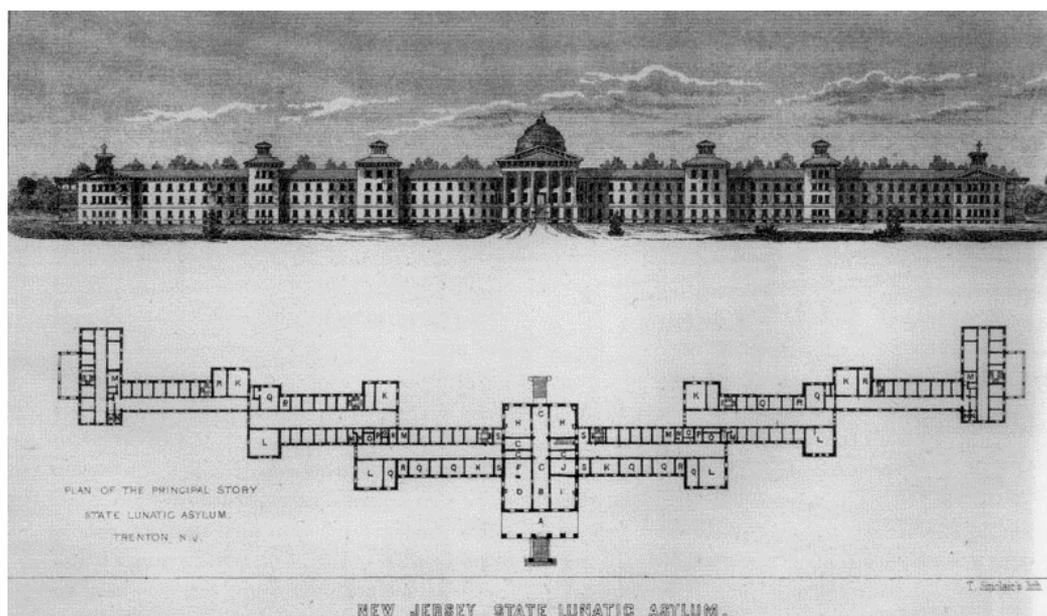


Figura 2. Proyecto del New Jersey Lunatic Asylum, primer edificio Kirkbride construido.

Piénsese que las clasificaciones nosológicas no eran unitarias y los médicos, por lo general, organizaban a sus internos desde un criterio básico que los catalogaba como maníacos, melancólicos o dementes. A la par, esta ordenación se acompañaba de otros preceptos complementarios como el sexo, sus conductas habituales o sus posibles dolencias fisiológicas. Por otro lado, se tendía a separar a los pacientes ruidosos de los silenciosos o a los gravemente enfermos de los leves. Además, se esperaba que la extracción social también fuera tenida en cuenta, de suerte que el estatus del sujeto dentro de la institución debía reflejar su estatus de origen. Como es lógico, ello implicaba varios niveles de tratamiento, siendo este escrupuloso criterio ordinal aplicado a todos los aspectos imaginables de la vida de la institución (Tomes, 1994).

Kirkbride opinaba que un edificio psiquiátrico estándar debía contar con al menos ocho pabellones en los que pudiera acomodarse a un número de internos que no debía exceder, por razones operativas, los 250 (Kirkbride, 1854). Cada pabellón debía contar con puestos de enfermería y guardia independientes, así como con su propia sala de estar, baños y vestidores, montacargas propio y un sistema de comunicación que permitiera transmitir órdenes y desplazar los materiales que fueran necesarios, con facilidad, entre las diferentes plantas. La disposición de los pacientes debía estar perfectamente racionalizada. Los más excitable, peligrosos o impredecibles ocuparían los pabellones más alejados del cuerpo central –los extremos de las alas- y, progresivamente, se debía ir disponiendo a los pacientes hacia el centro, de modo que los más calmados, recuperados y estables ocuparan los bloques más próximos al cuerpo central del edificio.

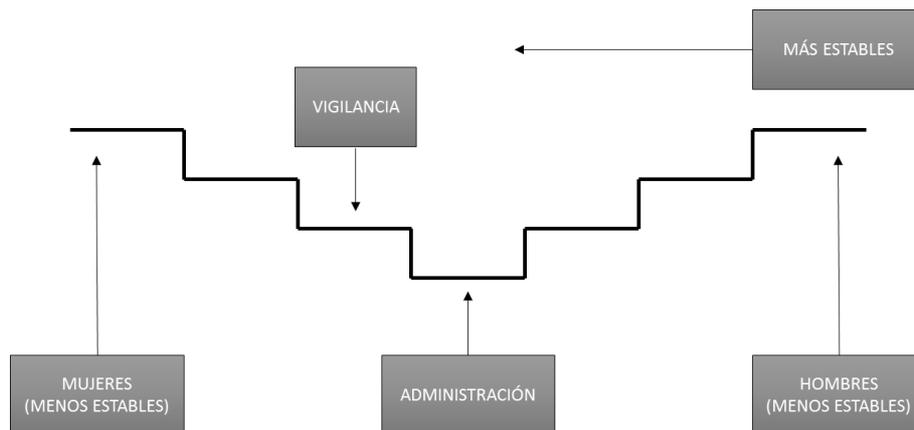


Figura 3. Distribución de los pacientes en el manicomio según el plan Kirkbride.

A fin de evitar la tentación de masificar a la gente en un espacio tan grande como el que ofrecía este tipo de construcción, Kirkbride estimó que las habitaciones debían ser espaciosas —así por ejemplo manifestó que la altura de los techos debía estar en torno a los 3,70 metros—, pero no excesivamente, garantizando así comodidad para una sola persona pero, a la par, impidiendo la acumulación de camas (Kirkbride, 1854). Paralelamente, se incidía en la importancia de la vida campestre, por lo que era preciso contar con amplios y fértiles espacios ajardinados, así como con un buen surtido de perspectivas paisajísticas visibles desde todos los ángulos. Ello motivaba que los espacios destinados a las instalaciones no debieran ser menores de 40 hectáreas, teniendo que estar por necesidad alejados del núcleo urbano más próximo (Kirkbride, 1854).

En lo referente al personal, Kirkbride determinó que la plantilla estándar debía ser de 71 personas, siendo muy importante la paridad de género para garantizar una atención homogénea a hombres y mujeres, y contando además con el hecho de que los pacientes en mejores condiciones podrían emplearse en el desempeño de toda suerte de tareas menores. Los componentes de la plantilla debían vivir en el propio centro psiquiátrico o en unas instalaciones construidas a tal efecto en sus proximidades (Kirkbride, 1854). En cada puesto de guardia habría siempre al menos dos asistentes cuidadosamente seleccionados por el superintendente, en la medida que extensión de sí mismo, pues sus deberes podían resultar exasperantes, especialmente cuando los pacientes eran excitables y, por ello, tenían que ser de confianza y se les debía garantizar cierto grado de comodidad (Kirkbride, 1854). Siguiendo el testimonio de Pinel, quien descubrió casualmente que cuando los pacientes, habitualmente ociosos, estaban ocupados en alguna suerte de tarea el silencio y la concentración se adueñaban el manicomio de Bicêtre¹, los partidarios estadounidenses del tratamiento moral convertirían la rutina del trabajo diario en un elemento central de la terapia. Por ello era preciso incrementar el coste de la dotación de los manicomios a fin de procurar granjas, talleres y otras instalaciones que permitieran esta clase de tareas. Así, Kirkbride insistía activamente a sus pacientes —y colegas— en la necesidad de ocupar su tiempo con algo que hacer, pues consideraba la ociosidad como uno de los peores enemigos de la salud mental. Lo importante era estar ocupado pues ello regularizaba hábitos y conductas, lo cual tenía efectos benéficos inmediatos para el interno y, a largo plazo, coadyuvaba a su recuperación (Rothman, 2002). Era importante que el trabajo —

¹ “Rien n’etoit plus digne de remarque que le calme et la tranquillité qui regnient autrefois parmi les aliénés de Bicêtre, lorsque des marchands de Paris fournissoient au plus grand nombre un travail manuel qui fixoit leur attention et les attachoit par l’appas d’un léger lucre” (Pinel, 1809, p. 240).

meticulosamente programado y complementado con oficios religiosos y ejercicio físico- no fuese obligatorio, sino realizado de buen grado, y que el paciente tuviera una ocupación similar a la que desempeñara previamente a su ingreso (Peloquin, 1989; Osborn, 2009).

También eran de importancia capital el trato amable, los cuidados individualizados, el uso de terapias psicofisiológicas no radicales –los eméticos, purgantes o sangrías se vieron, salvo excepciones puntuales, reemplazados por los narcóticos-, la obligación de que los médicos visitaran a todos los pacientes a diario y los conocieran personalmente, y el reemplazo siempre que fuera posible de los tradicionales sistemas cimentados en el castigo –inmovilización, golpes, tareas desagradables y etcétera- por otro basado en la concesión o retirada de recompensas y privilegios. Esto explica que Kirkbride considerase que un centro no podía trabajar en buenas condiciones una vez se superaban los 250 internos.

Estas consideraciones solo parecían alcanzar a las clases medias y altas. Los pobres, por lo común reclusos en penales e instituciones de beneficencia, muy raramente accedían a condiciones tan ventajosas (Peloquin, 1989). Y el argumento era incontestable: para mendigos y vagabundos, sobreexposados a los procesos ambientales perturbadores en su forma más cruda, el tratamiento moral tendría poco éxito por cuanto sus daños orgánicos serían mucho más severos y la patología se encontraría ya cronificada. Se cerraba así un círculo socioeconómico interesante: la comunidad de asilos mentales excelentes que impulsaba la teoría del tratamiento moral se convertía en el coto de una élite de médicos de clase media-alta destinada, por necesidades terapéuticas, a una élite pacientes también de clase media-alta.

No obstante, los estándares desarrollados para los manicomios privados se convirtieron en un modelo para las instituciones estatales que, de pronto, se sumaron a la carrera por atraer “pacientes curables” (Peloquin, 1989). Y es que mediado el siglo XIX los Estados Unidos se enfrentaban a un auténtico drama humano en relación a la terapéutica de la salud mental de los sectores poblacionales más desfavorecidos. Denunciado por Dorothea Dix ante los parlamentarios de la legislatura de New Jersey en 1844, este Estado fue el primero en abordar el problema creando un centro específico que tratara de reunir los últimos avances en relación al tratamiento de las patologías mentales (Goeres-Gardner, 2013). Dado que el manicomio público modélico del país era precisamente el Pennsylvania Hospital for the Insane, centro dirigido por Thomas Kirkbride, era lógico que el Estado de New Jersey optara por seguir el innovador modelo propuesto por ambos (Yanni, 2007). La medida fue aplaudida por cuanto el problema de los pacientes pobres suponía un severo contratiempo para los superintendentes de los centros públicos y privados. Desde el antiguo modelo del manicomio frente a la institución de caridad o la cárcel, se pasó a otro nuevo: manicomios privados frente a manicomios públicos (Peloquin, 1989).

2.El declive

A finales del siglo XIX, el tratamiento moral comenzó a declinar. No es solo que las teorías sobre la sanación de los pacientes mentales estuvieran ya profundamente discutidas por una comunidad médica imbuida de un nuevo pesimismo. Sucedió también que los hospitales mentales de larga estancia, muchos de ellos centros originariamente privados que habían pasado a manos de los diferentes Estados, empezaron a recibir menos dinero del que era preciso para mantener un nivel de funcionamiento óptimo. Las cámaras de representantes estatales habían aplaudido la idea de construir manicomios para paliar el problema de la población mental, pero hubo un fracaso generalizado del modelo público a la hora de costear los gastos que generaban estas instituciones recién creadas que, pronto, se encontraban en una situación económica desesperada. Ciertamente, los centros habían sido diseñados originalmente para mantener alguna autosuficiencia, pero seguían requiriendo de financiación para costear gastos comunes como las nóminas de los empleados, el carbón que alimentaba las calderas, los medicamentos o la corriente eléctrica (Osborn, 2009).

El sueño impulsado por Dorothea Dix devino en pesadilla. Las nuevas leyes estatales ordenaban que los pacientes mentales peligrosos se ingresaran en los manicomios disponibles. Todos los previamente ingresados en cárceles y casas de acogida, a su vez, terminaron en instituciones mentales. La rápida admisión de grandes números de pacientes heterogéneos impuesta a los superintendentes desbordó las instalaciones. Los directores fracasaron en sus protestas contra esta afluencia masiva, así como en su demanda de que se segregara a los pacientes más violentos, o a los simplemente incurables. Las normativas públicas eran restrictivas, limitaban la autonomía de las instituciones, y les dejaban muy escaso margen de maniobra a la hora de denegar admisiones (Bockhoven, 1963).

El segundo gran conflicto era propiamente médico. Asumir que los directores de esta clase de centros debían ser necesariamente titulados en medicina implicaba una focalización de la actividad en la “cura” del paciente, lo cual implicó que cuando el potencial sanador del modelo del tratamiento moral comenzó a ser discutido, tendiera a ser lentamente abandonado en beneficio de técnicas terapéuticas más invasivas. De hecho, el último tercio del siglo XIX vivió un resurgir de las teorías hereditarias y somáticas acerca de la enfermedad mental que, simplemente, convirtieron el tratamiento moral en una quimera que paulatinamente quedó recluida al ámbito de los manicomios privados (Dain, 1964). Incluso se llegó a acusar a sus partidarios de haber engrosado sus estadísticas artificialmente. Otros simplemente adujeron que la locura, a finales del siglo XIX, se había tornado más compleja y resistente a causa de la complicación progresiva de las condiciones socioeconómicas, necesitando de otra clase de afrontamientos más agresivos o simplemente más empíricos (Bockhoven, 1963). Por otra parte, y pese a la existencia de una vinculación al menos teórica con el movimiento de Dorothea Dix, la relación de la AMSAII con el mismo fue más formal que real.

Lógicamente, el cambio de paradigma afectaría de manera decisiva a los manicomios contruidos de acuerdo a las prescripciones del Plan Kirkbride. Como dijimos, en 1910 se habían erigido en los Estados Unidos hasta 73 edificios siguiendo escrupulosamente sus especificaciones. Algunos de ellos fueron reutilizados como hospitales generales, centros universitarios, edificios comerciales e incluso complejos hoteleros, pero la inmensa mayoría, en tanto que edificios disfuncionales contruidos de acuerdo a criterios médicos y de gestión hospitalaria a todas luces “anticuados”, lo cual motivaba que fueran difícilmente reutilizables, fueron paulatinamente demolidos, destruidos por diversas causas –como terremotos o incendios- o simplemente quedaron abandonados a su suerte¹. Desde hace años, sin embargo, se ha puesto en marcha un movimiento historicista y de concienciación social que pretende rescatar del abandono a los edificios Kirkbride que aún quedan en pie (Hardman, 1999).

3.Salud mental y cultura popular

A comienzos del siglo XX comenzó a hablarse dentro de la profesión médica de “higiene mental”. Un movimiento que asumía como más sencillo prevenir la incidencia de los trastornos mentales entre la población general que abordar el tratamiento y la cura de los locos dentro de un entorno institucional (Grob, 1994). Y es que el retorno al modelo manicomial “carcelario” generó un profundo debate en una sociedad norteamericana muy sensibilizada con el problema, que se convertiría en objeto de profundos debates públicos. Entre 1890 y 1930, quizá a causa de la imparable degeneración institucional hacia el custodialismo, quizá tras la excusa que el proceso proporcionaba, comenzaron a imponerse entre la profesión psiquiátrica estadounidense toda suerte de terapias radicales cuya publicitación generaba hondo rechazo o simple temor. Cabe imaginar que si los pacientes destinados a los antiguos manicomios ya expresaban toda suerte de resistencias hacia el

¹ Puede consultarse una exhaustiva lista de estos centros –ya demolidos, ya reconvertidos- en la siguiente página web: <http://www.kirkbridebuildings.com> [recogido en abril de 2018].

ingreso –especialmente a causa de que ignoraban cuando saldrían de la institución-, los que iban a ser ingresados en los modernos centros de las primeras décadas del siglo XX entraran, de ser conscientes de su situación, en puro pánico. De hecho, existían graves controversias teóricas entre los propios especialistas acerca de la eficiencia de los tratamientos con insulina, la terapia electroconvulsiva o la lobotomía, por citar ejemplos notorios, pero se aplicaban igualmente bien fuera a título experimental. Como es de suponer, ello incentivó un descrédito progresivo de las instituciones mentales (Osborn, 2009).

Si Kirkbride y sus colegas de la AMSAI habían sido muy conscientes de la importancia de mantener una buena política de relaciones públicas para prestigiar la actividad de los centros especializados en salud mental, esta fue precisamente la batalla que perdieron sus sucesores. De tal modo, entretanto existía un silencio generalizado de la profesión psiquiátrica acerca de la vida diaria de los hospitales mentales, la opinión pública se alimentaba con dramas como el de la exitosa novela autobiográfica que Mary Jane Ward (1905-1981) publicó en 1946 *The Snake Pit*¹. Libro que sería llevado al cine dos años después de la mano del director Anatole Litvak (1902-1974) y la actriz Olivia de Havilland (n. 1916) en la que sería una muy exitosa y premiada cinta (Vera Poseck, 2007). No en vano, precisamente por la influencia e interés que comenzó a despertar esta clase de literatura, fue que la industria cinematográfica estadounidense se lanzó a producir películas de toda suerte de temáticas –policíaco, terror, denuncia social- en las que las instituciones mentales se convirtieron en el centro, o al menos en uno de los escenarios centrales del argumento, y en la que se ofrecía una pésima imagen de la profesión psiquiátrica. Así por ejemplo nos encontramos con dos películas contemporáneas a la de Litvak, *High Wall* (1947), dirigida por Curtis Bernhardt (1899-1981), y *Behind Locked Doors* (1948), de Budd Boetticher (1916-2001). Con ello, nació un estándar popular en torno a la salud mental que en nada ayudó a la mejora de los manicomios y, desde luego, generó confusiones y disfunciones en torno al problema de la salud mental que en gran medida terminaron por contribuir a la estigmatización del paciente al que se pretendía “salvar” del desastre institucional.

Desde mediados de la década de 1950 la psiquiatría estadounidense hizo grandes esfuerzos por tratar de paliar esta situación aplicando y publicitando nuevas terapias psicológicas y farmacológicas. A este movimiento de rehumanización se sumó la Corte Suprema de los Estados Unidos, que en 1960 aprobó por vez primera una medida destinada a la integración social del paciente mental: un enfermo solo podría ser internado en el caso de que no existieran tratamientos alternativos que lo impidieran (Levinthal, 2005). Pero el daño ya estaba hecho. La cultura popular nos muestra siempre hospitales desorganizados e insalubres, en los que reina tal caos que incluso los empleados campan a sus anchas sin nadie que supervise sus actos, repitiéndose permanentemente imágenes y clichés que son ya un tópico del subgénero: la aplicación brutal de las técnicas de inmovilización o meras torturas al loco que resiste denodadamente a los enfermeros, comedores y pasillos hacinados y convertidos en un completo descontrol en el que cada paciente da rienda suelta a su peculiar forma de locura, psiquiatras ineptos –cuando no verdaderos criminales- incapaces de discernir entre locura y cordura, médicos malvados que agravan la situación del paciente de modo artificial para incrementar sus cuotas de poder dentro y fuera de la institución, y etcétera (Vera Poseck, 2007). Con ello, ha sido lógico convertir la institución mental en escenario óptimo para el cine de terror contemporáneo. Un lugar repleto de “locos peligrosos” que tan solo albergaba –o había albergado- “monstruos” de la peor especie.

¹ También reeditada en numerosas ocasiones, si bien la edición original fue puesta en la calle simultáneamente en Canadá y los Estados Unidos (1946, Kingsport (TN): The Kingsport Press).

Ejemplo perfecto de lo expuesto son las dos versiones existentes de *House on Haunted Hill*. La primera de 1959, dirigida por William Castle y protagonizada por el icónico actor del género Vincent Price. La segunda, de 1999 y dirigida por William Malone, es más efectista visualmente pero menos interesante en términos cinematográficos que la primera. En ambas, ocurre que un excéntrico millonario organiza una fiesta en una siniestra mansión que, en realidad, es un viejo hospital psiquiátrico abandonado que encierra una terrible historia dentro de sus muros. Obviamente, todo termina con la consabida y sangrienta tragedia.

Como es de suponer, los masivos manicomios abandonados del Plan Kirkbride, dispersos a lo largo y ancho de los Estados Unidos, se fueron convirtiendo en lugares siniestros. Escenarios ideales para películas de terror y ubicación de leyendas urbanas de toda suerte que los convirtieron en imán para pretendidos “caza-fantasmas” y buscadores de mitos. Es decir, justamente la perfecta perversión del ideario humanista desde el que fueran pensados, diseñados y construidos. Algunos de ellos, salvados del desastre por universidades, hospitales, autoridades estatales, empresas u otras instituciones han sido protegidos y remodelados, pero ello no los ha librado de su imagen folklórica. Así, por ejemplo, el Trans-Allegheny Lunatic Asylum, ubicado en Weston –West Virginia-, sería abandonado en 2004 por violar la normativa contra-incendios. El lugar se había ganado durante años la fama de ser uno de los edificios “más embrujados” de los Estados Unidos, por lo que fue adquirido por una cadena hotelera. Uno de los grandes atractivos para los turistas de que se valen sus dueños es el hecho de que estaría “repleto de fantasmas”. Por ello ofrece recorridos guiados por celdas, sótanos, mazmorras y “cámaras de tortura”. De hecho, el edificio ha protagonizado varios *reality-shows* de éxito con temática paranormal.

Lo mismo puede decirse, por citar otro célebre ejemplo, del Danvers State Insane Asylum -Massachussetts-, que, aunque ya demolido en gran parte, ha visto preservada buena parte del edificio central al tratarse de una obra protegida del icono de la arquitectura estadounidense Nathaniel J. Bradley (1829-1888). Este edificio, también con una larga tradición de fantasmas, posesiones y barbaries inspiró, entre otros, al escritor H.P. Lovecraft (1890-1937) en la composición de su relato *La sombra sobre Innsmouth* y, posteriormente, al historietista Bob Kane (1915-1998) para el diseño del archifamoso Arkham Asylum en el que Batman siempre termina encerrando al psicopático Joker. Asimismo, se convirtió en escenario para el desarrollo de niveles en videojuegos de éxito como *Painkiller* –de DreamCatcher Interactive, 2004-, e incluso fue escenario para el rodaje de dos películas de terror psicológico: *Home Before Dark* –o *Después de la tormenta*- (1958), de Mervyn Leroy (1900-1987) y *Session 9* (2001), de Brad Anderson (n. 1964).



Figura 4. Trans-Allegheny Lunatic Asylum (Weston, West Virginia).

Conclusiones

Los edificios Kirkbride, tal vez a causa de su singularidad histórica y arquitectónica, así como a su confuso reflejo en la cultura popular contemporánea, han perdido el lustre de su pasado médico para quedar indeleblemente asociados a la figura del manicomio del horror: esa mansión masiva, oscura, terrible, de largos corredores y tenebrosos recovecos en la que se entra, pero de la que resulta imposible salir, y en la que el paciente, visitante, empleado de turno queda expuesto a toda suerte de iniquidades. A tal punto se ha establecido este vínculo que resulta fácil encontrar infinidad de películas de terror, series de televisión y parques de atracciones cuyas mansiones misteriosas y encantadas tienen un singular parecido con la peculiar arquitectura del Plan Kirkbride. Un hecho que podría salvar algunos de estos edificios de la demolición. Tal es el caso del Fergus Falls State Hospital, ubicado en la población de Fergus Falls (Minnesota) y erigido en 1895.

Tras una azarosa historia de reconversiones, este centro hospitalario diseñado originalmente por el arquitecto Warren Dunnell (1851-1931), fue reutilizado hasta 2005 bajo la nomenclatura de Fergus Falls Regional Treatment Center hasta ser abandonado y quedar en manos del Fergus Falls City Council. Las autoridades municipales decidieron entonces demolerlo, aún a pesar de que formaba parte del National Register of Historic Places desde 1986. Sin embargo, a partir de 2013 y dado el buen estado de conservación general del edificio, varios equipos de rodaje lo han venido empleando, previo sustancioso pago a las arcas municipales, como escenario para diversas producciones relacionadas con el cine de terror o la “investigación paranormal”. Así por ejemplo *The Control Group* (Peter Hurd, 2014) o *Geist* (Eric Daniel Dunn, 2015). Un hecho que no sólo ha incrementado el interés público por el edificio, sino que también lo ha conducido a un nuevo estatus de singularidad histórica y fuente productiva para Fergus Falls, que ha motivado a las autoridades municipales y académicas a plantearse un rescate de la construcción.



Figura 5. Fergus Falls State Hospital (Fergus Falls, Minnesota).

Bibliografía

- BOCKHOVEN, J.S. — Moral treatment in American psychiatry. New York (NY): Springs Publishing, 1963.
- CHERRY, Ch.L. — A Quiet Haven. Cranbury (NJ): Associated University Presses, Inc., 1989.
- DAIN, N. — Concepts of insanity in the United States: 1789-1865. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press, 1964.
- GOERES-GARDNER, D.L. — Inside Oregon State Hospital: A History of Tragedy and Triumph. Charleston (SC): The History Press, 2013.
- GROB, G.N. — The Mad Among us: A History of the Care of America's Mentally Ill. New York (NY): Free Press, 1994.
- HARDMAN, B.L. — A piece of mind: The fate of the state-funded asylum of the XIX century. Thesis Submitted to the Graduate Faculty of The University of Georgia in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree. Master of Historic Preservation, University of Kentucky. Athens: Georgia (inérita), 1999.
- KIRKBRIDE, Th. S. — Remarks on the Construction, Organization and General Arrangements of Hospitals for the Insane. *American Journal of Insanity*. 11:1 (1854) 1-39.
- KIRKBRIDE, Th. S. — Remarks on the Construction, Organization and General Arrangements of Hospitals for the Insane. *American Journal of Insanity*. 11: 2 (1854) 122-163.
- LEVINTHAL, C.F. — Drugs, Behavior and Modern Society. Boston (MA): Pearson Education, Inc., 2005.
- OSBORN, L.A. — From Beauty to Despair: The Rise and Fall of the American State Mental Hospital. *Psychiatric Quarterly*. 80 (2009) 219-231. DOI 10.1007/s11126-009-9109-3.
- PELOQUIN, S.M. — Moral Treatment: Contexts Considered. *The American Journal of Occupational Therapy*. 43: 8 (1989) 537-544.
- PINEL, Ph. — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: Ant. Brosson (2^a ed.), 1809.

ROTHMAN, D.J. — *The Discovery of the Asylum*. New York (NY): Walter DeGruyter, 2002.

TOMES, N. — *The Art of Asylum Keeping: Thomas Story Kirkbride and the Origins of American Psychiatry*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994.

VERA POSECK, B. — Manicomios de cine: la representación de las instituciones mentales y sus procedimientos en la gran pantalla. *Revista de Medicina y Cine*. 3 (2007) 57-67.

YANNI, C. — *The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2007.

REFORMAS DA PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX - ENCERRAMENTO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS EM ITÁLIA

Ana Filipa Teixeira¹; Tiago Ventura Gil²

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS da Guarda

¹Médica Interna de Psiquiatria, ²Médico Interno de Psiquiatria

Email:anateixeira.icbas@gmail.com

Abstract

Franco Basaglia was an Italian psychiatrist who worked during the 50's, 60's and 70's of the XXth century and the main responsible for the Psychiatric Reform in Italy which culminated with the approval of the Law 180, in 1978, also known as *Basaglia Law*.

The works of Fanon, Goffman and Foucault, among others, had great influence on Basaglia's view, he discussed ideas with some of them and presented their publications to Italian co-workers.

Basaglia's first experience as director happened at the Psychiatric Hospital of Gorizia, where he established the model of *Therapeutic Community*.

In Trieste, Basaglia went further with the reforms tested in Gorizia. The Psychiatric Hospital of Trieste was the first *asylum* in the world to be closed by political reasons, in 1980.

The present work aims to explore the Italian Psychiatric Reform, conducted between the 60's and 80's of the past century.

Introdução

O presente trabalho propõe-se explorar a história da Reforma Psiquiátrica Italiana, levada a cabo entre os *anos 60 e 80* do século passado e que teve como principal figura o psiquiatra Franco Basaglia.

Início da Carreira e Gorizia

Franco Basaglia nasceu em Veneza a 11 de março de 1924. Segundo de três filhos, viveu uma adolescência tranquila e confortável. Depois de concluir o ensino secundário em 1943, ingressa na Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Pádua. Após o ingresso na Universidade, integrou um grupo de estudantes antifascistas e após alegada denúncia de um dos colegas, é preso e fica detido durante alguns meses. Foi militante do Partido Socialista Italiano ainda durante o período de estudos universitários.

Obteve a sua graduação em *Medicina e Cirurgia* pela Universidade de Pádua em 1949 e concluiu a sua especialização em *Doenças Nervosas e Mentais*, em 1958.

Pelas suas ideias inovadoras e revolucionárias, não é bem acolhido no meio académico e em 1961 tem a oportunidade de dirigir pela primeira vez uma instituição de Saúde Mental, o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, localizado num ponto geograficamente isolado e com cerca de 500 doentes institucionalizados. É nesta altura que tem o primeiro contacto com a realidade dos *asilos psiquiátricos* e é igualmente neste ano que são publicadas obras como "*Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*", do sociólogo canadiano Erving Goffman, "*Les Damnés de la Terre*", do psiquiatra e filósofo francês Frantz Fanon e "*Histoire de la folie à l'âge classique*", de Michel Foucault, filósofo francês, ligadas ao movimento da *antipsiquiatria*, que tiveram grande influência na forma como passou a encarar as instituições psiquiátricas e seu funcionamento.

Basaglia defendia que os *manicómios*, tal como existiam naquela altura, não eram locais de tratamento ou *cura* mas antes de marginalização e que era mandatário devolver ao doente a

sua dignidade como pessoa, libertando-o da *etiqueta* da doença, nas palavras do próprio na sua publicação de 1964,

La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione: "Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (...); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo"

(“a partir do momento em que passa pela parede do internamento, o paciente entra numa nova dimensão de vazio emocional (...); isto é, é inserido em um espaço que, nascido originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo curá-lo, aparece na prática como um lugar paradoxalmente construído para a aniquilação completa de sua individualidade, como um lugar de sua objetificação total. Se a doença mental é, em sua própria origem, a perda da individualidade, da liberdade, no asilo o paciente não encontra nada além do lugar onde será definitivamente perdido, fez do objeto da doença e do ritmo do internamento. A ausência de qualquer projeto, a perda do futuro, estar constantemente à mercê dos outros sem qualquer esforço pessoal, tendo marcado e organizado seu dia em tempos apenas ditados por necessidades organizacionais que - como tal - não podem ter em conta o indivíduo e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizado no qual se articula a vida do asilo”).

Em Gorizia, Basaglia começa por melhorar as condições físicas em que os utentes habitavam e viviam o seu quotidiano, foram abolidas as medidas de contenção física, as enfermarias passaram a ser abertas, foi reduzida a frequência de tratamentos por electroconvulsivoterapia (ainda realizados com escassas condições de segurança nesta altura) e foram destruídas as robustas vedações em torno do edifício. Basaglia instituiu em Gorizia o modelo de Comunidade Terapêutica, inspirado no conceito introduzido pelo psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido, Maxwell Jones e formou uma *Équipe* de psiquiatras, passando a realizar reuniões gerais com a presença dos utentes. Em maio de 1968, Gorizia torna-se num local de referência para ativistas e movimentos estudantis.

A direção do *asilo* de Gorizia esteve a cargo de Basaglia até 1970 e, apesar dos seus esforços, por falta de entendimento com a poder/gestão locais, o objetivo de encerrar esta instituição não foi atingido.

A *Équipe* de Gorizia, da qual fazia parte Franca Ongaro, a esposa de Basaglia, também ela psiquiatra, deixa como legado publicações como “*Che cos'è la psichiatria?*” (1967) e “*L'istituzione negata*” (1968), nas quais o autor leva a cabo reflexões teóricas e relatos práticos da experiência em Gorizia. Nestas reflexões, Basaglia revelou a capacidade de reconhecer que a Comunidade Terapêutica, por si só, não resolveria os problemas da sociedade, para tal seria necessária uma mudança social mais profunda. Basaglia defendia a necessidade de uma análise social, era crítico do ‘estabelecimento do poder médico’ e defensor do anti-institucionalismo.

Depois da experiência de Gorizia, Basaglia é convidado para um cargo diretivo em Colorno (Parma), onde permaneceu por um curto período e passou alguns meses como convidado

num Hospital Psiquiátrico em Brooklin, entre outras visitas por vários países do mundo, incluindo Portugal.

Hospital de San Giovanni, Trieste

Em 1971 é convidado para direcção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni em Trieste, uma instituição com 1182 utentes residentes, dos quais 90% eram residentes não-voluntários, ao abrigo de uma Lei datada de 1904.

Entre 1971 e 1974, a instituição alcança mudanças que levaram o dobro do tempo para ser implementadas em Gorizia. Foram abertas as enfermarias e abolida a rígida separação por sexos, o que levantou importantes questões morais num país de fortes tradição religiosa e conservador como a Itália de então. O hospital foi dividido em setores de acordo com a área de residência dos doentes e foram criadas cooperativas de trabalho, permitindo aos doentes seguir para uma vida laboral ativa, ao mesmo tempo que se sustentava financeiramente a instituição, o que para Basaglia era um dano colateral necessário na devolução destes doente a uma vida ativa.

Foi fundada uma equipa mais vasta e multidisciplinar, responsável pela realização não só de reuniões clínicas mas também de eventos artísticos, teatros de rua, concertos e debates. Em 1973 a OMS credencia Trieste como Principal Referência Mundial para a reformulação da assistência em saúde mental. O recinto do Hospital recebeu durante os *anos 70* inúmeros eventos, espetáculos, jogos, conferências, concertos, debates e encontros, e mesmo congressos internacionais. 122 pessoas foram admitidas para trabalhar na instituição sob a direcção de Basaglia, entre médicos, sociólogos, músicos, ativistas e voluntários.

No ano de 1973 é construída uma escultura, com a contribuição dos utentes do hospital, representando um cavalo, com 4 metros de altura de cor azul, e apelidado de *Marco Cavallo*, em homenagem ao cavalo que transportava as roupas da lavandaria para os demais edifícios. A escultura partiu de uma ideia de Giuseppe Dell'Acqua, Dino Basaglia, Vittorio Basaglia e Giuliano Scabia e é considerada um trabalho coletivo, realizado com o contributo das oficinas de arte então criadas por Franco Basaglia no interior do hospital. Conforme decidido pelos utentes, o enorme cavalo azul, era tão grande para conter idealmente todos os seus desejos e sonhos e trazer um símbolo visível e representativo da humanidade para o exterior do que escondido e incompreendido dentro dos hospitais mentais.

No início de 1977, o hospital tinha cinquenta e um utentes involuntários, oitenta e um voluntários e quatrocentos e trinta e três a residir como 'convidados'.

Em Agosto de 1980, o hospital deixa de receber doentes e encerra definitivamente, tornando-se no primeiro Hospital Psiquiátrico do Mundo a ser encerrado por motivos políticos.

Lei Basaglia

A Lei 180, de 13 de Maio de 1978, ainda hoje conhecida como *Lei Basaglia* é aprovada num contexto sociocultural caracterizado pelo desejo de mudança no pós-guerra. Psiquiatras, Partidos Políticos e Movimentos Sociais aliaram-se no sentido de conseguir uma mudança, fazendo-se valer do recurso à imprensa e televisão como mecanismos de divulgação das suas ideias e da experiência na implementação das mesmas “*When more than 10 million people saw patients from Gorizia’s psychiatric hospital speaking to presenter Sergio Zavoli on their television screens, inside their own homes, in January 1969, the movement was given a push, which it would never have had by any other means*” (“Quando mais de 10 milhões de pessoas viram os pacientes do hospital psiquiátrico de Gorizia conversar com o apresentador Sergio Zavoli nas suas televisões, dentro de suas próprias casas, em janeiro de 1969, o movimento recebeu um empurrão, que, de outra forma, nunca teria recebido”)⁴.

Esta Lei dedica particular enfoque às questões do tratamento psiquiátrico não-voluntário (*Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)*) e da posição relativamente às instituições de saúde mental.

Relativamente aos pressupostos para o *TSO*, em caso de internamento, pressupõe-se que a pessoa necessita de tratamento, refuta esse mesmo tratamento, e não é possível fornecer tratamento adequado em ambulatório. Fica assim excluído o critério de perigosidade, que baseava a Lei de 1904 e se orientava mais no sentido da defesa da sociedade do que do doente mental. Acrescenta-se que este tipo de internamento tem uma duração inicial máxima de sete dias, podendo ser renovado por requerimento do Psiquiatra ao *Sindaco* (o equivalente a um Presidente de Câmara Municipal, Autoridade Local de Saúde máxima); este tratamento pode ser convertido em tratamento voluntário a qualquer momento e qualquer pessoa, em qualquer momento, pode pedir *revisão* do *TSO*; o doente tem direito de livre comunicação ao longo do tratamento. Pretendia-se que o doente pudesse ser devolvido à comunidade e aí fosse assistido. A própria *Lei Basaglia* ressaltava que as alterações teriam efeito apenas até que entrasse em vigor a lei institutiva do *Servizio Sanitario Nazionale* (*legge n. 833 del 23 dicembre 1978*).

No que diz respeito à posição sobre as instituições de saúde mental, a *Lei Basaglia* determinou o encerramento de todos os hospitais psiquiátricos e proibição da abertura de novas estruturas deste tipo.

Considerações finais

As reformas levadas a cabo por Basaglia não ocorreram, no entanto, sem a existência de contratempos e muitos *incidentes* foram registados e amplamente difundidos pela comunicação social durante os anos em que se deu a transformação dos serviços de saúde mental em Itália. Um paciente terá assassinado a esposa no dia da alta, em 1968, em Gorizia, outro antigo paciente de Trieste assassina os seus pais em 1972. Vários autores relatam um aumento da população sem abrigo coincidente com o período de transformação das instituições de cuidados psiquiátricos conduzida por Franco Basaglia.

As principais obras de Basaglia não estão traduzidas para inglês, embora tenham sido traduzidas em várias outras línguas, fazendo com que fosse considerado por alguns um mero anti-psiquiatra e as suas reformas simplesmente rejeitadas e tidas como geradoras do caos.

Após a sua morte, em Veneza, a 29 de agosto 1980, com apenas 56 anos, a sua esposa e principal colaboradora, Franca Ongaro, deu continuidade à obra iniciada pelo marido e desenvolvida em conjunto. Basaglia deixou um legado de grande valor, através das reformas por si empreendidas e de inúmeras publicações, traduzidas para várias línguas em todo o mundo.

A abolição dos hospitais psiquiátricos tal como existiam no século passado está ainda em curso na Itália dos nossos dias. Nos dias de hoje, Trieste não tem um hospital psiquiátrico. O recinto do antigo hospital abriga uma escola, parte da Universidade, vários serviços de saúde, cooperativas e bares. Outros países europeus, como é o caso de Portugal, adotaram modelos de funcionamento com inspiração nas reformas implementadas por Franco Basaglia, e assistimos neste momento, no nosso país, à transformação da psiquiatria institucional numa psiquiatria muito mais voltada para a comunidade, visando a integração e tratamento dos doentes em contexto comunitário.

Dos países lusófonos, o Brasil foi um daqueles em que a influência da obra de Franco Basaglia mais se fez sentir, tendo aliás sido visitado por este no ano de 1978, à semelhança de muitos outros países, incluindo Portugal. Tal marca fica patente nas numerosas obras publicadas, dedicadas a este tema e realizadas por autores daqueles países.

Conclusões

Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano que desenvolveu a sua actividade nos anos 50, 60 e 70 do século XX, tendo sido o principal responsável pela Reforma Psiquiátrica em Itália que culmina com a Lei 180 aprovada em 1978, apelidada de *Lei Basaglia*. Basaglia foi influenciado pelas obras de Fanon, Goffman, Foucault, entre outros, tendo discutido ideias pessoalmente com alguns destes autores e tendo-os apresentado no meio italiano.

A primeira experiência como director dá-se no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde empreende modelo de Comunidade Terapêutica, não conseguindo, porém, o encerramento do Hospital. Em Trieste, Basaglia leva mais longe as reformas ensaiadas em Gorizia, sendo este o primeiro Hospital Psiquiátrico no Mundo a ser encerrado por motivos políticos, em 1980. Basaglia deixou um extenso legado, através das reformas por si empreendidas e de inúmeras publicações traduzidas para várias línguas em todo o mundo.

Bibliografia

AMARANTE, P. — An Adventure in the Insane Asylum: The Life of Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 1:1 (1994) 61-77.

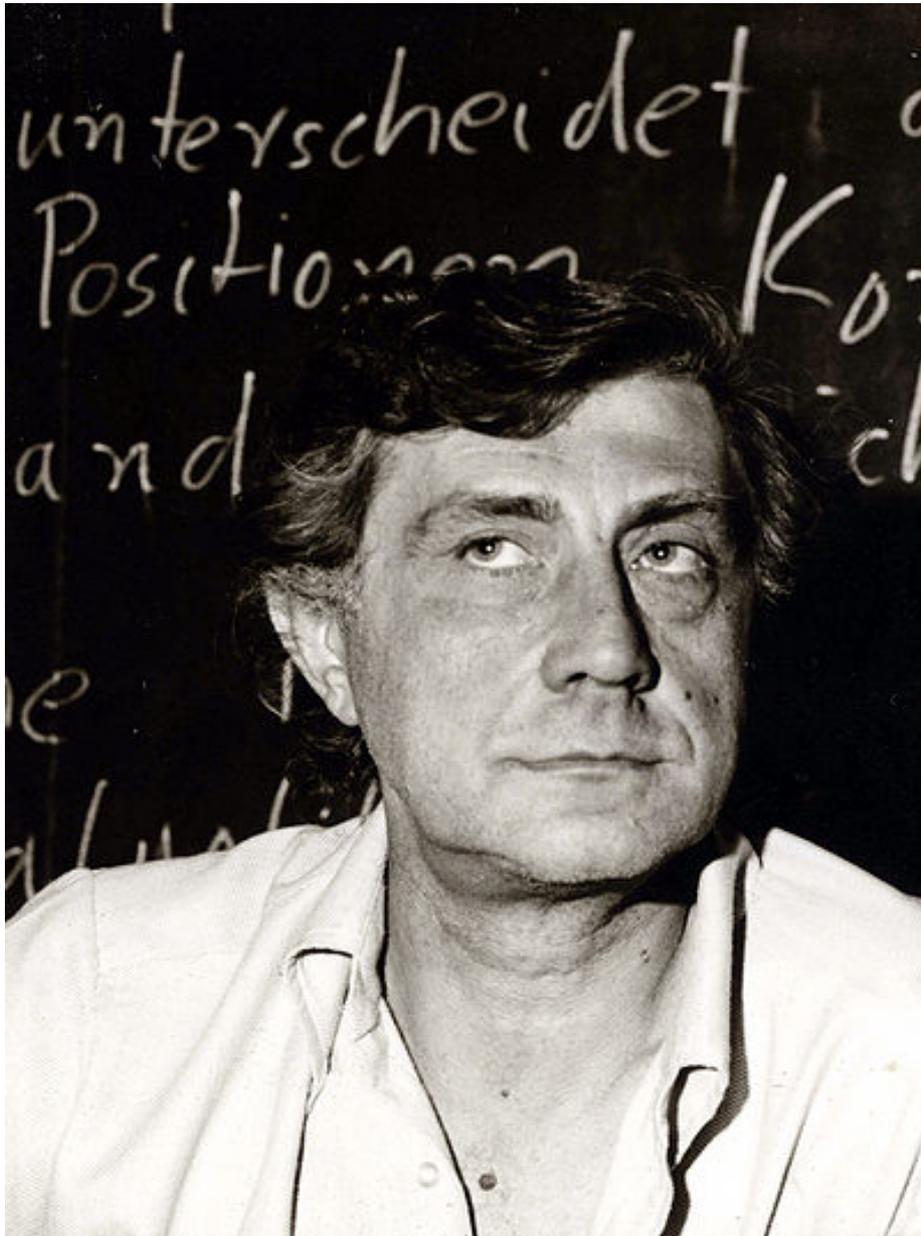
BECKER, T; FANGERAU, H. — 40th birthday of the italian Mental Health law 180 - perception and reputation abroad, and a personal suggestion. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 1-5 (2017).

COUTO, R.; ALBERTO, S. — Brief History of the Psychiatric reform for a better comprehension of the current debate. *Saúde em debate*. 32:78/79/80 (2008) 49-59.

FOOT, J. — Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961-1978. *Crit Radic Soc Work*. 2:2 (2014) 235-249.

GOULART, MS. — Thirty years of Basaglia's Law: the birthday of the fight. *Mnemosine* v.4, (1): 2-15, 2008.

OLIVEIRA, C. L. — "Basaglia" and the rehabilitation practice of the Social Center. Master's degree thesis, Program of Post-Graduation in Psychology. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.



Franco Basaglia

O NASCIMENTO DA FUNDAÇÃO LAR COMO UMA ALTERNATIVA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O TRANSTORNO MENTAL GRAVE

**Miguel A. Miguelez Silva¹; Ana Rita dos Santos Rocha²;
Raimundo Mateos Alvarez³, Tiburcio Angosto Saura⁴**

¹EOXI Vigo - SERGAS ; Médico psiquiatra

² CHMT – Abrantes; Médica interna ano comun

³EOXI Santiago de Compostela - SERGAS; Profesor programa de doctorado de Neurociencia y Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela;

Médico psiquiatra

⁴ Hospital Vithas N^o S^a de Fátima. Vigo. Médico psiquiatra

Email:miguelang333@hotmail.com;anaritadossantosrocha@gmail.com;

raimundo.mateos@usc.es;tas@jet.es

Abstract

The present work intends to tell the story of the LAR Foundation, which is a Psychosocial Rehabilitation Center for the treatment and support of the patient with Severe Mental Disorder.

The LAR Foundation was born in 1991 in Villagarcía de Arosa as an alternative treatment in the field of Psychosocial Rehabilitation, in the midst of Spanish psychiatric reform, particularly in Galicia. With the Spanish psychiatric reform, the "Report of the Ministerial Commission for Psychiatric Reform" in 1985, the General Health Act of 1986 and the Decree 389/1994 regulating Mental Health in Galicia, started the closing process of the psychiatric hospitals of Galicia, returning patients to the community with very limited ambulatory institutional support.

For those patients who returned to the community, LAR was born, as an assistance resource, which currently has a day hospital that treated about 220 patients, a mini-residence for over 70 patients, two assisted homes and a Therapeutic Center of minors. The first mission of LAR has always been to help people with severe psychiatric disabilities reintegrate into the community.

Palavras-chave: reabilitação psicossocial, reforma psiquiátrica, transtorno mental grave

Bases teóricas de la Reforma psiquiátrica

La aparición de nuevos avances₁ en multitud de disciplinas, tales como la psicología, el psicoanálisis, la sociología, la antropología, el trabajo interdisciplinar; la nueva generación de derechos, el respeto a las minorías y la lucha contra la discriminación, acabó por provocar que el modelo tradicional manicomial entrase en crisis.

El modelo manicomial₁, era a todas luces estigmatizador y falta de eficacia. Desde la década de los 40 empezaron a aparecer alternativas organizativas que se ajustaban más a las reales necesidades de los pacientes con Enfermedad Mental Grave, y a sus respectivas familias y comunidad donde vivían estos enfermos.

En España estos planteamientos modernos sólo empezaron a estudiarse cerca de la década de los 70, o sea, 30 años más tarde.

Estos nuevos modelos tenían por objetivo principal₁ dignificar la atención de este tipo de pacientes, mejorar la eficacia de la atención, respetar los derechos de los enfermos como ciudadanos, tratando de favorecer la reintegración del paciente en la comunidad como fin último.

Existen diversos dispositivos₁ que se crearon en otros países, que buscaban ofrecer recursos modernos para los enfermos mentales que no fuese el manicomio, tales como:

hospitales de día (Moscú 1937, Montreal 1946, Londres 1948), centros ambulatorios de Salud Mental (Centros de salud Mental Comunitaria sobre todo en EEUU desde 1946 después de la Mental Health Act), programas de atención domiciliaria, ingreso en Unidades de Agudos ubicadas en Hospitales Generales y alternativas ocupacionales, laborales y residenciales.

Proforreforma psiquiátrica²

El inicio de la reforma psiquiátrica fue posible, porque se unieron por un lado el deseo de cambio de modelo asistencial, unido a un consistente bagaje teórico. Los profesionales sanitarios tuvieron acceso a publicaciones de lo que se hacía en otros países y habían adquirido los conocimientos y métodos de trabajo de profesionales que retornaban a España, y que se habían formado en otros países más avanzados tales como Inglaterra, Francia, Suiza, Alemania, EEUU o Canadá.

La protorreforma fue un proceso de 15 años¹ donde se hizo un cuestionamiento inédito del modelo manicomial. Este proceso permitió dignificar la vida de los pacientes que estaban “asilados” en los manicomios. Existieron experiencias aisladas⁶ de modelos de humanización de los cuidados psiquiátricos (Oviedo, Conxo, ...).

Finalmente, destacar que el texto constitucional de 1978 permitió consolidar logros como el acceso al estatuto de ciudadanía de los enfermos mentales graves, dándoles acceso a un universo de equidad¹.

Reforma psiquiátrica

Después de iniciada la protorreforma psiquiátrica, todo el proceso contaba con resistencias al cambio de todo tipo, administrativas, profesionales, sociales, etc. Lo que sí fue positivo, es que a partir de este momento no se crearon nuevas instituciones manicomiales.

Muy significativo es el informe de 1976³, de la Organización Mundial de Salud. Elaborado por un grupo de trabajo, establece las condiciones sobre el futuro de los hospitales mentales. Dirigido por el Dr. Montoya Rico⁴ concluye:

“El sistema de cuidados de España se basa principalmente en el hospital psiquiátrico; la red de servicios extrahospitalarios es casi inexistente y sin relación con los servicios de hospitalización. Los hospitales psiquiátricos disponen de muy poco personal- ratio media personal/cama: 0,25-; y en la mayoría de ellos la dedicación de los psiquiatras no supera las tres horas diarias, y el personal de enfermería carece de la formación adecuada.

Los recursos económicos son escasos – aproximadamente el 7,6% del gasto total en servicios sanitarios, aunque las camas psiquiátricas representan la cuarta parte del total.

La mayor parte de las instalaciones de los hospitales son viejas e inadecuadas; la mitad de los hospitales fueron construidos antes de 1920.

El número de camas para pacientes mentales existentes en 1974 era de 46.779, lo que representa una tasa de 1,4 camas por mil habitantes. Solamente un 20% de ellas tienen una rotación aceptable, el resto están ocupadas por pacientes crónicos o de larga estancia. La situación no ha mejorado con la construcción en los últimos años de nuevos hospitales, de gran tamaño y separados de la comunidad”.

Otros documentos muy relevantes para el proceso de la reforma psiquiátrica:

—aprobación del texto constitucional en 1978 y su artículo 43

—creación del Ministerio de Sanidad en 1977/1978

—Reforma de la atención primaria de Salud de 1982

—Modificación del artículo 211 del Código Civil (1983) sobre internamientos involuntarios en establecimientos psiquiátricos, que dotaba a los pacientes de protección judicial.

En el año 1986 surge la Ley General de Sanidad que se ve claramente influenciada por el Informe de la Comisión ministerial para la reforma Psiquiátrica del año 1985, que en su capítulo III artículo 20 recoge los siguientes aspectos:

- Equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales.
- Predominio de la atención a Salud Mental en el ámbito comunitario.
- La hospitalización deberá realizarse en hospitales generales.
- Deberán desarrollarse servicios de rehabilitación y reinserción social coordinados con los servicios sociales.
- Se establecerán programas de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales.

La idea, es que a partir del surgimiento de la Ley General de Sanidad, se desarrollasen una red de servicios sanitarios y sociales⁴ que evitasen la figura que imperaba hasta entonces que era el Manicomio marginador.

Todos los cambios que se estaban generando, no eran solamente desde la Psiquiatría, si no desde varias disciplinas que todas juntas contribuyen al concepto de bienestar psíquico. El campo de la salud mental va a actuar no solo tratando la enfermedad mental, si no en la prevención de recaídas intervenciones sociales entre otras.

En definitiva, los nuevos equipos de salud mental van a actuar en ámbito comunitario y hospitalario, mediante un grupo de profesionales cualificados. El ámbito de trabajo dejará de ser en el ámbito médico-clínico, para pasar a englobar la prevención, rehabilitación y reinserción social del enfermo.

Reforma psiquiátrica en Galicia

En Galicia ³ la Reforma Psiquiátrica empieza en el año 1986 mediante una Comisión Asesora del Conselleiro que tenía como objetivo analizar la situación de la asistencia psiquiátrica. Como resultado se realizó un documento que serán las Bases para la elaboración do Plan Galego de Saúde Mental. Este documento se basará en la Ley General de Sanidad y en el documento de expertos del Ministerio de Sanidad cuyos principios serán:

- Integración sanitaria, zonificación y territorialidad
- Integralidad
- Interdisciplinariedad
- Continuidad terapéutica
- Comunitario

Solamente 8 años (en el año 1994) después surge el Decreto 389/94 do 15 de decembro, “polo que se regula a saúde mental en Galicia”, en el que se recoge toda la filosofía que vinimos exponiendo³.

Se dividieron los dispositivos asistenciales en dos tipos³:

Básicos:

- Unidades de Salud Mental
- Hospitales de Día
- Unidades de hospitalización psiquiátrica
- Unidades específicas

- Unidades de Salud Mental Infanto-Xuvenis
- Unidades de salud Mental Psicogeriatría
- Unidad de Tratamiento de Alcoholismo y otras dependencias

Complementarios:

- Unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica
 - Unidades de apoyo comunitario
- Pisos protegidos y viviendas de transición
- Unidades de apoyo social intermedio
 - Unidades residenciales

En el año 1996 se crea nuevo grupo de trabajo para analizar el Desarrollo del Decreto de Salud Mental y la situación en la que nos encontrábamos. Se elabora un documento llamado “Proposta de desenvolvemento da atención a saude mental en Galicia”, en el que se describen las prioridades a corto, medio y largo plazo.

De interés en relación al desarrollo de LAR, se establece nueva división dentro de los dispositivos complementarios en: Unidades de Rehabilitación y Extrahospitalarias.

Dentro de las extrahospitalarias, donde se encuadraría LAR, tendríamos dos tipos que sería el Centro coordinador para la Rehabilitación Psicosocial y las Unidades de Apoyo Comunitario.

LAR se encuadraría en las Unidades de Apoyo Comunitario, incluyendo como veremos más adelante, primero unidad de apoyo social intermedio, después una unidad residencial y finalmente pisos protegidos.

Galicia, cuando comparamos con el resto del territorio español, vemos que es de las comunidades más lentas en la instauración de la reforma psiquiátrica. Contribuye para ser una de las comunidades más lentas, el hecho de que la transferencia sanitaria por la cual las comunidades dejaban de depender del INSALUD en Galicia fue en el año 1990.

Para finalizar este apartado, creemos que lo negativo del distanciamiento ministerial del desarrollo de la Reforma, fueron las distintas velocidades a las que se fueron acometiendo en las diferentes comunidades.

El nacimiento de LAR

Con toda la situación que contamos previamente, que nos da una idea de la situación de los cuidados disponibles para tratar los enfermos mentales previos a la reforma psiquiátrica, y a las medidas que se pretendían implementar posteriormente a la reforma psiquiátrica; es fácil imaginar que en la práctica el paciente fuera de la institución manicomial estaba muy mal asistido en la comunidad.

En concreto, en Villagarcía de Arosa, donde nació LAR, el paciente que no estaba ingresado en el hospital psiquiátrico, a finales de la década de los 80 y a principios de la década de los 90 dependía de la asistencia que recibía por parte de los dispensarios, que consultaban exclusivamente los pacientes que habían estado ingresados en Conxo con una cadencia de dos veces a la semana (los dispensarios eran consultas ambulatorias de médicos que venían desde el Hospital de Conxo).

En el día a día, las familias que tenían pacientes con graves Trastornos Mentales presentaban grandes dificultades para el cuidado de los mismos en casa. Se enfrentaban a la falta de adherencia terapéutica, al desconocimiento del diagnóstico y tratamiento necesario para la estabilización de la enfermedad, y a una falta de apoyo institucional a nivel comunitario. Ante todas estas dificultades, a lo largo del año 1989, es cuando un grupo de familiares de enfermos con Trastorno Mental Grave se reúnen para tratar de crear algún tipo de recurso alternativo en Villagarcía para ofrecer algún tipo de soporte para sus familiares.

En ese momento, sobre el año 1989, estos familiares conocían DOA, que era una asociación de Vigo que trabajaba con enfermos mentales. DOA₅ empezó a funcionar en un local alquilado el 6 de abril de 1988, y daba soporte a enfermos mentales graves mediante talleres ocupacionales con resultados muy positivos.

Después de varias reuniones, y varias exposiciones informativas con respeto a los centros ocupacionales para enfermos mentales; estos familiares, apoyándose en uno de los personajes fundamentales de la historia de LAR, que es Lolita Gallego, acaban por constituir la asociación LAR, empezando entonces a dar sus primeros pasos (marzo de 1990).

Desarrollo de LAR

En los inicios de la Asociación LAR, había una estructura que funcionaba realmente cómo un taller ocupacional para estos pacientes que nadie era capaz de sacar de casa o hacer algo productivo con ellos. Debemos pensar que la principal demanda de los familiares de los pacientes es: “hacer algo” que permita movilizar estos pacientes, ya que “cada vez van peor”, “no estudian” o “gente que actúa como si fuesen desconocidos”.

En febrero del año 1991 ocurrirá algo muy importante para el devenir de la Asociación LAR y su filosofía de trabajo. En concreto surge Amelia Varela Artusio, que es contratada, y pone al servicio de LAR su formación como psicóloga clínica y sus conocimientos de los distintos movimientos relacionados con la Rehabilitación Psicosocial.

Cuando llegó Amelia Varela Artusio, la Asociación Lar apenas tenía un taller de manualidades dentro de un local comercial alquilado con la precariedad económica de la época.

Se aceptaban pacientes paulatinamente, pasando de 5 enfermos en febrero de 1991, a 16 pacientes al finalizar el año 1991. Al principio no se cobraba ningún tipo de cantidad de dinero para tratar de favorecer la permanencia de los enfermos en la Asociación y lograr ayudar a crecer el centro. En estos comienzos tan difíciles, durante el primer año, se había conseguido ayuda únicamente para hacer frente al alquiler del local comercial que primeramente se usó, y ninguno de los integrantes de la Asociación Lar cobró un sueldo.

Fue clave para el crecimiento de la Asociación Lar el gran esfuerzo que se realizó con mucha publicidad en la comunidad, siguiendo una estructura piramidal. Siempre se intentaba hacer llegar la Asociación al alcalde de la población cercana, al médico, al párroco, entre otras figuras importantes. En esa publicidad que se realizaba del centro, siempre se procuraba hablar de los resultados que se estaban obteniendo con los pacientes.

Con este método de publicitación del centro, durante los años 1992 y 1993 poco a poco fuimos asistiendo a un crecimiento importante, empezando a ser necesario entonces cambiar de ubicación del centro para poder dar respuesta a las necesidades de un mayor número de enfermos. En concreto en 1994, cuando se contaba con más de 30 pacientes se alquiló un chalet en la Rosaleda, aumentando también el personal del centro conforme iba siendo necesario. En esta época ya eran 7 los funcionarios del centro, de los cuales 2 eran psicólogos clínicos.

Pero el centro siguió creciendo más y más, hasta números cercanos a los 50 enfermos, por lo que otra mudanza iba a ser necesaria, en concreto a la actual ubicación que se realizó en el año 2000. Un pazo perfectamente situado cerca de la población principal situado en A Laxe, Vilagarcía de Arousa, que facilitaba realizar programas de rehabilitación del enfermo mental grave en la propia comunidad. Hasta el día de hoy el máximo de pacientes que se puede llegar a tener a cargo es el de 65 enfermos en régimen de Hospital de Día, y debido a la gran demanda que tiene el centro en la actualidad se tuvo que crear una Lista de Espera para organizar la entrada de pacientes. El predominio dentro de los diagnósticos médicos es el de esquizofrenia paranoide, contando actualmente para su buen funcionamiento con 1 psicóloga directora, 2 psicólogos clínicos, 6 monitores, 1 cocinera y 1 transportista.

Con el objetivo de ofrecer a la comunidad una atención más integral, que pudiese dar cabida a una mayor diversidad de enfermos con Trastorno Mental Grave, se crean alternativas residenciales. Cronológicamente se crea primero un piso protegido en el año 2000 para acoger enfermos con Trastorno Mental persistente, con autonomía pero sin convivencia familiar y que requieran ayuda psicosocial. Tiene capacidad para 5 plazas de varones, que tendrán mayoritariamente el diagnóstico de psicosis crónica; y que contará con una persona de apoyo. Los ocupantes del piso tendrán la obligación de acudir al Centro de Rehabilitación de la Asociación LAR. A finales del año 2000 también es cuando se crea un piso protegido de idénticas características para 5 mujeres.

Dentro de las alternativas residenciales, en el año 2003 se crea una mini-residencia para alojar personas con Trastornos Mentales persistentes, que no necesiten cuidados sanitarios específicos, pero que debido a sus carencias en cuanto a su autonomía precisen atención sociosanitaria continua. Tendrá una capacidad de 24 plazas, cuyos usuarios tendrán el diagnóstico mayoritariamente de esquizofrenia residual. Tendrá a su disposición 1 psicólogo clínico, con 8 monitores para garantizar su perfecto rendimiento.

Finalmente, dentro de la atención integral que presta LAR, en el año 2002 se creó el Centro Chavea, que es un recurso especializado en la atención a menores con Trastornos Graves de Conducta y Alto Riesgo Psicosocial tutelados por la Xunta de Galicia. Su apertura fue en diciembre del 2002. Inicialmente tenía una capacidad de 10 plazas, en un centro que se ubicaba en Zamar. Actualmente, está ubicado al lado del Centro de Día y de la Mini-residencia en el Pazo situado en la Rua Muiño Novo en A Laxe, contando con 15 plazas. El personal del que dispone actualmente es 1 directora psicóloga clínica (compartida con el resto de centros de la Fundación LAR), 1 psiquiatra, 2 psicólogos clínicos, 1 enfermera, 10 educadores, 4 monitores y 2 vigilantes para el turno de noche.

Es importante conocer que LAR se inició en el año 1990 como una Asociación, y debido al gran desarrollo que acabamos de relatar se creó la Fundación LAR en el año 1997 para posibilitar el gran crecimiento que observamos desde su nacimiento.

Entrevistas con personajes relevantes de la Historia de LAR

Juan Chaves, miembro de la primera junta directiva de LAR y Amelia Varela Artusio, directora de LAR. Entrevista realizada el 14 de abril del 2018 en la Isla de Arosa:

Juan Chaves es padre de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, en cuyo cuadro clínico predominan los síntomas residuales. Son naturales y viven en la Isla de Arousa.

Durante la entrevista lo primero que nos relata es la dureza de la aparición de la enfermedad mental de su hijo. El paciente inició los síntomas psicóticos a los 19 años, de forma brusca. Estudiaba en ese momento dos carreras universitarias a la vez, con un excelente rendimiento.

Una vez, llega a casa visiblemente mal. Los síntomas se habían instaurado de forma brusca. Buscaron ayuda médica, ya que pensaban que se trataría de un “desgaste mental más intenso”. Ante la gravedad del cuadro clínico lo mandaron a Santiago de Compostela directamente.

Requirió dos ingresos hospitalarios al inicio, con medicaciones que anulaban por completo al paciente, además de los terribles efectos secundarios que le producían, tales como las crisis óculo-giras.

En casa todo había cambiado de forma drástica. Juan Chaves llegó a tener que dejar de trabajar durante dos años, porque de noche era frecuente despertar a raíz de pesadillas donde podía ver a su hijo agitado y amenazante.

Buscaron ayuda médica fuera del país, con los pocos recursos financieros que disponían. En concreto fueron a un médico portugués en Leixões, que les dijo: “vaya chaval. En el cerebro hay muchas células, pero el radar no funciona.” Concluyó: “puedes vender lo que sea, pero no tiene cura”.

Respeto al inicio de LAR, recuerda que varios familiares de otros pacientes de la comarca le contactaron en el sentido de tratar de encontrar algún tipo de salida para sus hijos, dado el mal ambiente que generaban en sus domicilios.

Juan Chaves recuerda que los pacientes en esta época estaban en Conxo, pero después iban para casa “sin ningún tipo de explicación”. Solamente tenían el apoyo del dispensario que prestaba sus cuidados dos días a la semana, martes y jueves, donde iban controlando al paciente farmacológicamente.

La idea era que hubiese una estructura que permitiese que los enfermos con Trastorno Mental Grave se pudiesen tratar de alguna manera, sin psicofarmacología únicamente. Después de una serie de charlas informativas, se acabó constituyendo LAR, y Juan Chaves recuerda los inicios como muy complicados. El poco apoyo de la administración, de los médicos en general, incluyendo los psiquiatras hacía que el proceso de los inicios de LAR fuese muy complejo.

Una vez creado LAR, la principal diferencia era tener un “cobijo”, y un importante punto de apoyo para el cuidado de su hijo. Los dos ingresos hospitalares del hijo de Juan Chaves ya dentro del programa rehabilitador de LAR fueron mucho más cortos y menos complejos.

Finalmente, es impactante escuchar como los vecinos del primer bajo donde estaba LAR rechazaban por completo que una institución de este tipo estuviese alojada en su comunidad vecinal. Se llegaban a escuchar amenazas de todos tipos. También, otros familiares de enfermos mentales, no se atrevían a dar el paso de mandarlos a LAR por vergüenza de que el resto de comunidad supiese que también estaban afectados por este problema.

Lolita Gallego, secretaria de LAR y Amelia Varela, directora de LAR. Entrevista realizada el 18 de abril del 2018 en Vilagarcía de Arousa:

Lolita Gallego lo primero que nos transmite es que la labor que se llevó a cabo en LAR “fue extraordinaria”. Lo consigue percibir en el agradecimiento de muchos familiares, que aún hoy en día la paran en la calle para hablarle de la mejoría de sus hijos.

El respeto por los “tolos” a Lolita Gallego le vino desde que su familia le educó desde un principio en ayudar a estas personas. Los alimentaban todos los días, a todos los que quisiesen y fuesen a su casa. Se les daba “caldo y pan de millo”. Sus abuelos y padres le transmitían que los “tolos” nunca le harían daño, “llevadles esto, si no les faltáis al respeto nunca tendréis problemas con ellos”.

Lolita Gallego también nos cuenta que “siempre le tuve miedo a la locura”, “ver los barrotes en las ventanas del Hospital de Conxo” la marcaron profundamente en relación a la enfermedad mental. Concluye este tema afirmando que “el cáncer es bueno al lado de la locura”.

Las primeras reuniones previas a constituir la Junta Directiva de LAR fueron en el 1988. Después se fueron dando pequeños pasos hasta que en el año 1990 consiguieron unos pequeños fondos de la Diputación para alquilar el primer bajo comercial para iniciar LAR. Los primeros estatutos de la Asociación se basaron en los que ya tenía DOA.

También nos cuentan la importancia del Dr. Merino, como una de las figuras que desde Conxo apoyó la rehabilitación psicosocial. Teniendo en cuenta que la primera psicóloga contratada en LAR no se ajustaba al perfil deseado, los miembros de la Junta Directiva se

dirigieron al Dr. Merino que se ofreció a entrevistar a los candidatos a psicólogo de LAR, y es ahí donde Amelia Varela fue escogida e inició su actividad.

Ambas las dos nos cuentan que al principio LAR era un taller ocupacional. Con la llegada de Amelia se dio un giro radical, apostándose por un enfoque más moderno y de corte rehabilitador. Se empezaron a valorar los pacientes, medir funcionalidad, hacer programas individuales, entre otras actividades. Amelia Varela nos dice: “ en LAR desde el principio siempre se tuvo en cuenta la opinión de los pacientes. Al principio cuando están perdidos se les ayuda a hacer un proyecto de vida, pero siempre con sus objetivos personales. Se trata de empoderar al enfermo. Darles peso como seres humanos, y tratarlos como personas. De esa manera se empieza el camino de la recuperación del paciente.”

Otra de las acciones que las dos entrevistadas recuerdan como muy difíciles era el conseguir subvenciones y ayudas para ir desarrollando LAR. “Había que explicar que era la rehabilitación psicosocial” nos dice Amelia. “No eran programas inventados... Lo que hacían en Madrid, Londres, Estados Unidos... Me gustaba mucho la idea de empoderar al enfermo” concluye Amelia.

A los 3 años de existir LAR se crea la Federación Gallega de Salud Mental. Se eligió un enfermo de LAR, como primer representante por parte de Galicia frente a FEAFES España. En aquel momento las tres asociaciones que existían era DOA, LAR y APEM.

Otro punto importante en el funcionamiento de LAR fue el que siempre se distinguieron por comunicarle al paciente la enfermedad mental que padecen, tratando de favorecer un buen insight.

Finalmente, recalcan por su importancia, que LAR es la única Asociación con Convenio con la Xunta de Galicia. Desde su modelo de funcionamiento surgió Alba (asociación de rehabilitación psicosocial de Pontevedra de pacientes que venían del cierre del Hospital Provincial). Amelia Varela y Lolita Gallego fueron a dar charlas explicando la experiencia del desarrollo de LAR a pedido del que era jefe de servicio de Pontevedra por aquel entonces, el Dr. Víctor Pedreira, para que perdiesen el miedo a asociarse (había gente que pensaba que podrían llegar a perder sus casas).

Filosofía y soporte teórico de LAR

Para hablar de la filosofía de LAR, lo primero es volver a las palabras de Amelia Varela, en la entrevista conjunta con Lolita Gallego donde nos dijo: “ en LAR desde el principio siempre se tuvo en cuenta la opinión de los pacientes. Al principio cuando están perdidos se les ayuda a hacer un proyecto de vida, pero siempre con sus objetivos de vida. Se trata de empoderar al enfermo. Darles peso como seres humanos, y tratarlos como personas. De esa manera se empieza el camino de la recuperación del paciente.”

Desde un punto de vista más teórico, la rehabilitación Psicosocial era un concepto relativamente novedoso en el año 1990. La necesidad de la rehabilitación sólo podría entenderse dentro del contexto propiciado por la reforma psiquiátrica y desmantelamiento de la atención manicomial basada en la institucionalización.

Debemos tener en cuenta, que dentro de la institución basada en dar únicamente reclusión asilar, la rehabilitación tenía apenas un papel secundario, confundido con la laborterapia y actividades ocupacionales⁶.

Cuando se devolvía el enfermo a la comunidad es cuando tiene sentido realizar un trabajo de rehabilitación; que ayude en el tránsito de los enfermos a la sociedad nuevamente.

Esta era la posición de LAR, ayudar en el viaje de los pacientes que volvían a casa desde el Hospital Psiquiátrico de Conxo.

Como modelos de rehabilitación en nuestro país, los modelos más llamativos y que se trataron de seguir fueron los de la Comunidad de Madrid y de la comunidad andaluza.

Se siguieron autores tales como Lieberman^{7, 8, 9} Farkas y Anthony, Falleon o Strachan. Gracias a los importantes avances en la teoría de la Rehabilitación Psicosocial se pudo construir LAR bajo el amparo de una estructura conceptual y una metodología de intervención clara y eficaz.

LAR parte del concepto de que la rehabilitación psicosocial es el proceso cuyo objetivo es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizada e independientes que sea posible^{10,11}.

En otras palabras, la rehabilitación ayudará al enfermo mental crónico a superar las dificultades psicosociales que presentan y a permitirles desarrollar su día a día en la comunidad de la manera más autónoma posible.

Los principios en los que se sustenta LAR para elaborar su filosofía de atención en rehabilitación los definía perfectamente Pilling¹², que serían:

- La rehabilitación se basará en promover y reconocer los derechos de las personas con enfermedades mentales crónicas y que puedan ejercer una ciudadanía plena y digna.
- Potenciar el control de sus propias vidas de estos pacientes, y de su propio proceso de rehabilitación teniendo en cuenta sus objetivos y planes.
- La rehabilitación busca integrar cada persona en su comunidad.
- Procura potenciar pautas de vida lo más normales posibles, con desempeño de redes sociales apropiadas según persona y entorno social de cada paciente.
- Se busca dotar de máxima autonomía a los pacientes adaptando a su entorno, capacidades y competencias.
- Se ofrece el apoyo que cada usuario precise.
- La rehabilitación siempre respetará el principio de individualización de cada paciente
- Se evaluará para ello a cada paciente individualmente y de forma gradual.
- Dotar de una expectativa positiva al individuo y esperanzadora.
- Debe haber una constante evaluación de resultados, tanto en la autonomía, mejora de calidad de vida, satisfacción del usuario. También se debe evaluar dándole especial importancia a la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

Bajo la denominación de “programas de rehabilitación” se encontraban actividades muy diferentes, desde tareas ocupacionales, expresión corporal, actividades artísticas, psicoterapia tradicional, grupos de entrenamiento de habilidades sociales, entre otros. Como dijo Anthony en 1977¹³, la rehabilitación es “un concepto en busca de un método”.

Autores como Anthony, Cohen y Farkas^{13,14} ayudaron a dar rigor y estructura a la intervención en rehabilitación psicosocial, que fue además la que siguió LAR para diseñar sus intervenciones. Resumidamente serían:

- Evaluación funcional de discapacidades y habilidades del usuario, contextualizando en su ambiente y entorno concreto.
- Planificación sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- Implicar al sujeto y su entorno, especialmente a su familia. A ser posible, en todas las fases del proceso de rehabilitación.
- Entrenamiento específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto precisa para manejarse en todos los ambientes concretos que configuran su entorno comunitario.
- Evaluación e intervención en el terreno físico y social del sujeto, ayudando a su integración social.
- Seguimiento, monitorización y apoyo del usuario en los diferentes contextos de su vida real.
- Intervención multidisciplinar y en equipo.

- Coordinarse con los diferentes equipos que atienden al usuario.
- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y usar esos datos para ajustar objetivos e intervenciones

En definitiva, en LAR, el proceso rehabilitador se realiza a través de un proceso individualizado que se basa, por un lado en el entrenamiento de habilidades y competencias para que la persona funcione en la comunidad; y por otro lado actuar sobre el ambiente/entorno del paciente incluyendo la psicoeducación y asesoramiento de las familias. De esta manera se fortalece el nivel de funcionamiento psicosocial y asesoramiento de las familias para afianzar el nivel de funcionamiento psicosocial del enfermo mental crónico¹⁴.

Conclusiones

La reforma psiquiátrica se realizó bajo el amparo de toda un soporte teórico multidisciplinar.

En España, la reforma psiquiátrica se hizo con más de 20 años de retraso, y Galicia dentro de España fue de las comunidades más lentas.

La reforma psiquiátrica no contó con un desarrollo de estructuras comunitarias suficientes que acompañasen el ritmo de la desinstitucionalización.

LAR tuvo su inicio por demanda de familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave, que buscaban una ayuda comunitaria en una época donde se estaba cambiando de sistema de atención al Trastorno Mental Grave. (abandono del sistema manicomial).

Empoderamiento como parte fundamental de la filosofía de LAR como Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Grandes dificultades en general para el desarrollo de LAR: económicas, sociales, por falta de apoyo del propio hospital psiquiátrico, entre otros.

LAR se nutrió para moldear su estilo de atención al paciente en las experiencias de Rehabilitación de Madrid o Andalucía, y en autores de prestigio internacional como Lieberman, Farkas o Anthony.

Bibliografía

- 1.MÁRQUEZ, F. — Tradición y cambio en la atención a la Salud Mental en Galicia y España (1970-2012). In Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia del siglo XXI. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013. p 509-531.
- 2.PÉREZ, F. (Coord.) — Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría, 2006.
- 3.ANGOSTO SAURA, T. — La Salud Mental en Galicia: estructura y funciones. In Relatorios do curso de especialización en dereito sanitario. Xunta de Galicia, 2000. p. 647-657.
- 4.MONTOYA, J.L. — Las instituciones españolas en crisis: apuntes para una reforma. In: MIGUEL, J.M. — Planificación y reforma sanitaria. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978.
http://www.asodoa.org/DOA_salud_mental_historia_hitos_vida.html
- 5.MÁRQUEZ, F. — Tradición y cambio en la atención a la Salud Mental en Galicia y España (1970-2012). In Razón, Locura y Sociedad. Una mirada a la historia del siglo XXI. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013. p 509-531.
- 6.LIBERMAN, R.P. — Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients. Washington: Ed. American Psychiatric Press, 1988.
- 7.LIBERMAN, R.P.; ECKMAN, T.A. — Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. British Journal of Psychiatry. 155(1989) 117-122

- 8.LIBERMAN, R.P. — Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients. Washington: Ed. American Psychiatric Press, 1988
- 9.ANTHONY, W.A.; LIBERMAN, R.P. — The practice of Psychiatric Rehabilitation: History, Conceptual and Research. Schizophrenia Bulletin. 12:4 (1986)
- 10.RODRÍGUEZ, A. — Modo de epílogo. In RODRIGUEZ, A. (coord.) — Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide S.A. 1997. p. 455-464.
- 11.RODRIGUEZ, A. (coord.) — Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide. 1997.
- 12.PILLING S. — Rehabilitation and Community care. London: Routledge, 1991
- 13.ANTHONY, W.A. — Psychological rehabilitation. A concept in need of a method. American psychologist. (1977) 658-662.
- 14.ANTHONY, W.A.; NEMEC, P.A. — Psychiatric Rehabilitation. In BELLOCK, A.S —Schizophrenia: Treatment, management and Rehabilitation. Orlando: Grune and Stratton, Inc., 1984.

VIGIAR E APRENDER A DOMINAR: OS ENFERMEIROS E OS ALIENADOS NO SÉCULO XIX

Analisa Candeias¹, Alexandra Esteves², Luís Sá³

¹Escola Superior de Enfermagem; Centro de Investigação em Enfermagem – Universidade do Minho (CIEnf-UMinho);

Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) - Portugal
Professora Adjunta na Universidade do Minho – Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

²Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais; Laboratório de Paisagens, Património e Território (Lab2pt), Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho – Portugal;
Professor Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa

³Instituto de Ciências da Saúde. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Portugal; Professor Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa

Email: lia.candeias@gmail.com;estevesalexandra@gmail.com;lsa@porto.ucp.pt

Resumo

A obediência e a experiência foram os principais aliados dos enfermeiros nos contextos hospitalares do século XIX. Ser enfermeiro implicava uma dedicação exclusiva às rotinas e quotidianos das instituições, tornando seus os hábitos que as mesmas desejassem fazer cumprir. Nos lugares de assistência aos alienados, os enfermeiros também se encontravam presentes, na condição de agentes cuidadores e vigilantes, como sucedia no Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, no Porto, ou na Casa do Sagrado Coração de Jesus, em Sintra. Controlar sintomas e comportamentos fazia parte dos recursos terapêuticos utilizados no tratamento dos alienados, competência que os enfermeiros deveriam aprender e saber dominar no âmbito dos seus compromissos. Este estudo visa descrever as funções e as responsabilidades dos enfermeiros nos hospitais psiquiátricos portugueses do século XIX, podendo representar um contributo, ainda que modesto, para a história da enfermagem e da psiquiatria.

Palavras-chave: enfermeiro; saúde mental; psiquiatria; alienado

Abstract

Obedience and experience were the main allies of nurses in hospital contexts by the nineteenth-century. Being a nurse implied an exclusive dedication to the routines and quotidian of the institutions, whose habits nurses should embrace. Nurses were also present in the care facilities for the alienated, being caregivers and vigilantes, as was the case in Hospital de Rilhafoles, in Lisbon, Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, in Porto, or Casa do Sagrado Coração de Jesus, in Sintra. Controlling symptoms and conducts was part of the therapeutic resources used to treat the alienated, control that nurses should learn and master in the context of their responsibilities. This study aims to describe the roles and responsibilities of nurses in the portuguese psychiatric hospitals by the nineteenth-century, contributing modestly to the development of nursing and psychiatry history.

Keywords: nurse; mental health; psychiatry; alienated

Introdução

Lidar com as alterações da mente não é uma tarefa simples nem facilitada, e os caminhos da assistência aos alienados não foram consonantes nem sequenciais. Podemos afirmar que foi na evolução do século XIX que a assistência aos alienados começou a assumir contornos mais organizados, embora seja possível identificar, desde sempre, uma clara relação entre o sobrenatural e os problemas da mente, com repercussões nos tempos atuais, em especial no que diz respeito ao estigma ainda presente em todo o tipo de diferença que as pessoas apresentam.

Tendo em conta a diversidade de praticantes da assistência nos hospitais portugueses no século XIX, pretendemos, com este estudo, descrever as funções e as responsabilidades dos enfermeiros nos hospitais psiquiátricos portugueses do século XIX, procurando, assim, dar algum contributo para a história da enfermagem e da psiquiatria. Tendo em conta a dificuldade associada à eficácia dos tratamentos utilizados nos hospitais psiquiátricos nos anos de oitocentos, mostramos que o meio terapêutico mais utilizado nestas instituições e, quiçá, mais célere no que diz respeito à estabilização dos doentes, consistia na contenção e repressão de comportamentos, evitando muitas vezes situações de violência ou de extrema agressividade nestes contextos.

Contextos e Ações da Assistência aos Alienados: Os Enfermeiros e as suas Intervenções

A atenção por parte dos responsáveis pela assistência aos alienados surgiu no final do século XIX, em parte devido às ações de Philippe Pinel no Hospital de Salpêtrière, em França¹. Estas ações foram a alavanca do desenvolvimento da psiquiatria, da assistência neste contexto e da produção de conhecimento científico durante os anos de oitocentos. Iniciou-se, neste período, o afastamento entre a explicação sobrenatural dos problemas da mente e a explicação científica da doença mental – que devia ser vista tal como realmente era, ou seja, uma doença e, portanto, tratável.

O panorama da assistência aos alienados no século XIX era bastante uniforme, visto que os fármacos administrados para o domínio de sintomas e crises de agudização não surtiam um efeito de controlo desejável. Aliás, podemos referir que o primeiro antipsicótico a ser utilizado, a clorpromazina, surgiu apenas na década de 50 do século XX. Os clínicos, habitualmente, davam grande ênfase ao regime terapêutico que os alienados deviam seguir, que incluía a boa alimentação, a ocupação e o trabalho e a disciplina nas rotinas do dia-a-dia². Quando algum alienado apresentava alguma crise ou descompensação clínica, o comum seria utilizar meios de repressão e contenção, ou algum tratamento que se considerasse eficaz, como por exemplo a hidroterapia. Acima de tudo, os alienados deviam ser vigiados, existindo assim uma prevenção da alteração de comportamentos. Deste modo, vigiar, reprimir e controlar eram verbos de ação associados aos alienados nos anos de oitocentos, realizados principalmente pelos enfermeiros.

No século XIX, os enfermeiros aprendiam a sua profissão nos espaços da assistência hospitalar, sem qualquer tipo de educação formal, adquirindo conhecimentos e experiência através do contato direto com os doentes e com os enfermeiros mais velhos, de quem dependiam e a quem deviam obedecer³. A primeira experiência para uma escola de enfermagem surgiu no final do século XIX, em Coimbra, pela mão do médico Costa

¹ Veja-se em FOUCAULT, Michel - História da Loucura. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspetiva, S.A., 1999

² Considere-se BUCHAN, William - Medicina Domestica ou Tractado de Prevenir, e Curar as Enfermidades Com o Regimento, e Medicamentos simples. III Tomo. Tradução de Manoel Joaquim Henriques de Paiva. Lisboa: Impressão Régia, 1825; e ainda em RODRIGO, José - Prontuario del Enfermero. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya, 1891

³ Confirme-se em BOTELHO, José Rodrigues – “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal”. Servir. 52, nº 2 (2004), pp. 55-64

Simões, em 1881, através de um Curso de Enfermagem¹, mas não teve continuidade nem sucesso. As escolas de enfermagem tiveram êxito apenas no início dos anos de noventa, continuando algumas ainda a formar enfermeiros nos dias hodiernos², como por exemplo a Escola Superior de Enfermagem do Porto, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra ou a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

A formação dos enfermeiros era uma preocupação dos responsáveis pela assistência hospitalar, visto que muitos deles não sabiam ler ou escrever³. As primeiras escolas de enfermagem do século XX foram impulsionadas por médicos, que também concebiam e desenhavam as aulas dos futuros enfermeiros. Ainda assim, no século XIX, os enfermeiros tinham bastante responsabilidade nas práticas assistenciais, mesmo que a sua aprendizagem fosse decorrente daquilo que iam vendo, experimentando ou, até, intuindo. Este trabalho surge então nesse contexto, o da responsabilidade dos enfermeiros, em especial nos espaços psiquiátricos, com uma breve apresentação daquilo que era a realidade internacional, e a descrição da realidade nacional dos espaços assistenciais destinados aos alienados nos anos de oitocentos.

Transpondo as fronteiras portuguesas, podemos aludir ao médico Bernardino António Gomes que, em 1844, após uma viagem de estudo pela Europa, elaborou um relatório⁴ assinalando a presença de enfermeiros nestes estabelecimentos e a importância que tinham na administração de tratamentos e controlo de comportamentos, em parte, através da contínua vigilância que exerciam. A aprendizagem dos enfermeiros sobre as formas de controlar os doentes estava presente em todos os estabelecimentos que visitou, considerando que estes praticantes eram importantes na manutenção do bem-estar dos alienados e no bom funcionamento das instituições. Bernardino António Gomes descreveu ainda os meios de tratamento, contenção e repressão utilizados em alguns espaços assistenciais e administrados pelos enfermeiros, como por exemplo os banhos, os passeios, a ocupação ou o trabalho, a camisa-de-força, as correias para os pés ou mãos, as máscaras de arame, a utilização de quartos de isolamento, entre outros.

Voltando a terras lusas e ao primeiro hospital psiquiátrico português, o Hospital de Rilhafoles, aberto no ano de 1848, em Lisboa, podemos aludir a Francisco Martins Pulido, um dos primeiros diretores clínicos desta instituição que, em setembro de 1851, albergava 322 doentes⁵, supervisionados por um enfermeiro e uma enfermeira, assistidos por doze ajudantes cada um. Francisco Martins Pulido escreveu que “a Assistência ao Alienado é prestada com assiduidade e inteligência. Os doentes são vigiados noite e dia, e nem dentro nem fóra do Estabelecimento ficam um instante abandonados (...)”⁶. Os enfermeiros e os seus ajudantes deveriam ainda zelar, com persuasão e brandura, pela prevenção de variações comportamentais dos doentes, devaneios e quezílias; seriam eles os responsáveis pela aplicação e gestão da terapêutica prescrita pelos facultativos, atuando sob a supervisão destes.

Os meios de controlo utilizados em Rilhafoles, a meados do século XIX, eram a suspensão de visitas, passeios e recreio, a limitação de alimentos, a reclusão solitária, os banhos ou a

¹ Cf. NUNES, Lucília - Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência, 2003

² Porém, com outra nomenclatura

³ Veja-se em LOPES, Maria Antónia - Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários (meados do séc. XVIII – meados do séc. XIX). In SILVA, Carlos Guardado da, coord. - História da saúde e das doenças. Lisboa: Edições Colibri e Câmara Municipal de Torres Vedras, 2012, pp.147-164

⁴ GOMES, Bernardino António - Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa. Lisboa: Ulmeiro, 1999 (Original publicado em 1844)

⁵ Veja-se em PULIDO, António Martins - Relatório sobre a Organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851

⁶ Confirme-se na p. 19 de PULIDO, António Martins - Relatório (...) Rilhafoles. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851

aplicação da camisa-de-força. O trabalho e a ocupação, supervisionados pelos enfermeiros, seriam, para Pulido, os tratamentos de eleição para os alienados, como por exemplo as oficinas de costura ou jardinagem e a ajuda à manutenção das rotinas de higiene das instalações. De referir que, no final do século XIX, conseguimos identificar uma mudança¹ no que dizia respeito ao controlo e domínio dos doentes de Rilhafoles, com utilização acrescida de cadeiras fortes, peias, coleiras e peitilhos.

Os enfermeiros que trabalhavam em Rilhafoles deviam residir nas instalações do hospital, não lhes sendo permitido sair nem passar noites fora do estabelecimento sem prévia autorização do diretor. Não podiam aceitar qualquer oferta que viesse da parte dos doentes nem utilizar em seu proveito o trabalho que estes desempenhassem. Os enfermeiros encontravam-se inseridos nas rotinas do hospital, no seu quotidiano e cuidavam das suas vidas privadas nos intervalos do cumprimento dos seus deveres. Pedia-se ao enfermeiro que tivesse um bom comportamento moral e fosse exemplar no cumprimento das normas e das regras, tendo em vista a instauração da disciplina e a recuperação dos internados.

Mais a norte do país, no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, inaugurado em 1883, no Porto, também o regime dos doentes era privilegiado. António Maria de Sena, primeiro diretor clínico deste hospital, favorecia os tratamentos que se relacionavam com a ocupação, o trabalho, a higiene, a boa alimentação e o ar puro. Considerava que os alienados em Portugal eram afáveis e pouco perigosos², pelo que não seria necessário utilizar, tão amiúde, meios de contenção e repressão, em especial os quartos de isolamento e as cadeiras fortes. Sena considerava ainda que se devia dar a máxima atenção à vigilância dos doentes através da ação dos enfermeiros, que, embora não tivessem conhecimentos sobre patologia mental, deviam “(...) conhecer os preceitos deduzidos das doutrinas que ela encerra e ensina mais aproveitáveis e convenientes ao tratamento dos loucos”³.

No Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, aquando a sua inauguração em 1883, estava consignada uma estrutura hierárquica no que diz respeito ao pessoal de enfermagem, sendo esta composta por enfermeiros, ajudantes e criados, homens e mulheres⁴. Este pessoal, pertencente à Direção Clínica, encontrava-se sob a alçada do diretor clínico, que decidia sobre quem contratar ou não contratar, informando posteriormente a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que administrava o hospital. Aos enfermeiros e enfermeiras competia zelar pelo cumprimento das prescrições dos facultativos, organizando as rotinas e o quotidiano dos doentes.

O dia iniciava-se com a alvorada, efetuada pelos enfermeiros, dos alienados, exceto daqueles que durante a noite tinham apresentado complicações que eram autorizados a descansar mais um pouco. Os enfermeiros zelavam pela higiene e arranjo dos alienados, ensinando-os ou ajudando-os naquilo que fosse necessário, promovendo a entreatajuda. Os banhos terapêuticos eram realizados na parte inicial do dia, sendo os enfermeiros responsáveis pela gestão dos mesmos. Aos enfermeiros não era permitido o recurso à violência ou aos maus tratos sobre os doentes, e tinham de agir com paciência, carinho e dedicação⁵. Os meios de contenção e repressão mais utilizados, quando necessário, eram a camisa-de força ou o quarto de reclusão. Os enfermeiros, habitando nos espaços

¹ Cf. em SENA, António Maria - Os Alienados em Portugal, I – História e Estatística, II - Hospital do Conde de Ferreira. Lisboa: Ulmeiro, 2003 (Original publicado em 1884)

² Confira-se em SENA, António Maria - Os Alienados (...) Conde de Ferreira. Lisboa: Ulmeiro, 2003 (Original publicado em 1884)

³ Idem

⁴ Santa Casa da Misericórdia do Porto - Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1883

⁵ Confirme-se em Santa Casa da Misericórdia do Porto - Regulamento (...) Conde de Ferreira. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1883

hospitalares tal como em Rilhafoles, não podiam sair sem a autorização do diretor clínico, folgando a cada quinze dias – mas tinham de pernoitar no estabelecimento no dia da folga¹. Deslocando-nos novamente mais a sul do país, a Sintra, mais especificamente à Quinta do Telhal, em Sintra, onde, em 1893 abriu a Casa do Sagrado Coração de Jesus, que foi criada pela província espanhola da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, com o impulso de Bento Menni que, à época, era o provincial. Os irmãos enfermeiros que inauguraram este hospital eram, na sua totalidade, espanhóis e, aquando da sua abertura, tinham apenas um doente pobre admitido, o Padre Caetano Figueiredo, também espanhol e “(...) de mente muito perturbada, mas pacífico, (...)”². Em 1894, já viviam no Telhal doze irmãos e quatro doentes e, em 1900, dezasseis irmãos e trinta e seis doentes.

O quotidiano e os tratamentos aos doentes, assim como todas as normas da Casa do Sagrado Coração de Jesus, eram delineados pela Regra de Sto. Agostinho e as Constituições da Ordem aprovadas em 1890. José Rodrigo, diretor do Manicómio de Ciempozuelos, em Espanha, onde os irmãos enfermeiros faziam a sua formação, escreveu uma obra, em 1891, intitulada “Prontuario del Enfermero”, onde designou, além de todas as noções básicas de anatomofisiologia de que o enfermeiro necessitaria, as responsabilidades gerais de um enfermeiro que trabalhasse num hospital psiquiátrico. José Rodrigo escreveu que “los locos, en general, deben ser tratados con bondad (...)”³, e os enfermeiros deveriam ajudar o médico em tudo o que pudessem, registando, de forma completa, todas as alterações de comportamento ou de discurso que os doentes apresentassem.

Em cada um dos hospitais da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus deveria existir a figura de um Enfermeiro Maior⁴, que supervisionaria todo o serviço realizado nas enfermarias, zelando pelo cumprimento da terapêutica prescrita e a quem os irmãos enfermeiros responsáveis de cada espaço prestavam contas. No final do século XIX, no Telhal, eram administrados banhos terapêuticos sob a monitorização dos irmãos enfermeiros, que poderiam ser em banheira ou duche, quentes ou frios, ou aditivados com algum fármaco⁵. Os meios de contenção e repressão utilizados pelos irmãos enfermeiros seriam os recomendados por José Rodrigo, e baseavam-se na camisa-de-força, manábulas, banhos de pressão e celas de contenção. Não nos podemos esquecer da orientação religiosa que os enfermeiros da Casa do Sagrado Coração de Jesus seguiam aquando a prestação dos seus cuidados, sendo importante este facto para o desenvolvimento daquilo que são hoje os contextos de ação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, amplamente ativa nos estabelecimentos geridos pelas ordens hospitaleiras, tanto masculinas como femininas.

As três realidades nacionais aqui descritas, Hospital de Rilhafoles, Hospital de Alienados do Conde de Ferreira e Hospital do Sagrado Coração de Jesus, são parte do retrato da assistência prestada aos alienados durante os anos de oitocentos. Este retrato ficaria completo se a descrição incluísse a assistência prestada nos hospitais gerais, nas prisões ou em casas de saúde privadas, visto que eram espaços que igualmente acolhiam estes doentes, e onde trabalhavam enfermeiros.

¹ Idem

² Confirme-se na p.42 de BARROS, Augusto Carreto de – “A Nossa Casa de Saúde do Telhal Durante os seus Primeiros 50 Anos de Existência 29 de Junho de 1893 – 1943”. IN, GAMEIRO, Aires (coord.). Casa de Saúde do Telhal 1º Centenário 1893-1993 – Documentos históricos e clínicos. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 1993

³ Cf. na p.41 de RODRIGO, José - Prontuario del Enfermero. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya, 1891

⁴ Veja-se em ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS - Regla de Nuestro Gran Padre San Agustín y Constituciones de la Orden Hospitalaria de Nuestro Glorioso Padre San Juan de Dios. Madrid: Imprensa del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, 1899 (Traduzido do original de 1890)

⁵ Veja-se em GAMEIRO, Aires (coord.). Casa de Saúde do Telhal 1º Centenário 1893-1993 – Documentos históricos e clínicos. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 1993

Nos hospitais gerais, habitualmente, os alienados eram colocados nas enfermarias com os restantes doentes, muitas vezes imobilizados nas camas ou até presos com correntes, e isolados quando o comportamento era de difícil controlo. Nas prisões, eram confinados a salões onde também se encontravam os criminosos, que não aceitavam a presença dos mesmos, sendo muitas vezes maltratados. Nas casas de saúde privadas, utilizadas apenas para quem tinha possibilidades financeiras para suportar os seus encargos, os alienados eram confinados a quartos (utilizando-se meios de contenção semelhantes aos dos hospitais gerais), escondidos da vida em sociedade e marcados pela vergonha das suas famílias.

Nestas realidades, os enfermeiros também aprendiam através do contacto com os doentes e com os enfermeiros mais experientes. Sob a alçada de uma forte hierarquia, iam desenvolvendo as suas responsabilidades dentro dos espaços hospitalares que eram igualmente seus, visto que as suas vidas pessoais se iam desenrolando dentro das paredes assistenciais, fundindo as suas vivências com as vivências dos alienados. O crescimento da enfermagem em Portugal e, neste caso, da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, foi alinhavada conforme as necessidades que os doentes foram apresentando ao longo dos anos, passando de um saber prático para um saber conceptual, que visa, nos dias de hoje, a melhoria dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, da sua qualidade.

Conclusão

A obediência e a aprendizagem contínua foram os principais aliados dos enfermeiros nos hospitais do século XIX. Ser enfermeiro implicava uma dedicação exclusiva às rotinas das instituições, tornando seus os hábitos que estas pretendiam que fossem adotados. O desenvolvimento da enfermagem em Portugal deu-se, não só pela ação de médicos que procuraram valorizar este ramo da assistência, mas também pela atenção que os enfermeiros foram prestando às reais necessidades daqueles que apresentavam problemas de saúde.

Nas instituições de assistência aos alienados os enfermeiros também estavam presentes, na condição de agentes cuidadores e vigilantes, como é o caso do Hospital de Rilhafoles em Lisboa, do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira no Porto ou da Casa do Sagrado Coração de Jesus, no Telhal. Controlar sintomas e comportamentos fazia parte dos recursos terapêuticos utilizados no tratamento dos alienados, que os enfermeiros deveriam conhecer e saber aplicar no âmbito dos seus compromissos.

Referências Bibliográficas

BARROS, Augusto Carreto de – “A Nossa Casa de Saúde do Telhal Durante os seus Primeiros 50 Anos de Existência 29 de Junho de 1893 – 1943”. IN, GAMEIRO, Aires, coord.. Casa de Saúde do Telhal 1º Centenário 1893-1993 – Documentos históricos e clínicos. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 1993

BOTELHO, José Rodrigues – “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns Contributos para a sua História em Portugal”. *Servir*. 52, nº 2 (2004), pp.55-64

BUCHAN, William - Medicina Domestica ou Tractado de Prevenir, e Curar as Enfermidades Com o Regimento, e Medicamentos simples. III Tomo. Tradução de Manoel Joaquin Henriques de Paiva. Lisboa: Impressão Régia, 1825

FOUCAULT, Michel - História da Loucura. 6ªed. São Paulo: Editora Perspetiva, S.A., 1999

GAMEIRO, Aires, coord.. Casa de Saúde do Telhal 1º Centenário 1893-1993 – Documentos históricos e clínicos. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 1993

GOMES, Bernardino António - Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados Principais da Europa. Lisboa: Ulmeiro, 1999 (Original publicado em 1844)

LOPES, Maria Antónia - Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários (meados do séc. XVIII – meados do séc. XIX). In SILVA, Carlos Guardado da, coord. - História da saúde e das doenças. Lisboa: Edições Colibri e Câmara Municipal de Torres Vedras, 2012, pp.147-164

NUNES, Lucília - Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência, 2003

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS - Regla de Nuestro Gran Padre San Agustín y Constituciones de la Orden Hospitalaria de Nuestro Glorioso Padre San Juan de Dios. Madrid: Imprensa del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, 1899 (Traduzido do original de 1890)

PULIDO, António Martins - Relatório sobre a Organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851

RODRIGO, José - Prontuario del Enfermero. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya, 1891

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO - Regulamento Geral do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1883

SENA, António Maria - Os Alienados em Portugal, I – História e Estatística, II - Hospital do Conde de Ferreira. Lisboa: Ulmeiro, 2003 (Original publicado em 1884)

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Tamara Cueto González¹; Silvia Piñeiro Otero¹; María Luisa Curto Benito²; Aurora Hervés Barcia¹

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias

¹Enfermera especialista en Salud Mental

²Enfermera

Email:cueto.tamara@gmail.com;silviapineirotero@gmail.com

Resumen

Desde la aparición de la primera casa de locos en Bizancio hasta la publicación del libro "Relaciones Interpersonales en enfermería" de Hildegard Peplau, que sienta las bases de la enfermería psiquiátrica; pasando por los pasillos del Hospital des Inocents de Valencia, un referente de asistencia psiquiátrica de la época, llegaremos al año 2005 donde se produce la profesionalización de la enfermería mediante el Real Decreto de las especialidades. Durante todos estos años, poco a poco, ha ido variando el perfil del cuidador, avanzando en las diferentes etapas de la historia así como sus funciones a desempeñar. El objetivo final de este trabajo es contextualizar la historia de la enfermería de salud mental en España así como su evolución hasta el momento presente.

Palabras clave: enfermería; salud mental; cuidados; España

Abstract

From the appearance of the first home of insane in Bizancio until the publication of the book "Relations in nursing" written by Hildegard Peplau, that set the basis of psychiatric nursing; going through the corridors of the Hospital of Innocents in Valencia, a referent at that time in which had to do with psychiatric assistance, we will arrive to 2005 where the professionalization of nursing takes place through the Real Decreto of specialities. In all those years, little by little, the profile of the carer has changed, progressing in the different times of history as well as its functions. The final objective of this work is to contextualize the history of nursing in mental health in Spain as well as its evolution up to this moment.

Key words: nursing; mental health; care; Spain

Introducción

Desde la prehistoria se tiene conocimientos de los cuidados que se proferían a los locos o "dementes". Así tenemos constancia de los cuidados, mayoritariamente mágicos, que se llevaban a cabo en aquella época. Existen escritos sobre los cuidados ofrecidos en el Morotrophium de Bizancio allá por el siglo IV así como de las tareas asignadas a la Orden de San Jerónimo durante los siglos IV y V. Con este artículo hemos querido hacer un breve repaso por la historia de la salud mental y de sus cuidados, centrándonos en la evolución que tuvo lugar en España.

Los objetivos de este trabajo son conocer la evolución de los cuidados enfermeros en España así como describir la situación actual de la enfermería de salud mental.

Discusión

Hospital de Inocentes – Valencia

Fundado en el año 1409 por el Padre Jofré en la ciudad de Valencia, está considerado como el primer centro específico de internamiento de locos (o alienados como se empezaban a llamar a partir de esa época). El tratamiento que se daba en el centro consistía mayoritariamente en terapia ocupacional, dieta e higiene adecuadas.

Durante su estancia en el centro, todos aquellos pacientes que se encontraban en buena forma física eran obligados a trabajar, ya que en aquella época se creía que la ociosidad permanente podía ser perturbadora, llegando incluso a ser el origen de los malos hábitos y vicios de los pacientes. Las tareas eran divididas por sexos; así los hombres se dedicaban a la granja y al cuidado de la limpieza del hospital, que incluía los jardines. Por otra parte, a las mujeres se les asignaban tareas textiles, confeccionando los vestidos para los pacientes y cosiendo. Los internos más tranquilos y disciplinados eran enviados a las calles de Valencia a recoger a otros locos para su internamiento o los devolvían a sus respectivas familias. En algunas ocasiones se les requería que pidieran limosnas para poder ayudar a sufragar los gastos de la institución y asegurar así su viabilidad económica a lo largo de los años. Algunas de estas actividades perduraron en el tiempo, y durante el siglo XVII, cuando ya era conocido como Hospital General de Valencia, algunos pacientes seguían llevando a cabo actividades tales como ayudar al resto de pacientes hospitalizados (por ejemplo les llevaban la bota de vino para ayudarles a beber si el médico así lo requería).

Durante sus salidas así como mientras estaban en el centro, los pacientes vestían ropas tejidas con sacos viejos y una “caperuza de loco” para que la gente pudiera distinguirlos por la calle. Además de la terapia ocupacional se llevaban a cabo otros tratamientos como las sangrías, aplicaciones de ungüentos y la ingesta de jarabes. En caso de desobediencia o si se agitaban, se les azotaba, se les colocaban grilletes (llegando incluso a portarlos de forma permanente) o se les encerraba en jaulas o gavias. A pesar de estas prácticas, también se decía a los trabajadores que debían tratar a los internos con amabilidad paternal y teniendo en cuenta sus necesidades a nivel global.

Para mantener otro de los pilares básicos del tratamiento en el centro, los enfermos del hospital de inocentes eran llevados a las casas de baños de la ciudad para cumplir con una adecuada limpieza.

Para mantener el orden y la jerarquía dentro del centro existían una serie de estamentos: hospitaler o clavario (cuyas funciones actualmente correspondería a los directores de enfermería) y dependientes o serviciales (encargados de las necesidades básicas como higiene o alimentación; serían el cuerpo de enfermería de la época) Se le exigían 2 condiciones: estar casado y residir en el hospital (personal laico, podían ser tanto hombres como mujeres). En el caso del Hospitaler se le exigía que para asumir dicho cargo estuviese casado tuviera su residencia dentro del propio centro, podía ser hombre o mujer.

Lope de Vega escribió “Oíd: que habéis de haceros tan furioso, que todo el mundo por furioso os crea. Tiene Valencia un hospital famoso, adonde los frenéticos se curan con gran limpieza y celo cuidadoso, Si aquí vuestros peligros se aventuran, y os encerráis en una cárcel destas, creed que de la muerte os aseguran”; de estas palabras se puede deducir que en aquellos años de surgimiento del hospital comenzaba a valorarse la posibilidad de curar la enfermedad mental, todo un gran hito, teniendo en cuenta la definición de irreversibilidad que se le daba hasta entonces.

Otros hospitales posteriores

Tras el éxito cosechado por las labores y el tratamiento a los enfermos mentales en el Hospital de Inocentes, surgieron en España otros centros dedicados al cuidado de los locos.

Algunos de los más destacados fueron: el Hospital de Santa Cruz de Barcelona (1412), el Hospital de los Inocentes de Sevilla (1436), el Hospital Real de Granada (1527) o el Hospital de Madrid (1566).

Edad moderna y contemporánea

En estos momentos de la historia, España se encuentra en una situación más avanzada en el campo de la psiquiatría con respecto al resto de países europeos. A lo largo del siglo XVII la atención de enfermería se centraba en el cuidado: se proporcionaba una dieta sana, equilibrada y abundante. Se tenía especial cuidado con la higiene, a través de baños y limpieza de la ropa. Se aislaba a los pacientes que se encontraban en estado de crisis o desaseados. A partir de esta época comienza a aislarse a los internos del mundo exterior. El administrador del centro comienza a recibir un salario por su trabajo y las enfermeras siguen sus órdenes para el cuidado de los enfermos.

A partir del siglo XIX comienza a tenerse en cuenta la prevención de la enfermedad mental, llegando a proponerse medidas de higiene para toda la población como foco principal. Persiste la creencia de que los enfermos deben continuar aislados del mundo y el progreso que se lleva a cabo en la sociedad, adoptando un rol paternalista, en el cuál se trata de proteger a la sociedad del enfermo y a éste de sí mismo. Comienzan a aparecer las primeras clínicas privadas, en las cuáles se busca principalmente la tranquilidad del enfermo. En 1844 el doctor Francesc Campdera funda el primer centro privado de España. En él se tenía especial cuidado sobre la salud tanto física como mental; no existían los métodos correctivos, sino que se trataba a los internos con “bondad, paciencia, limpieza y buen sentido”. El servicio facultativo del centro estaba compuesto por médico propietario, médico residente, boticario, practicante y el grupo de enfermería.

Formación de la enfermería de salud mental

En 1914 se empieza a desarrollar la enfermería mental de carácter laico; hasta este momento de la historia, la enfermería en España se consideraba ligada a la religión, un cuidado que debía ser proporcionado por monjas y sacerdotes en cumplimiento de sus obligaciones morales. Durante los años que sigue se perpetúa la custodia de los locos en dos sistemas: el penitenciario y el sanitario.

En 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad y en 1926 se inaugura una escuela de Psiquiatría dotada con toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental, incluyendo el estudio de su tratamiento y curación. A partir de este momento se convierte en requisito indispensable estar en posesión de estos estudios para poder acceder legalmente al cuidado de los enfermos mentales.

En cuanto a la situación de la enfermería psiquiátrica, en 1932, el Consejo Superior Psiquiátrico presidido por Gonzalo Rodríguez Lafora, impulsó la formación del enfermero psiquiátrico. En la Gaceta del 20 de mayo de ese mismo año se publicó la división del personal sanitario subalterno de los establecimientos psiquiátricos y los requisitos para presentarse al examen para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico. El personal sanitario se dividía en: Practicantes en Medicina y Cirugía con el diploma de Enfermeros Psiquiátricos y Enfermeros y Enfermeras Psiquiátricos. Se establecen así mismo unos ratios: 2 practicantes para cada 50 pacientes y una enfermera por cada 10 pacientes que requirieran cuidados y vigilancia continua, una enfermera por cada 150 pacientes de vigilancia discontinua.

A partir de 1940 son introducidos nuevos métodos para el tratamiento del enfermo mental, aparece el shock insulínico, el electroshock y las lobotomías como práctica habitual en pacientes con una evolución de larga data y que llevaban muchos años institucionalizados. Teniendo en cuenta el paulatino descenso del personal en los centros de enfermos mentales, estos nuevos tratamientos se dejaban a cargo de la enfermería, que no sólo debía

participar en ellos, sino que se responsabilizaban de los mismos de forma natural, formando parte de sus funciones dentro del centro.

Los cursillos de capacitación psiquiátrica se fueron consolidando en las décadas posteriores a la guerra y se mantuvieron hasta la década de los setenta. Estos cursillos y otros de distintas instituciones, trataron de suplir la escasa atención que la administración sanitaria franquista le prestó a la formación de la enfermería, ya que la primera convocatoria para obtener el diploma de practicante y enfermero psiquiátrico no se realizó hasta junio de 1949.

En 1952 Hildegard Peplau publica su libro “La relación enfermera-paciente” que sienta las bases para el cuidado actual de la enfermería de salud mental, basando su trabajo en las ciencias del comportamiento.

Se crea, en 1970, la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico con dos cursos de ocho meses de duración. En 1977 se incluye la enfermería dentro de los estudios universitarios. Años más tarde aparece un Real Decreto (RD 992/1987 3 de julio) que se encarga de regular el título de enfermera especialista a través de la universidad.

Evolución de las funciones de enfermería en salud mental

El primer manual que hace referencia explícita al trabajo que el enfermero llevaba a cabo en los manicomios data de 1909. Se trata de un manual escrito por el médico del manicomio de Conxo (Galicia) en aquella época, Vicente de Goyanes, que trataba de describir las características que debía reunir un enfermero al cuidado de los enfermos mentales. Llevaba por título “Manual del enfermero en los manicomios”.

Aún en este manual se encuadra al enfermero dentro del cuidado religioso de los enfermos, diciendo que éste debía ser “moral y prudente, cariñoso y amable, inteligente y buen observador, sobrio y arreglado, inclinado a cumplir con su deber amigo del orden y del aseo y que tenga iniciativas”. Dotando de nuevo al enfermero de un sentido religioso se refiere a él como un ser dotado de una paciencia angelical.

Este manual hace referencia a las actividades que debían ser llevadas a cabo diariamente y que eran supervisadas y coordinadas por el enfermero, tales como la limpieza, la alimentación, el vestido, el sueño, la sujeción, el orden y la observación. Reza el manual: “Vuestra misión debe ser noble, consolándolos, exhortándolos, teniendo siempre para ellos palabras de benevolencia, no diciéndoles nada que pueda causarles disgusto, no contradiciéndolos con insistencia ni en son de autoridad y por último no burlándose de aquellos cuyos gestos y palabras inspiren risa”.

Respecto al vestido y la higiene se instaba al enfermero a lavar a los pacientes tantas veces como sea necesario, cambiando sus jergones y ropa de cama a menudo y enseñándoles horarios de baño. Se recordaba al enfermero que debía vigilar el sueño del enfermo, evitando que durmiera durante el día en los jardines y salas de recreo para favorecer de esta manera el descanso nocturno. Se daba también una serie de directrices para mantener la vigilancia del lugar, tales como mantener ocultas las llaves y hacer el menor ruido posible al abrir y cerrar puertas, también extremar la precaución para evitar fugas (especialmente de aquellos que se encontraban allí por orden judicial). Se recuerda la gran importancia del enfermero como agente terapéutico para evitar las sujeciones, siendo capaces de ganarse el afecto y respeto de los enfermos; lo que podría traducirse como la relación terapéutica que se lleva a cabo hoy en día.

Perfil de la enfermera de salud mental

Dentro de la función asistencial, la enfermera prestará cuidados integrales tanto al paciente como a la familia y la comunidad, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión. Para ello se servirá del método científico, usando como herramienta el Proceso de Enfermería, mediante el cual se encarga de valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y

evaluar las actividades llevadas a cabo para el cuidado. A continuación se exponen algunas de las funciones que son competencia de la enfermería de salud mental en España en el momento actual.

- Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud mental del paciente así como de su familia.
- Identificar y valorar las alteraciones de salud y cuidados en lo individual y familia.
- Diagnosticar las necesidades de autocuidado del paciente.
- Realizar la actividad asistencial en función de los planes de cuidado.
- Manejar situaciones de urgencia y crisis.
- Educar al paciente y familia para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su autocuidado.
- Aportar al equipo de salud sus conocimientos y experiencia asistencial.
- Coordinar con otras especialidades de salud mental, según las necesidades.
- Apoyar al paciente y a la familia en la toma de decisiones que afectan a la salud.
- Asesorar y apoyar a otros enfermeros en temas de salud mental para la prestación integral de los cuidados.
- Participar y colaborar en la formación de otros profesionales de salud.

Conclusiones

A lo largo de los siglos ha cambiado tanto el nombre de la profesión que nos atañe como el lugar donde se desempeñaba el trabajo. Si bien es cierto que la finalidad de esta profesión siempre ha seguido la misma línea, cuidar del paciente de forma integral, acompañarle en su proceso de enfermedad y ayudarle a ser más autosuficiente. La profesionalización de la enfermería nos ha ayudado a mejorar esos cuidados y a mantener las funciones delimitadas dentro de un campo tan amplio como es la salud mental. Esperamos que en los próximos años esta profesionalización siga avanzando.

Bibliografía

AIRES DE PABLOS, Sofía - El enfermo mental y la enfermería a lo largo de la historia. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2016.

DURO SÁNCHEZ, Alicia; VILLASANTE, Olga - “La asistencia al enfermo mental” de Luis Valenciano: la profesionalización del cuidado al enfermo mental durante la Segunda República Española. *Cultura de los Cuidados* (Ed digital). 20:44 (2016) 51-62.

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, Alfonso - Cambio en la noción de la locura. *El Hospital de los Inocentes de Valencia. Cultura de los cuidados* (Ed digital). 19, 41 (2015) 106-113.

SILES GONZÁLEZ, José, et al - “De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental”. *Cultura de los cuidados*. 5:9 (2001) 27-33.

VILLASANTE, Olga - El Manual del enfermero en los manicomios (1909) de Vicente Goyanes: preludeo de la formación en enfermería psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 35:126 (2015) 403-419.



Desenho do Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa

UM CASO DO ARQUIVO DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA: A COMPLEXIDADE DO PROCESSO DE P.A. (1908-1910)

Inês Pinto da Cruz

Investigadora Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX
da Universidade de Coimbra-CEIS20

Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de
Coimbra

Email:inespcruz77@gmail.com

Resumo

Esta comunicação resulta de uma investigação feita no âmbito da tese de doutoramento “História da Psiquiatria Forense em Portugal (1884-1926): a consistente originalidade de Júlio de Matos”. Pretende-se dar a conhecer o caso de P.A., indivíduo do sexo masculino que, entre 3 de junho e 7 de dezembro de 1909, foi submetido a exame mental pelos peritos nomeados pelo juiz da comarca do Fundão, em virtude de ter assassinado o seu tio um ano antes e manifestar sintomas de alienação mental. Através do procedimento deste caso, procurar-se-á retratar a complexidade inerente à Psiquiatria Forense, pois por não ter havido consenso entre os três médicos comarcãos quanto ao diagnóstico de P.A., vigorando a opinião de apenas dois, foi interposto um recurso pelo seu advogado, de modo a que este fosse examinado pelo Conselho Médico-Legal da circunscrição de Coimbra, no sentido do apuramento da sua responsabilidade criminal.

Palavras-chave: Psiquiatria Forense; Conselho Médico-Legal; exame mental; P.A.; responsabilidade criminal

Abstract

This paper is based on a research that took place in the scope of the doctorate thesis “History of Forensic Psychiatry in Portugal (1884-1926): the consistent originality of Júlio de Matos”. It focuses on the case of P.A., a man who, between 3rd June and 7th December 1909, underwent a mental examination by the medical experts appointed by the Judge of the Fundão district, for having murdered his uncle a year before and manifested symptoms of insanity. Through the procedure of this case, we will try to portray the complexity inherent to Forensic Psychiatry, once there was no consensus among the three doctors in what concerns to P.A. diagnosis. Therefore, an appeal was filed by P.A.’s lawyer, so he could be examined by the Medical Legal Council of the district of Coimbra, in order to establish his criminal responsibility.

Discussão¹

A 3 de agosto de 1908, quando tinha 27 anos, P.A. assassinou o seu tio, Conde de Tondela, em casa do próprio, na Aldeia Nova do Cabo, concelho do Fundão.²

P.A. tinha-se formado em Direito na Universidade de Coimbra cerca de duas semanas antes do assassinato, a 21 de julho de 1908, havendo, por isso, comunicado a boa nova ao seu tio, que se mostrara bastante agradado.³

¹Os nomes do intervenientes deste processo, ou seja, o examinado e as pessoas com quem este se relacionava, são indicados apenas pelas letras iniciais, de modo a preservar a sua identidade, por uma questão ética.

² *Vide* “6ª Consulta. Recurso por parte do patrono do reu bacharel P.A., requisitado em officio de 13 de dezembro de 1909 pelo juiz de direito da comarca do Fundão”, *in* Pareceres e Consultas de Advogados. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Livro 10, 1901-1912, folha 37.

³ *Vide ibidem*.

O novo Bacharel chegou a casa do Conde na manhã do dia 23 de julho, onde permaneceu até ao dia do crime. Os dias do recém-graduado académico desenrolaram-se numa aparente tranquilidade, acompanhando o tio nos serões. A noite de 2 de agosto de 1908 não fora exceção, pelo que a reunião familiar se havia desenrolado como habitualmente. Porém, o Conde de Tondela manifestou uma má disposição física, tendo até rejeitado a ceia. Quando o sobrinho se sentou à mesa da sala de jantar, questionou M., uma das irmãs do capelão, que o servia, sobre como e onde se encontrava o tio, obtendo a informação de que aquele se tinha ido deitar. Procuraram então inteirar-se do estado de saúde do Conde, mas ao chegar à porta do quarto, o jovem apercebeu-se que o tio afinal se encontrava envolvido sexualmente com a outra irmã do capelão, B., de 24 anos.¹

P.A. ficou surpreendido com o que viu, mas nada comentou com M., optando antes por ir junto do capelão e pedindo-lhe para que, no dia seguinte, bem cedo, pudesse ter uma conversa com ele. Conforme o combinado, o Bacharel veio-lhe confidenciar que o tio havia desonrado a sua irmã, tendo obviamente provocado um melindre intenso no padre.²

Nesse mesmo dia, data do crime, o Conde foi ter com o sobrinho ao quarto e, havendo ele abordado o assunto ocorrido, o tio reagiu iradamente neste tom: “não admitto imposições; ponha-se para fora da minha casa”³. Perante esta reação, P.A. pegou na espingarda e vociferou: “é preciso casar, ou eu mato-o”⁴. Mas o Conde virou-lhe as costas, sem dar importância ao comentário proferido, saindo do quarto para o vestíbulo, onde então P.A. disparou sobre ele, ferindo-o levemente. Perante esta investida, a vítima tentou fugir. Porém, o atirador empunhou um revólver e saiu obstinadamente em perseguição do primeiro, disparando uma vez mais sobre o Conde e, segundo consta no relatório do processo, “acertando-lhe com uma bala na região cervical esquerda, a qual entrou na cavidade craneana e fez lacerações mortaes”⁵.

O conde de Tondela foi então encontrado morto com as mãos enclavinadas, o que levou os peritos a concluir que terá perecido em atitude de súplica, diante do seu assassino, o qual, após ter morto o tio, tentou suicidar-se, disparando um tiro na cabeça.⁶

P.A. foi transportado, já às portas da morte, para o Hospital de S. José, onde permaneceu internado até 30 de maio de 1909, acabando por sobreviver, tendo então sido submetido a exame mental pelos peritos nomeados pelo juiz da comarca do Fundão⁷, entre 3 de junho e 7 de dezembro do referido ano. Ao ser questionado sobre o homicídio, lembrava-se de disparar com a espingarda, depois com o revólver, mas não se recordava quantas vezes teria disparado. Tinha memória de voltar o revólver para si próprio, mas já não sabia indicar em que sítio da casa teria o Conde caído mortalmente.⁸

À medida que o tempo foi passando, as recordações do homicida iam-se esbatendo cada vez mais. Em janeiro de 1909, ainda no Hospital de S. José, chegou mesmo a ser interrogado por Miguel Bombarda e já nem se lembrava sequer de ter disparado, recordando-se apenas de ter pegado na espingarda.⁹

Um dia, o réu recebeu a visita de um dos seus irmãos no hospital e contou-lhe que, no dia anterior, havia também sido visitado pelo falecido tio. O irmão do assassino retorquiu que o tio de ambos estava morto e fora assassinado pelo punho daquele. Os peritos comarcãos contam no relatório do exame mental de P.A. que, perante este confronto, num primeiro momento, o homem ficou incrédulo, ainda que logo oscilasse na transição emotiva: “Não

¹ *Vide ibidem*, folhas 38 e 39.

² *Vide ibidem*, folha 39.

³ *Ibidem*, folha 41.

⁴ *Ibidem*, folha 41.

⁵ *Ibidem*, folha 38.

⁶ *Vide ibidem*.

⁷ O juiz nomeou Fernando d’Almeida e Pedro de Campos. Cf. *Ibidem*, folha 15.

⁸ *Vide ibidem*, folhas 41 e 55.

⁹ *Vide ibidem*, folha 42.

quiz acreditar! Mas depois, pelo que se tem passado e pelos sitios por onde tem andado, reconheceu que é verdade. E tem alguma pena, diz. (...) Porem, logo a seguir, sem transição de sentimentos, passa a outro assumpto, (...) desprendido do gravissimo problema, em que está envolvido”¹.

A reflexão dos peritos nomeados para examinar P.A. começou exatamente por este episódio da visita do irmão do réu, em que constataram não haver indícios de remorsos, relatando que a ausência de arrependimento era perfeitamente compreensível aqui, devido ao quadro de amnésia apresentada pelo examinado, que havia sofrido um traumatismo bastante violento ao tentar suicidar-se, tendo, por isso, sido transportado para o Hospital de S. José e entregue á assistência de Augusto de Almeida Monjardino (1871-1941)². Note-se que já nessa instituição de saúde, sofrera a alucinação de ter sido visitado por oficiais de uma esquadra inglesa, ancorada no Tejo.

Perante este cenário, pode ler-se no relatório dos médicos da comarca as seguintes interrogações: “Seria tudo isto effeito daquelle abalo traumatico? Haverá no passado deste accusado alguns signaes de desordem psychica com que viessem conjugar-se os effeitos do traumatismo? A pergunta é inteiramente judiciosa. Quem é, então, este rapaz”³?

Através dos documentos analisados referentes a este caso, é possível apurar que P.A. tinha sido uma criança difícil e indisciplinada, manifestando ataques de fúria, acompanhados às vezes, por crises de sonambulismo e alguns episódios de origem epilética. A certa altura da sua adolescência frequentara, em regime de internato, o Colégio de S. Fiel, de onde acabou por ser expulso, entrando depois no Colégio Militar, permanecendo aí dois anos, durante os quais, na narrativa dos peritos, “o seu feitio começa a accentuar-se ainda mais nitidamente, como indisciplinado, irreverente e vaidoso”⁴.

Após sair do Colégio Militar, P.A. esteve ainda um tempo em Évora a estudar, porém, novo episódio tumultuoso marcou a sua vida, após uma agressão ao filho de um professor, na sequência de um ataque de fúria; voltou para casa, acompanhado de um atestado médico, onde era explícito que sofria de uma doença mental. Ainda assim, de Évora, acabou por vir matricular-se em Coimbra, onde demorou oito anos a concluir o bacharelato em Direito. Nesta fase, evidencia o relatório psiquiátrico, “os incidentes ruidosos da sua vida são numerosos e o seu character, com o progresso da idade, mostrou-se constituido, alterando frequentemente o estado de seu espirito, ora alagado em crises de prazer radioso, ora mergulhado em crises de tristeza angustiosa”⁵.

Os médicos que observaram o arguido descreveram-no como fantasioso, planeando acontecimentos futuros, recheados de incoerências e intermitências, tal como um casamento com alguém de posses, seguir a magistratura, quiçá entrar na política, ser deputado, ou então seguir a carreira diplomática. Outras vezes, apenas ponderava dedicar-se à agricultura. Contudo, havia alturas em que um certo negativismo se apoderava da sua pessoa, questionando o que fazer se tudo falhasse e lhe corresse mal, apresentando como solução o suicídio, gravitando sempre em torno do ato de matar ou matar-se, como meio de resolver dadas questões, ou escapar de determinadas situações, pelo que, no relatório

¹ *Ibidem*, folha 42.

² Formado em 1899 pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, desempenhou cargos como o de demonstrador da Secção Cirúrgica dessa Escola, cirurgião assistente no Hospital de S. José, inspetor de Higiene Hospitalar, diretor da Maternidade Alfredo da Costa, presidente da Sociedade Portuguesa de Ciências Médicas, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, reitor da Universidade de Lisboa. deputado da Assembleia Nacional Constituinte (1911) e senador do Congresso da República (1911-1915). Cf. <http://www.ihc.fcsh.unl.pt/pt/recursos/biografias/item/4365-monjardino-augusto-de-almeida1871-1941>

³ “6ª Consulta. Recurso por parte do patrono do reu bacharel P.A., requisitado em officio de 13 de dezembro de 1909 pelo juiz de direito da comarca do Fundão”, *in* Pareceres e Consultas de Advogados. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Livro 10, 1901-1912, folha 42.

⁴ *Ibidem*, folha 43.

⁵ *Ibidem*, folhas 45 e 46.

dos peritos comarcãos pode ler-se esta apreciação: “a pobreza inibitoria deste cerebro chega por vezes a ser extraordinaria”¹.

O juiz da comarca do Fundão acabou por ter de nomear um terceiro perito² para examinar P.A., tendo este o papel de desempate, em virtude de divergência de opiniões por parte dos dois médicos originalmente nomeados para conduzir o exame do réu, procedimento esse, que tinha por base o enunciado no artigo 10^{o3} da Lei de 3 de abril de 1896.

Assim, dois dos peritos, Fernando d’Almeida e o perito nomeado para desempatar, adotaram uma posição eclética, que não correspondia nem a um quadro de alienação completa do arguido, nem a um cenário de total responsabilidade pelo ato cometido. Na opinião destes, o acusado era um semialienado, tanto no momento do crime, como posteriormente. Já no entender do outro perito, Pedro de Campos, o arguido sofria de uma psicopatia congénita, permanente e incurável, sendo ainda da opinião que tal enfermidade mental se combinava com uma psicose degenerativa e com um quadro de epilepsia, declarando o diagnóstico de «debilidade mental pré-existente e congénita», psicopatia insuscetível de intervalos lúcidos.⁴

Uma vez então que havia duas opiniões por parte dos peritos comarcãos, mas que uma delas prevalecia, estes consideraram, perante o juiz, que o réu não era «um louco», nem o era na altura em que assassinou o tio, mas, com o propósito de uma análise rigorosa, não poderiam deixar de apontar a existência de uma “tara degenerativa do arguido”⁵.

Perante estas considerações dos peritos, o advogado do réu, Francisco Joaquim Fernando fundamentou um recurso para o Conselho Médico-legal da circunscrição de Coimbra, de acordo com os artigos 61^{o6} e 64^{o7} do decreto de 16 de novembro de 1899, que regulava os Serviços Médico-Legais, apoiando-se nos disposto nos artigos 70^{o8} e 71^{o9} do mesmo diploma.

Nessa fundamentação, o advogado de P.A. começou por questionar a legitimidade das conclusões dos dois peritos, que haviam votado pela semialienação do arguido perante a lei penal e que influência exerceriam sobre a responsabilidade. Com efeito, os referidos peritos afirmavam que o réu teria um tipo de responsabilidade atenuada, por não ter sido completamente responsável ou totalmente irresponsável, declarando ainda, que a verdade

¹ *Ibidem*, folha 47.

² Dr. Chorão. Cf. *Ibidem*, folha 15.

³ “No auto de exame deverão intervir dois peritos de entre o pessoal clinico do estabelecimento, mas, se houver um só, ou se as declarações dos dois não forem conformes, o juiz que tiver de presidir ao acto ordenará que se escolha e notifique outro perito de entre os medicos que se distingam pelos seus conhecimentos de molestias mentaes”, *In Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1896*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897, p. 139 e 140.

⁴ *Vide* 6^a Consulta. Recurso por parte do patrono do reu bacharel Pedro d’Aragão, levado ao Conselho medico-legal de Coimbra pelo advogado Dr. Francisco Joaquim Fernando, lente da Faculdade de Direito” *in* Pareceres e Consultas de Advogados. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Livro 10, 1901-1912, folha 15.

⁵ *Ibidem*, folha 16.

⁶ “Dos exames, que não forem feitos pelos feitos pelos conselhos medico-legaes, cabe recurso para o conselho medico-legal da respetiva circumscripção”. Artigo 61^o da Secção IV (“Recursos e Consultas”) do Decreto de 16 de novembro de 1899. *In Collecção Official de Legislação Portuguesa – Anno de 1899*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p.715.

⁷ “A interposição do recurso será feita em requerimento fundamentado”. Artigo 64^o da Secção IV (“Recursos e Consultas”) do Decreto de 16 de novembro de 1899. *In Ibidem*.

⁸ “Quando os fundamentos do recurso assentarem na falta de legitimidade das conclusões dos peritos, o conselho lavrará parecer, confirmando ou invalidando a legitimidade d’essas conclusões, em face dos factos apontados no relatorio”. Artigo 70^o da Secção IV (“Recursos e Consultas”) do Decreto de 16 de novembro de 1899. *In Ibidem*.

⁹ “Se os fundamentos do recurso assentarem nas deficiencias ou irregularidades da observação directa, no exame pericial, o conselho, verificada a procedencia do recurso, deverá decidir-se pela repetição do exame, sendo possível, ou pelo simples preenchimento das lacunas, sem que, por esse novo serviço, tenham direito a remuneração alguma”. Artigo 71^o da Secção IV (“Recursos e Consultas”) do Decreto de 16 de novembro de 1899. *In Ibidem*.

não ficaria íntegra se se isentassem de apontar a circunstância atenuante da tara degenerativa do examinado. Para sustentar a sua linha de pensamento e argumentação, o advogado de P.A. referiu no seu recurso, o livro de Lopes Vieira, *Medicina judiciaria e pericial: jurisprudencia medica*, transcrevendo inclusivamente os seguintes parágrafos, que só por si, ele considerava suficientes para que os dois peritos percebessem não ser lícito enveredarem pela responsabilidade atenuada, nem pelo caminho da atenuante da tara degenerativa:

“(...) ha muitos individuos que sem serem loucos propriamente (...), não chegam todavia a ser bem equilibrados e de bôa razão e são juízo, vemos que não reconheceu taes gradações o cod. penal portuguez. Para este só ha ou loucos irresponsaveis – ou pessoas ajuizadas e conscientes.(...) Assim os peritos é que haverão que reduzir todos os casos observados a uma das duas indicadas especies; tendo para as formas mentaes indeterminadas o reconhecimento e o diagnostico da fraqueza de espirito, que incluimos na classificação (...) das fórmias de alienação mental”¹.

“E mais ou menos louco, não importa para o effeito da responsabilidade criminal, porque a lei não faz semelhante distribuição; e mais ou menos loucura, tendo é loucura”².

Para rematar o seu raciocínio, Francisco Joaquim Fernando redigiu no seu pedido de recurso que o parecer dos Drs. Chorão e Fernando d’Almeida não se harmonizava com a lei penal portuguesa da época, sendo necessário considerar, para efeitos legais, o reconhecimento ou não da «loucura» ao indivíduo, pelo que assim se verificava falta de legitimidade na conclusão dos peritos.³

A divergência clínica dos médicos comarcãos presente no relatório elaborado e datado de 7 de dezembro de 1909, levou a que o delegado do procurador régio do Fundão, Dr. João António Cardoso, formulasse um recurso para o Conselho Médico-legal, à semelhança do advogado de P.A., que apresentou o seu requerimento no dia 13 do mesmo mês. Deste modo, foram tomadas as diligências necessárias e no dia 27 de dezembro de 1909, o réu foi conduzido à Cadeia de Coimbra, tendo dado entrada, dois dias depois, nos Hospitais da Universidade, sob prisão por doença, ainda que esta fosse devida a uma conjuntivite no olho direito. A 27 de janeiro de 1910 foi iniciada a sua observação pelo Conselho Médico-legal, passando então P. A. a ser examinado em meio hospitalar, com vista à resolução dos recursos interpostos.⁴

Por forma a desempenhar o melhor possível a sua missão, o Conselho Médico-legal recorreu ao estudo do exame feito pelos peritos comarcãos, bem como aos oito volumes do processo do arguido, analisando numerosos dados, e ainda a interpretação clínica por eles concebida. Nesta perspectiva, pode ler-se no relatório que os médicos do Conselho eram da opinião que, quer pelo seu passado pessoal, como também pelo ancestral⁵, quer ainda pelo estudo do seu estado psicológico à época do exame mental, P.A. sofreria de «debilidade mental em fundo epileptoide».⁶

¹ VIEIRA, Adriano Xavier Lopes – *Medicina judiciaria e pericial: jurisprudencia medica*. Coimbra, Imprensa da Universidade, 1908, p. 656.

² *Idem, ibidem*, p. 732.

³ *Vide* “6ª Consulta. Recurso por parte do patrono do reu bacharel Pedro d’Aragão, levado ao Conselho medico-legal de Coimbra pelo advogado Dr. Francisco Joaquim Fernando, lente da Faculdade de Direito” *in* Pareceres e Consultas de Advogados. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Livro 10, 1901-1912, folhas 16 e 17.

⁴ *Vide Ibidem*, folha 56.

⁵ O pai de P.A. era epilético e a mãe tinha antecedentes familiares com manifestações psicopáticas, sendo que o tio-avô materno do réu, sofria de delírio persecutório.

⁶ *Vide* “Relatório e parecer sobre o estado mental de P.A.” *in* Pareceres e Consultas de Advogados. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Livro 10, 1901-1912, folha 55.

No relatório, o Conselho Médico-Legal chama à atenção para o espírito contraditório do examinado, o qual se poderia observar nas próprias circunstâncias do crime, ao querer reparar uma situação com o assassinato do tio, aquando do primeiro diálogo sobre o assunto. Por outro lado, os médicos mantiveram o fundamento de se ter em conta que o P.A. submetido a exame não era a mesma pessoa que havia cometido o crime, uma vez que este tinha tentado suicidar-se após o delito com um tiro na cabeça, cuja bala permanecia no seu cérebro. E que se ele já sofreria de alienação à altura do delito, após o mesmo, a sua condição piorara substancialmente, com a sua irrigação cerebral alterada, desencadeando-lhe ataques epiléticos e episódios alucinatórios.¹

Em 21 de abril de 1910, o Conselho Médico-legal, composto por António de Pádua (médico alienista), José de Matos Sobral Cid (lente de Medicina Legal e diretor da Morgue de Coimbra) e Aníbal Ferreira da Costa Maia (médico antropologista), aprovou então, por unanimidade, para a discussão dos assuntos interpostos e como síntese do seu parecer, as seguintes conclusões:

- a)“O arguido é um doente que sofre de debilidade mental, e com a maxima probabilidade tambem de epilepsia;
- b)Por este motivo o arguido não é responsavel pelo crime que praticou;
- c)E, como é um doente permanentemente perigoso para si e para os outros;
- d)Deve ser internado num hospital de alienados”².

Conclusão

Através do processo de P.A., constituído por oito volumes, podemos perceber a complexidade inerente ao apuramento da responsabilidade criminal de um réu em contexto de suspeita de alienação mental, sobretudo em situação de divergência de opinião por parte dos peritos. É, de facto, uma questão complexa, na medida em que se aborda a possível contribuição dos transtornos psiquiátricos para manifestação de um comportamento violento, procurando-se todavia uma identificação precoce de tais transtornos mentais e alertando-se, ao mesmo tempo, para outros possíveis fatores de risco.

Fontes e bibliografia final

Collecção Official de Legislação Portugueza – Anno de 1896. Lisboa: Imprensa Nacional, 1897, p. 139-141.

Collecção Official de Legislação Portugueza – Anno de 1899. Lisboa: Imprensa Nacional, 1900, p. 711-717.

Pareceres e Consultas de Advogados. Instituto de Medicina Legal de Coimbra, Livro 10, 1901-1912, folha 15-56.

VIEIRA, Adriano Xavier Lopes – Medicina judiciaria e pericial: jurisprudencia medica. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1908.

¹ *Vide Ibidem*, folhas 55 e 56.

² *Ibidem*, folha 56.

JOSÉ JÚLIO DA COSTA: PSICOPATOLOGIA NO MAGNICÍDIO?

Nuno Borja Santos¹; Luís Afonso Fernandes²; Mário Santos²
Hospital Fernando Fonseca

¹Médico, chefe de internamento do Serviço de Psiquiatria

²Médico, interno de Psiquiatria

Email: n.borja.santos@gmail.com;lafonsocunha@gmail.com;marioj.g santos91@gmail.com

Resumo

Após uma breve nota histórica sobre a biografia de José Júlio da Costa, é feita, seguindo as referências históricas habituais, uma resenha dos acontecimentos relatados que, segundo a maioria das fontes, levaram ao assassinato de Sidónio Pais. Esta é depois comparada com as notas clínicas e forenses relativas ao internamento de José Júlio da Costa no Hospital Miguel Bombarda, durante as admissões aí registadas (março a outubro de 1921 e 1927 a 1946), apurando-se nesse plano, algumas discrepâncias, nomeadamente sobre a eventual importância de conflitos laborais na sua terra natal. De acordo com estes registos, será ainda discutido o diagnóstico psiquiátrico do homicida e a sua imputabilidade enquanto tal.

Palavras-chave: Psicopatologia; Primeira República; Sidónio Pais; José Júlio da Costa; Hospital Miguel Bombarda.

Abstract

After a brief historical note on the biography of José Júlio da Costa, a review of the events reported that, according to most sources, led to the murder of Sidónio Pais was made, following the usual historical references. This review is then compared with the clinical and forensic notes regarding the hospitalization of José Júlio da Costa at the Hospital Miguel Bombarda, during the registered admissions (March to October 1921 and 1927 to 1946). In doing so, some discrepancies came to light, including the possible importance of labour disputes in Costa's hometown. According to these records, the psychiatric diagnosis of the murderer and his imputability as such will also be discussed.

Introdução

José Júlio da Costa nasceu a 14 de outubro de 1893, em Garvão, Ourique e morreu a 16 de março de 1946, em Lisboa. A 14 de dezembro de 1918, assassinou Sidónio Pais, Presidente da República, um ano após este ter tomado o poder pela força e instituído um regime presidencialista musculado. Detido no Estabelecimento Prisional de Lisboa, foi avaliado pericialmente, em fevereiro de 1921, concluindo-se pela sua imputabilidade. Porém, em Março do mesmo ano, é admitido no Hospital Miguel Bombarda, donde escapou em Outubro de 1921, sendo reinternado em 1927, até à sua morte, em 1946.

Foi objecto desta investigação (apenas debruçada sobre a vertente médico-psiquiátrica), esclarecer se, à data do crime, estava José Júlio da Costa mentalmente doente, por que motivo foi internado em estabelecimento psiquiátrico quarenta dias depois de ser considerado imputável e porque nunca foi julgado.

Discussão

José Júlio da Costa era oriundo de uma família de proprietários razoavelmente abastados. Cumpriu serviço militar como voluntário, entre 1910 e 1914, participando no 5 de outubro e em várias ações militares nas colónias, recebendo um louvor. Ainda neste ano, tenta realistar-se, como voluntário, junto da embaixada francesa em Lisboa, para combater na Primeira Guerra Mundial, mas é recusado. Casa e não tem filhos. Em 1916 abandona o Exército.

A História contada

Abordaremos agora as versões mais difundidas sobre José Júlio da Costa e os acontecimentos relacionados com o assassinio do Chefe de Estado de então, Sidónio Pais. Em 1918, teria estalado um conflito laboral entre os trabalhadores rurais de Vale de Santiago, concelho de Odemira e o Governo. José Júlio da Costa, terá tentado intermediá-lo, tentando um acordo entre os primeiros (de tendência anarquista) e as autoridades. Não o conseguindo por intransigência destas, teria planeado, então por vingança, o assassinato de Sidónio Pais. A 12 de Dezembro de 1918, terá escrito uma carta a um amigo anunciando este propósito, não deixando, no entanto, de haver à época relatos em Garvão, de que teria sido escolhido à sorte entre um grupo de possíveis perpetradores do atentado. Parece que nas vésperas de vir para Lisboa terá dado dois jantares-comício em Garvão, em que proclamou a sua oposição a Sidónio.

De qualquer forma, já em Lisboa no dia 14 de dezembro, após jantar no restaurante Silva, no Chiado e de supostamente escrever uma carta ao grão-mestre da Maçonaria, em que apenas se mostraria empenhado no combate político ao sidonismo (conjectura que alimentou a polémica acerca da sua filiação maçónica), dirige-se à estação ferroviária do Rossio, onde o Presidente deveria embarcar para o Porto. Terá aguardado pacientemente a sua chegada, sentado num banco público (segundo a maioria dos relatos, no piso superior), vestido com um capote alentejano que ajudava a dissimular a arma que trazia. À entrada do Presidente na zona das plataformas, dele se aproximou e desferiu dois tiros, o último dos quais fatal, no tórax.

Tendo-se seguido uma refrega com a Polícia, em que se envolveram vários populares, José Júlio da Costa foi preso de imediato, embora nas primeiras horas tenha sido apenas tomado como cúmplice e a autoria material atribuída a outro dos detidos, conforme se pode ler na edição do dia seguinte do “Diário de Notícias”. A 10 de fevereiro de 1921 foi sujeito a um exame pericial que o considerou imputável (tinha até o julgamento já marcado para 31 de março seguinte). No entanto, seria um médico prisional, António Mendonça Boavida, a 5 de março, a aconselhar o seu internamento. Assim, 39 dias depois do exame pericial que o considerou imputável, a 21 de março de 1921, transitou para o Hospital Miguel Bombarda. Nunca chegaria a ser julgado e seria levado do hospital, em 19 de outubro de 1921, por um comité revolucionário armado, na sequência dos acontecimentos da “Noite Sangrenta” em Lisboa, em que há várias execuções, algumas na via pública, de figuras ligadas ao sidonismo, como Machado Santos. Não havendo notícias sobre o seu paradeiro nos anos seguintes, é detectado, em Matosinhos, numa pensão, em 1927 (tinha já caído a 1ª República), na sequência dos aturados esforços de um anónimo sidonista de Lisboa, que se propusera a encontrá-lo. Trazido de comboio para Lisboa pelas autoridades, chama a atenção dos populares, à saída da estação de Entrecampos, pelo seu ar indigente, mas extravagante. Levado mais uma vez para o Estabelecimento Prisional de Lisboa (EPL), daí transita novamente para o Hospital Miguel Bombarda, onde permanecerá mais 19 anos, até à sua morte. Nunca foi alvo de qualquer julgamento.

A História investigada

Passamos agora a referir a história do assassinio e das eventuais condições psicopatológicas do seu autor, tal como o podemos inferir do processo clínico de José Júlio da Costa. Este, ainda no EPL, em 10 de fevereiro de 1921 é submetido a um exame médico-legal para avaliação da sua imputabilidade, sendo provável ter sido pedido por existirem indícios de doença mental. Os autores são Júlio de Matos, Sobral Cid e Caetano Beirão que concluem pela sua imputabilidade, afirmando, no relatório, não lhe ter sido detectada qualquer doença mental; que o seu acto homicida vinha na sequência do seu ideário político anti-sidonista que, ainda que verbalizado de forma pouco correcta dada a sua pouca instrução, não tinha as características psicopatológicas de ideia fixa e que não obedecera a um impulso, já que mostrara ter seguido um plano rigoroso, por si pré-determinado (relatarem, porém, que o arguido admitiu ter repensado a sua acção no próprio dia, uma vez que ainda se dirigiu ao Palácio de Belém para tentar falar com Sidónio Pais e que sabendo da sua ausência e da sua ida para o Porto, decidira então avançar para a estação do Rossio). Nos seus antecedentes médico-cirúrgicos, não deixam de referir, todavia, um traumatismo craniano na infância (em idade não revelada), provocado por um coice de um animal. Não se diz igualmente, se houve lugar a sintomatologia neurológica subsequente. Na história pessoal, acentua-se alguns comportamentos anti-sociais já na adultícia jovem, com um episódio envolvendo arma de fogo na sua terra natal, bem como outro, provocando disparos sobre os próprios camaradas durante a guerra (“pretos que roubavam material de guerra”, segundo as palavras do requerido). Sublinham também a “baixeza” da sua conduta moral, também surgida nos últimos anos, que o levava a frequentar prostíbulos e a desprezar a família. Crêem os peritos estar na presença de um homem que é produto da anarquia mental das sociedades da época (na linha, aliás, do pensamento positivista de Júlio de Matos). Curiosamente, não há qualquer referência, da parte de José Júlio da Costa, ao tão propalado episódio da tentativa de conciliação dos trabalhadores rurais com o Governo.

Contudo, trinta e nove dias depois, a 21 de Março do mesmo ano, dá entrada no Hospital Miguel Bombarda, apresentando-se a “necessidade de efectuar um exame médico-legal” como motivo de internamento e por ordem de um juiz. É colocado na 8ª enfermaria, destinada aos doentes com problemática forense. Na observação clínica, são referidos os desmandos de conduta que pratica na cela, que tratou um enfermeiro por “Sidónio” e que falou secamente à mulher durante a visita, recusando a de mais membros da sua família. À pergunta “Como tem passado?” respondeu com uma associação por consonância: “Assim, assim, com pós de perlimpimpim”. Confabulou ter estado em várias colónias portuguesas e no Vietname. Como projectos de futuro, terá referido ascender ao generalato, comandar tropas a cavalo de espada desembainhada, juntar a América e a Rússia contra o Oriente, ser o Kaiser de Portugal e combater os espanhóis de modo a que a Península Ibérica ficasse apenas para ele. Conta ainda que em sua casa entraram o Kaiser e o Papa, ameaçando “rebentar com tudo”. Queixa-se de Liberato Pinto¹ ter cercado a sua casa com metralhadoras.

A sua alta, assinada a 21 de Outubro de 1921, refere que dois dias antes, fora levado do hospital por um grupo de revolucionários civis.

Quando regressa ao hospital, em 1927, refere-se que fica internado por, no decurso da sua primeira prisão, lhe terem sido detectadas perturbações mentais que justificavam o internamento. Na sua observação psicopatológica é descrita vasta sintomatologia apontando para uma deterioração acentuada: contacto distónico, riso imotivado, mutismo de iniciativa, respostas ao lado, fusão de conceitos, associações por consonância, atenção não fixável, estereotípias, maneirismos, andar de autómato, negativismo, indiferença

¹ Militar e político simpatizante do Partido Democrático, em que José Júlio da Costa também se revia, sendo que o facto de achar-se por ele perseguido mostra a não sistematização do seu pensamento delirante.

afectiva e recusa alimentar intermitente. Contudo, não são apuradas alucinações. O diagnóstico da alta, aquando da sua morte, dezanove anos depois, é de “esquizodemência catatónica”, o que não é incompatível com o testemunho de um velho enfermeiro que assistiu o doente nos últimos meses de vida e que ainda conhecemos.

Dados mais relevantes

Os dados recolhidos permitem algumas pistas em termos das motivações de José Júlio da Costa em relação ao homicídio de Sidónio Pais.

Em primeiro lugar, não surge no seu exame pericial qualquer alusão ao muito propalado facto de José Júlio da Costa se sentir despeitado por ter sido desprezada uma eventual mediação sua, num conflito laboral entre camponeses e o Governo. Não há também qualquer confissão de filiação maçónica ou de o crime ter sido praticado em conluio.

Em segundo lugar, a anamnese recolhida pelos peritos no decorrer do exame médico-legal de fevereiro de 1921, mostra que as suas motivações eram político-ideológicas, expressas de forma culturalmente aceite para a época, sem qualquer bizarria ou particularidade pessoal, características frequentes nos delírios. Estranha é, contudo, a estreiteza temporal – cerca de 40 dias – com que surge uma descompensação psicótica que seria o episódio inaugural de uma esquizofrenia (embora o motivo de internamento seja a realização de um exame pericial, é provável que este fosse justificado por já haver indícios de estar mentalmente doente). De facto, as observações das duas admissões (1921 e 1927) não deixam dúvidas a respeito deste diagnóstico, sendo, no entanto, provável que no primeiro episódio, tivesse ocorrido um início relativamente súbito de sintomatologia psicótica, após um período prodrómico prolongado. Porém, se repararmos atentamente na história clínica, há indícios de que José Júlio da Costa, nos últimos anos, mostraria já, algumas alterações na sua personalidade: alguns comportamentos anti-sociais, como dois episódios de delito comum à mão armada, promiscuidade sexual e desprezo pela família, tipo de sintomas prodrómicos descrito nalguns casos de esquizofrenia precedidas de traumatismo crânio-encefálico. Não temos, é certo, ao nosso dispor, uma descrição da sua personalidade pré-mórbida. Contudo, os termos em que são descritos estes factos pelos médicos, socorrendo-se, também, de um testemunho da mulher do arguido, denotam surpresa, provavelmente radicada numa alteração do seu perfil psicológico. No entanto, cabe realçar que estas alterações da personalidade não são incompatíveis com a preparação cuidada do atentado, como aliás se veio a verificar, nem indicadores de inimizabilidade. De facto, preparou-se com alguns dias de antecedência, documentando-se sobre a viagem que o Presidente faria ao Porto e por ele esperou pacientemente, sentado num banco da estação com a arma escondida no capote alentejano. Quanto ao traumatismo craniano na infância, causado por um coice de um animal, é verdade que a idade não é determinada com exactidão. Sabemos, no entanto, que as psicoses estão directamente relacionadas com os traumatismos crânio-encefálicos, isto é, estes são mais frequentes no passado médico destes doentes, do que na população em geral. Sabemos ainda que a violência associada à esquizofrenia está também directamente relacionada com a ocorrência pretérita de um traumatismo crânio-encefálico e que aquela é tanto mais grave quanto mais precoce este for no desenvolvimento cerebral, sendo que é de maior importância este factor, do que a severidade do trauma. Alguns estudos concluem também pela maior predominância de sintomas positivos, o que era patente no primeiro internamento. Não é, aliás, descabido pensar-se até nesse primeiro episódio como correspondendo a uma fase de parafrenia fantástica, frequentemente prenunciadora de evolução para esquizofrenia, como foi o caso, dada a natureza assombrosa e desagregada do delírio (quer ser Kaiser mas, ao mesmo tempo, sente-se por este perseguido, bem como por um correligionário, Liberato Pinto), a presença de

confabulações e as alterações do discurso (associação por consonância), reveladoras de uma eventual relação secundária do humor. O facto de o início dos comportamentos violentos ocorrer muito depois do traumatismo, está também descrito. Aliás, em relação ao comportamento violento dos esquizofrénicos, três fenótipos foram identificados: aquele em que o início da violência é já na infância e se mantém após o início da doença; aquele em que o início da doença e da violência coincidem; aquele em que a violência só aparece muito tempo após o início da doença. Um estudo também revela a existência de uma relação entre o traumatismo crânio-encefálico na infância e a tendência futura para a criminalidade, independentemente da presença de um diagnóstico de esquizofrenia ou outra psicose.

Interessante é o facto de no exame médico-legal, os peritos terem desvalorizado os sintomas prodrómicos, tendo-os integrado “em influências malignas da sociedade”, o que pode estar de acordo com o facto de pelo menos um deles (Júlio de Matos, que provavelmente tinha um ascendente sobre os outros) ser ainda pouco influenciados pelo pensamento de Kraepelin e Bleuler. Recorde-se que o termo “esquizofrenia” tinha surgido 10 anos antes (1911) e que o seu conceito, com a designação de “demência precoce”, tinha pouco mais de vinte anos. Pelo contrário, Sobral Cid (à época com 43 anos), viria a revelar-se como o primeiro grande psiquiatra português influenciado pelo pensamento kraepeliniano.

Em termos médicos, a única explicação possível para que nunca tenha sido julgado é o facto do seu estado mental não o permitir, sendo que no processo clínico não encontramos para tal qualquer documento explicativo que, a existir, poderia constar de um novo exame pericial que atestasse uma eventual inimputabilidade ou, a improcedência do julgamento dada a evolução clínica com a consequente dissolução da personalidade. Recorde-se que um procedimento semelhante sucedeu com o assassino de Miguel Bombarda, também doente mental, que internado para sempre em instituição psiquiátrica, nunca foi alvo de qualquer exame pericial nem de julgamento. Em termos médico-legais, permanece ainda hoje o debate sobre se alguém que cometeu um crime em clareza de consciência e em situação de livre-arbítrio deve ser julgado ou condenado a cumprir pena, se aquando da comparência em tribunal ou do cumprimento da mesma, estas condições estiverem eventualmente alteradas.

Conclusões

Poderíamos, pois, dizer em conclusão que, em termos clínicos, a resposta mais provável à pergunta do título desta comunicação é a de que José Júlio da Costa, estava provavelmente na fase prodrómica de uma esquizofrenia, mas que à época do homicídio e do exame médico-legal se podia ainda determinar, pelo que as conclusões da perícia psiquiátrica, estariam correctas. O seu súbito agravamento clínico com aparecimento de sintomas psicóticos, talvez até precipitado pelo *life-event* constituído pelo processo judicial, obistou, com toda a probabilidade, a que o processo judicial avançasse. Os factos de no internamento de 1927 a observação não deixar dúvidas acerca do diagnóstico, bem como o da sua existência incógnita durante os seis anos entre os dois internamentos, concorrem para que José Júlio da Costa já estivesse clinicamente doente (com esquizofrenia) a partir de 1921.

Fontes e Bibliografia

Livros de Registo de Admissões do Hospital Miguel Bombarda. Biblioteca do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

MANCUSO, M; MAGNANI, N; CANTAGALLO, A; ROSSI, G; CAPITANI, D; GALLETI, V; CARDAMONE, G; ROBERTSON, IH — Emotion recognition impairment in traumatic brain injury compared with schizophrenia spectrum: similar deficits with different origins. *J Nerv Ment Dis.* 2015 Feb;203(2):87-95. doi: 10.1097/NMD.0000000000000245.

BRIELER, Jay; DEL CORE, B.A. — Resolution of Positive Symptoms of Schizophrenia After Traumatic Brain Injury. *Prim Care Companion CNS Disord.* 16:5 (2014) 10.4088/PCC.14l01652. Published online 2014 Sep 18. doi: 10.4088/PCC.14l01652. PMID: PMC4321008

FUJII, D.; FUJII, D.C. — Psychotic disorder due to traumatic brain injury: analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 24:3 (2012) 278-89. doi: 10.1176/appi.neuropsych.11070176.

LUUKKAINEN S.; RIALA, K.; LAUKKANEN, M.; HAKKO, H.; RÄSÄNEN, P. — Psychiatry Res. 200 :2-3 (2012) 767-72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.018. Epub 2012 May 4. Association of traumatic brain injury with criminality in adolescent psychiatric inpatients from Northern Finland. *Psychiatry Res.* 2012 Dec 30;200(2-3):767-72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.018. Epub 2012 May 4.

José Júlio da Costa. In Wikipédia. https://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_J%C3%BAlio_da_Costa acessado 2018.10.22.

HODGINS, S.; PIATOSA, M.J.; SCHIFFER, B. — Violence among people with schizophrenia: phenotypes and neurobiology. *Curr Top Behav Neurosci.* 17 (2014) 329-68. doi: 10.1007/7854_2013_259.

MALVEIRO, J. P. — José Júlio da Costa. O Famigerado Herói do Crime Grande da Estação do Rocio. Lisboa: Sinapsis Editores, 2018.

Nature. Editorials. US Supreme Court should prevent execution of murderer who no longer remembers his crime. The court will make a decision on the fate of a death-row prisoner who now has dementia. *Nature*, 562, 7-8 (2018). doi: 10.1038/d41586-018-06916-x

ANTUNES, M. J.; SANTOS COSTA, F. — Imputabilidade em Razão de Alienação Mental: Um caso de época. In: PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. (ed.). *Miguel Bombarda e as Singularidades de uma Época*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. p. 69-76.

Anónimo. Gravíssimo atentado contra o Presidente da República. Morte do Sr. Dr. Sidónio Pais. *Diário de Notícias*. 1918, 15 de dezembro, 1-3.

OS PROGRAMAS DAS LIÇÕES DO CURSO LIVRE DE ANTROPOLOGIA NA MEDICINA E A INCIDÊNCIA NA PSIQUIATRIA

Porfírio Pereira da Silva

Biblioteca Pública Municipal de Viana do Castelo

Técnico Superior

Email:porfiriosilva@sapo.pt

Resumo

No ano em que se celebra o 130.º aniversário (1888-2018) do nascimento de Mendes Correia, e o centenário da criação da SPAE (Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia), da qual é um dos principais impulsionadores, interessa saber como o mundo epistémico antropológico desta época, claramente marcado pela teoria evolucionista e pelo eugenismo, está nos programas académicos. Depois de analisados os programas, constatamos como essa *Episteme* estabelece a prática psiquiátrica. A grande preocupação em definir a distinção entre o “animalesco” e o “humano”, o “normal” e o “anormal” (patológico), a saúde e moral estabelecida pelo poder das “medidas” físicas e consensos psiquiátricos, e a morbilidade “natural”, étnica e de género, estabelecem-se como as principais preocupações científicas da época, para a construção de “tipologias morfológicas / étnicas / regionais” que justificam o diagnóstico clínico. Importa ver como as características físico-morfológicas são interpretadas para estabelecer uma leitura das práticas sociais, com destaque nas “degenerações” mentais.

Palavras-chave: Fontes para a História da Loucura, Psiquiatria e Filosofia.

Abstract

In the year that is celebrated the 130th anniversary (1888-2018) of Mendes Correia birth, and the centenary of the creation of the PSAE (Portuguese Society of Anthropology and Ethnology), which it is one of the main movers, it is opportune to understand how anthropological epistemic world of this time, clearly marked by evolutionary theory and eugenics, takes part in academic programs. After analyzing the programs, we see how this *Episteme* establishes the psychiatric practice. The great concern in defining the distinction between the "animalistic" and the "human", the "normal" and the "abnormal" (pathological), the health and moral established by the power of physical "measures" and psychiatric consensuses, the "Natural" morbidity, ethnic and gender, are established as the main scientific concerns of the time, for the construction of "morphological / ethnic / regional typologies" that justify the clinical diagnosis. It is important to see how the physical-morphological characteristics are interpreted to establish a reading of social practices, with emphasis on mental "degenerations".

Introdução

As investigações antropológicas das Províncias do Ultramar tiveram em Mendes Correia um dos mais calorosos defensores. Assim, em simultaneidade ao cargo de director da Escola Superior Colonial, foi eleito presidente da Junta das Missões Geográficas e de Investigações Coloniais; ajudou a fundar diversos institutos, sociedades – nas quais se incluiu a *Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos* –, museus e laboratórios científicos; foi Presidente da Câmara Municipal do Porto e procurador à Câmara Corporativa de 1936 a 1942; deputado à Assembleia Nacional (1945-56); e ocupou, desde o ano de 1951, a

presidência da Sociedade de Geografia de Lisboa. Publicou inúmeros estudos no âmbito da Antropologia, Arqueologia, Criminologia e História¹.

Desenvolvimento

Como se depreende da pequena nota biográfica, introdutória, o eugenismo foi uma das preocupações de Mendes Correia² e de todos aqueles que estiveram génese da *Sociedade Portuguesa de Estudos Eugénicos*. No II Congresso Nacional de Medicina, por exemplo, ocorrido em Junho de 1927, a sua intervenção foi, precisamente, no sentido de abrir ao debate “o problema eugénico em Portugal”. Ficamos a saber que, à época, o eugenismo era uma preocupação internacional: “Há poucos meses o relator dum inquérito, promovido por um organismo internacional sobre o desenvolvimento dos estudos e das medidas eugénicas nos diferentes países, escrevia-me de Bruxelas, por indicação dum eminente antropologista suíço, pedindo informações sobre o que em tal domínio se tem realizado em Portugal”³. Lamentavelmente, tal questão era motivo de preocupação, a ponto de o Ministro da Instrução, Prof. Alfredo de Magalhães, nomear uma comissão para estudar esse momentoso problema, que era o problema eugénico em Portugal. Segundo Mendes Correia, ocupando-se ele desta realidade, como médico antropologista, da robustez física e psíquica da população portuguesa, tinha o dever de consciência e de patriotismo de trazer ao mesmo Congresso Nacional de Medicina um brado de alarme, que, fundado na evidência desoladora e cruel de alguns números e de diferentes observações, possuía “o dom de acordar os homens de boa vontade e são critério, unindo-os num movimento esclarecido de opinião que se traduza por fim em realizações proveitosas”⁴.

Tal como muitos médicos (antropólogos) da época, Mendes Correia achava-se no direito de estar longe de concluir que a raça estava inteiramente perdida, que a população portuguesa estava condenada a perecer numa seleção inexorável, porque confiava nos agentes automáticos de depuração natural e na sobrevivência de gerações fortes: “O que representam os números tremendos da mortalidade infantil entre nós (que, aliás, nos envergonham perante as nações cultas), senão em grande parte, esse processo de eliminação natural?”⁵. Para o mesmo médico, não era preciso esperar que a natureza cruelmente ceifasse as existências de pobre criaturas que nasceram fracas, doentes ou predispostas à doença, tendo em conta que muitas delas sobreviviam mercê da terapêutica e da higiene, “muitos indivíduos que atravessam a vida contagiando os sãos, semeando os seus males, legando as suas taras, desfalcando terrivelmente a saúde, a tranquilidade, a

¹ Da sua vastíssima obra destacamos: *O génio e o talento na patologia* (1911); *Criminosos Portugueses* (1913); *Crianças delinquentes* (1915); *Antropologia* (1915); *Raça e nacionalidade* (1919); *Homo* (1921); *Os povos primitivos da Lusitânia* (1924); *A antropologia nas suas relações com a arte* (1925); *A nova antropologia criminal* (1931); *Origens da cidade do Porto* (1932); *Da biologia à história* (1934); *Da raça e do espírito* (1940); *Gérmens e cultura* (1944); *Timor português* (1944); *Raças do império* (1945); *Uma jornada científica na Guiné Portuguesa* (1946); *Antropologia e história* (1954).

² De seu nome completo António Augusto Esteves Mendes Correia, nasceu no Porto, a 4 de Abril de 1888, e faleceu em Lisboa, a 7 de Janeiro de 1960. Licenciou-se em Medicina em 1911 e foi nomeado assistente de Ciências Biológicas na Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, onde começou a leccionar Antropologia. Dois anos mais tarde, em 1913, acaba por fazer provas públicas nesta mesma faculdade, apresentando a dissertação *Os Criminosos Portugueses* (Estudos de Antropologia Criminal). É nesse sentido que, apesar de ser licenciado em Medicina, dedicou-se sobretudo ao ensino e à investigação científica. Para além da docência – Professor de Geografia e Etnologia na faculdade de Letras do Porto e Professor Catedrático da Faculdade de Ciências da mesma cidade –, Mendes Correia ocupou diversos cargos directivos, tendo sido director do Instituto de Investigação Científica de Antropologia da Faculdade de Ciências do Porto, em 1923; Director da Escola Superior Colonial (mais tarde, Instituto Superior de Estudos Ultramarinos), em 1946; e Presidente da Sociedade de Geografia de Lisboa, em 1951, entre outros.

³ Cit. CORRÊA, (A. A.) Mendes – “O problema eugénico em Portugal”. In, *II Congresso Nacional de Medicina* (Actas), p. 401.

⁴ Cit. Idem, *ibidem*, p. 401.

⁵ Cit. Idem, *ibidem*, p. 406.

economia e a moralidade públicas”¹. Assim, o seu optimismo, em face de um quadro tão sombrio, vinha sobretudo da sua confiança em que a aplicação dos princípios de eugénica viria a ser uma realidade em Portugal.

Ao debruçar-se sobre os factores degenerativos na população portuguesa, Mendes Correia recorda que, em 1911, Júlio de Matos reconhecia a degenerescência nervosa nas neuropsicoses, a degenerescência psíquica nas anomalias mentais, e incluía nesta a demência precoce. “Para o psiquiatra português, a degenerescência era um vício constitucional, uma anomalia de evolução, uma verdadeira monstruosidade”².

Segundo Mendes Correia, se à primeira vista parecia que entre a hereditariedade e degenerescência existia uma certa antinomia, a verdade, porém, é que a hereditariedade mantinha igualmente os defeitos degenerativos, e estes apresentavam, na sequência das gerações, mais tendência ao agravamento do que a uma regressão, que lesões irreparáveis tornavam em geral impossível. Para ele, também era ocioso procurar relações simples e directas entre muitos estigmas ou sinais clássicos de degenerescência, sobretudo os físicos, e esta última. “Assim se explica o insucesso duma definição morfológica dum tipo criminal degenerativo, a variabilidade dos sinais físicos que acompanham certas formas profundas de alienação constitucional”³. Se certos degenerados – que foram designados «superiores» – apresentavam algumas faculdades notáveis, sobretudo na literatura, na arte e na política, era, para este ilustre médico-antropólogo, inexacto considerar esse desenvolvimento como consequência directa da degenerescência, salvo em casos de verdadeira excentricidade, decadência ou exaltação, indevidamente tomadas como «superiores» por turbas ingénuas ou por pessoas falhas de crítica. Tal superioridade era apenas aparente, dado que “tantos políticos famosos, tantos condutores de multidões, nunca fizeram nada de notável, senão disparates!”⁴. Assim sendo, para Mendes Correia, a verdadeira superioridade intelectual ou artística pode *coexistir* com a degenerescência. A expressão «degenerado superior» não representa uma variedade da degenerescência, “mas o facto de coexistência episódica desta com manifestações superiores nos domínios que ela, em regra, não atinge nesses casos. Um degenerado, como *degenerado*, é sempre inferior, é sempre um decadente evolutivo, em relação ao tipo específico normal”⁵.

Outro dos factores a salientar é que a raça e a nacionalidade eram para Mendes Correia, a par de outros do seu tempo, peculiares preocupações: “Enquanto muitos dizem que Portugal nasceu dum fortuito episódio político, outros afirmam que ele surgiu necessariamente dum condicionalismo natural cujo desenvolvimento se iniciara muito antes do facto histórico da independência portuguesa”⁶. Segundo o mesmo médico-antropólogo, geograficamente, Portugal era na realidade um fragmento da grande unidade peninsular, embora bem individualizado sob o ponto de vista climático. Contudo – e ao longo da História –, quanto ao valor social do português, as dúvidas persistem, porque emaranhadas em conceitos eugénicos: “É claro que imediatamente esbarramos com fortes obstáculos. Quais são socialmente superiores: as raças puras ou os mestiços? Por outro lado, o valor social de um agregado étnico corresponde exactamente à combinação ou fusão dos valores específicos de cada elemento antropológico componente? Além disso, é sempre difícil averiguar o que deve atribuir-se à raça e o que resulta de outros condicionalismos, de causas meramente acidentais inclusive”⁷. A respeito do povo português, segundo Mendes Correia, conhecem-no mal os estrangeiros ignaros que o julgam um povo de mulatos, portadores de todos os defeitos destes, ou os estrangeiros superficiais que o ajuízam

¹ Cit. Idem, *ibidem*, p. 406.

² Cf. CORRÊA, (A. A.) Mendes – *Factores degenerativos na população portuguesa e seu combate*, p. 4.

³ Cit. Idem, *ibidem*, p. 7.

⁴ Cit. Idem, *ibidem*, p. 7.

⁵ Cit. Idem, *ibidem*, p. 7-8.

⁶ Cit. CORRÊA, (A. A.) Mendes – *Raça e Nacionalidade*, p. 31.

⁷ Cit. Idem, *ibidem*, p. 153-154.

somente através de um ou outro episódio político mais ruidoso e mais ou menos deturpado lá fora por gazetas tendenciosas ou mal informadas. A raça é trazida às luzes da ribalta pelo conceito de nacionalidade: “As virtudes, bem conhecidas, dos velhos Lusitanos, o seu valor indómito, os seus costumes guerreiros, a sua altivez heróica, o seu sentimento ardente de independência, a sua resistência contra as influências estrangeiras, são factos estabelecidos pelos textos históricos mais fidedignos e constituem o mais remoto padrão da epopeia nacional”¹. Para Mendes Correia o génio guerreiro de Viriato simboliza as primeiras manifestações de vida de uma Pátria. Nem se podia atribuir a lendas de patriotas entusiastas o que é documentado por investigações arqueológicas e pelos depoimentos imparciais de historiadores antigos que não eram Lusitanos: “A raça é inegavelmente vigorosa e forte. Diodoro Sículo considerava já os Lusitanos os mais fortes de todos os Iberos. E os números, as estatísticas, não acusam ainda hoje nos portugueses uma decrepitude ou degenerescência física que os coloque em plano de nítida inferioridade perante os povos mais vigorosos e robustos”². Até a capacidade craniana, índice sagrado, algumas proporções do corpo, etc. – o que equivale a falar em vários caracteres e índices somatológicos –, levaram a que Mendes Correia viesse a afirmar que o português apresentava condições de superioridade antropológica, que lhe davam um lugar de modo algum secundário no grupo das raças europeias em que se filiava pelo conjunto da sua caracterização morfológica. E levavam-no a formular certezas com base em teorizações: “Os coeficientes de robustez física de Pignet³ que calculámos sobre os resultados de observações feitas a alunos do Liceu de Coimbra não se afastam sensivelmente dos padrões estabelecidos em França por Lucien Mayet”⁴.

Ao debruçar-se sobre os factores degenerativos na população portuguesa, Mendes Correia recorda que Júlio de Matos, em 1911, reconhecia a degenerescência nervosa nas neuropsicoses, a degenerescência psíquica nas anomalias mentais, e incluía nesta também a demência precoce. “Para o psiquiatra português, a degenerescência era um vício constitucional, uma anomalia de evolução, uma verdadeira monstruosidade”⁵. Para Mendes Correia a degenerescência não deveria ser considerada como puramente imaginária, dado que se tratava de um processo genérico como a doença, a hereditariedade, a evolução. “O que pode ser é um processo celular, individual ou racial, segundo a sua extensão. Biologicamente, ela é um desvio por vício profundo, uma inferiorização crescente em relação ao tipo da espécie, quer no conjunto, quer apenas nalguns sectores, inferiorização resultante duma alteração progressiva de estrutura e sobretudo duma perturbação e suspensão de funções. Pode afectar células, tecidos, órgãos, indivíduos, raças”⁶.

Os estudos sobre a criminalidade, com base em índices de valor, levaram Mendes Correia a estabelecer comparações com outros países, a ponto de salientar que Portugal tinha uma percentagem de criminalidade inferior à de alguns países mais cultos e progressivos: “Os homicídios são aqui mais frequentes do que na França e nos países do norte (efeitos climáticos?), mas são menos frequentes do que na Áustria, na Espanha, na Hungria e na Itália. Quanto aos furtos não conheço país algum em que a sua percentagem seja menor. Só nas rebeliões políticas, o nosso país bate o *record* das taxas elevadas. Nos Estados Unidos, a percentagem dos homicídios era em 1897 sete vezes maior do que a correspondente em Portugal”⁷. Segundo Mendes Correia, dadas as más condições económicas da população portuguesa, a sua desorganização familiar, jurídica e política, e o mau ambiente educativo em que ela respirava, seria de esperar uma delinquência mais desenvolvida. Com base nas

¹ Cit. Idem, *ibidem*, p. 156.

² Cit. Idem, *ibidem*, p. 157.

³ Este coeficiente era determinado com a estatura, peso e perímetro torácico.

⁴ Cit. CORRÊA, (A. A.) Mendes – *Raça e Nacionalidade*, p. 157-158.

⁵ CORRÊA, (A. A.) Mendes – *Factores degenerativos na população portuguesa e seu combate*, p. 4.

⁶ Cit. Idem, *ibidem*, p. 6.

⁷ Cit. Idem, *ibidem*, p. 161-162.

estatísticas afirmaria que apesar da crise moral que o país atravessava, não havia modificado estruturalmente o próprio povo. Achava que se tratava talvez de uma escuma superficial, o que nem por isso deixava de ser um perigo grave. “A moderação observada em várias taxas de criminalidade, sobretudo nas dos crimes contra a propriedade, é um documento feliz da psicologia do português: “é excessivo e instável (escrevemos nós há anos), como autêntico meridional, mas em geral atenua as suas demasias com os lances de uma bondade resignada e simples que floresce às vezes a par de uma coragem épica. Agressivo e inteligente, é dos meridionais o menos feroz e o menos astuto”¹. Assim se defendia a raça e a nacionalidade. Mendes Correia, enquanto um dos principais impulsionadores SPAE (Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia), desde a primeira hora lutou pelo reconhecimento universitário da Antropologia, sendo que “entre os principais temas apresentados e discutidos nas sessões da SPAE destaca-se a proposta feita por Mendes Correia, a 21.1.1919, para apresentar à consideração das faculdades de Medicina do país a «conveniência da introdução da cadeira de Antropologia no plano dos preparatórios médicos». Todavia, segundo um ofício enviado à SPAE, a Faculdade de Medicina, embora tivesse o «quadro muito sobrecarregado», aplaudia «a introdução da Antropologia no P.C.H. ou a criação de um curso especial de aperfeiçoamento nessa ciência para médicos»²”. Esse seria o primeiro passo para que mais tarde se viessem a elaborar programas das Lições do Curso Livre de Antropologia Aplicado à Medicina, como as que foram realizadas pela primeira vez no Ano Lectivo de 1932-1933, na Faculdade de Medicina do Porto, por Mendes Correia, Luiz Pina e Alfredo Ataíde, para médicos e estudantes. A iniciativa e realização couberam à direcção da Associação Profissional dos Estudantes de Medicina³, e que passamos a transcrever:

Lições do Professor Mendes Correia:

- **O lugar do homem na escala zoológica:** Classificação dos Primatas. Os Hominídeos. Desenvolvimento e posição relativa do crânio cerebral e da face. A frente. O cérebro. O mento. As curvaturas vertebrais. As proporções dos membros. O pé. As diferenças fisiológicas e psicológicas. O interesse médico da Antropologia zoológica.
 - **Classificação das raças humanas:** Noção de raça. Bases taxonómicas. Classificações naturais. Caracteres descritivos e métricos mais usados. Biologia étnica.
 - **Tipos humanos primitivos e actuais:** Caracterização sumária dos tipos principais. Paleopatologia. Imunidades e doenças segundo as raças. Interesse médico da Antropologia étnica.
 - **Hereditariedade no homem:** Ideias gerais sobre o mecanismo e leis da hereditariedade. A hereditariedade dos caracteres normais e anormais. No homem. Hereditariedade neuropsíquica. Gémeos. Eugenia.
 - **Constituição e robustez:** Apreciação da robustez física. Cânones de proporções. Tipos constitucionais e sua importância clínica. O significado dos caracteres chamados «degenerativos». Estigmas profissionais.
- Conclusão do Curso: Valor médico-social da Antropologia.

¹ Cit. Idem, *ibidem*, p. 163.

² Cit. MATOS, Patrícia Carla Valente Ferraz de – *Mendes Correia e a Escola de Antropologia do Porto: Contributo para o estudo das relações entre antropologia, nacionalismo e colonialismo (dos finais do século XIX aos finais da década de 50 do século XX)*, p. 74-75.

³ O programa foi impresso, numa edição oferecida pelo Instituto Pasteur de Lisboa (Secção do Norte).

Lições do Dr. Alfredo Ataíde:

Método estatístico. Variantes inteiras e graduadas. Frequência, séries. Média, mediana, moda, máximo e mínimo. Sériasões cumulativas. Quartil, percentil. Desvio padrão. Erros prováveis. Representação gráfica das séries. Curvas simétricas e assimétricas de Pearson. Perequação: analítica, gráfica e mecânica. Método de Frassetto. Correlação, coeficiente de correlação. Regressão.

Elaboração de cânones antropométricos.

Determinação dos tipos constitucionais, de Kretschmer-Viola. Determinação do metabolismo basal.

Tipos psíquicos. Tempos de reacção. Ergógrafo. Orientação profissional.

Lições do Dr. Luiz de Pina:

- O estado dos caracteres métricos: antropometria.
 - Escolas: francesa, alemã, inglesa e italiana.
 - Princípios em que deve assentar uma boa técnica antropométrica.
 - Apresentação do instrumental antropométrico.
 - Antropometria interna, externa e intermédia.
 - Craniometria, cefalometria, troncometria, toracometria, pelvimetria, artometria, cheirometria, podometria, etc.
 - Escolha das medidas.
 - Escolha de instrumentos.
 - Pontos de referência, diâmetros, ângulos, perímetros, comprimentos, larguras, etc.
 - Os índices.
 - Pontos de referência relativos à cabeça, ao tronco e aos membros (no cadáver – partes ósseas e moles –, no vivo).
 - Caracteres especiais: cor dos olhos, dos cabelos (e forma), da pele, das mucosas, etc.
 - Caracteres morfológicos-corpóreos totais (constituição), cabeça, face, orelha, nariz, boca, pescoço, seios, tórax, abdómen, etc.
 - A morfologia especial do crânio: formas de Sergi, Blumenbach, Frassetto, etc. Dolico e braquicefalia. Formas anormais: acidentais, étnicas, patológicas (micro e macrocefalia, escafocefalia, trigocefalia, oxi eacrocefalia, batrocefalia, naticefalia, plagiocéfalia).
 - Formas da face: elipsoide, ovoide, triangular, tetragonal, etc. (Sergi, Poech, etc.). Plagiò –, mesò – e prosòpia. Deformações.
 - Tórax: formas, deformações e anomalias.
 - Abdómen: micro e macrosplancnia.
 - Membros: formas. Deformações e anomalias.
 - Caracteres antropométricos fundamentais (Frassetto): estatura, peso, perímetro torácico.
 - Mensurações que servem de base à organização dos tipos constitucionais (Viola, Kretschmer, Sigau, Mac-Auliffe, Frassetto, etc.).
 - Avaliação física da individualidade (Frassetto): *cabeça*: índices cefálico, facial e nasal – *Busto e tronco*: índices do busto, torácico, vital de Livi ou cirtométrico. *Membros*: índices esquelético de Manouvrier e de Ruggeri, trocaterico, de braça-estatura e intermembral. *Corpo* (total): índices ponderal de Livi e de Rohrer.
- Fórmula da normalidade do peso (Frassetto) Índices de Pignet e Vervaeck. Sistema de normalidade de Frassetto. Índice de Pirquet.
- Prática antropométrica especial: escolar, militar, desportiva, artística, criminal e médico-legal.
- Observações fisio-antropométricas: espirométrica, dinamometria, temperatura, etc.

Dactiloscopia. Identificação civil e criminal (retrato falado, ficha dactilo-antropométrica, etc.)

Conclusão

Depois de analisados os programas, constatamos como essa *Episteme* estabelece a prática psiquiátrica. A grande preocupação em definir a distinção entre o “animalesco” e o “humano”, o “normal” e o “anormal” (patológico), a saúde e moral estabelecida pelo poder das “medidas” físicas e consensos psiquiátricos, e a morbilidade “natural”, étnica e de género, estabelecem-se como as principais preocupações científicas da época, para a construção de “tipologias morfológicas / étnicas / regionais” que justificam o diagnóstico clínico. Importa ver como as características físico-morfológicas são interpretadas para estabelecer uma leitura das práticas sociais, com destaque nas “degenerações” mentais.

Fontes e bibliografia

CORRÊA, (A. A.) Mendes – *Factores degenerativos na população portuguesa e seu combate*. Extracto das Actas do Congresso Nacional de Ciências da População. vol. 1. Porto: Imprensa Portuguesa, 1940.

Os mestiços nas colónias Portuguesas. Porto: Edição da 1.ª Exposição Colonial Portuguesa, 1934. Comunicação ao I Congresso Nacional de Antropologia Colonial. Extracto das Actas do Congresso.

“O problema eugénico em Portugal”. In *II Congresso Nacional de Medicina* (Actas). Porto: Tip. Enciclopédia Portuguesa, 1927, p. 401-407.

Raça e Nacionalidade. Porto: Renascença Portuguesa, 1919.

MATOS, Patrícia Carla Valente Ferraz de – *Mendes Correia e a Escola de Antropologia do Porto: Contributo para o estudo das relações entre antropologia, nacionalismo e colonialismo (dos finais do século XIX aos finais da década de 50 do século XX)*. Tese de doutoramento em Ciências Sociais. Especialidade: Antropologia Social e Cultural. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2012.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e Manuel Curado, pelo incentivo. Ao antropólogo, investigador e professor universitário, Álvaro Campelo, pela sua preciosa ajuda na interpretação de diversos documentos inéditos.



António Augusto Mendes Correia

HOW PHINEAS GAGE'S ACCIDENT CHANGED NEUROSCIENCE

Marisa Martins¹; Nuno Fernandes¹; Inês Fernandes²

Hospital Distrital Santarém (HDS), EPE
Psychiatry and Mental Health Department (Portugal)

¹Psychiatry trainee

²Psychiatry hospital assistant

Email: marisa.andrem@gmail.com

Abstract

Today, we know that certain parts of the brain are responsible for certain aspects of our behavior. But in the 1800s, scientists were just grasping a rough understanding of the brain's purpose. That all changed — violently — on a fateful day in 1848, when an iron rod rocketed through the brain of a rail foreman named Phineas Gage. The doctor, John Martyn Harlow, treated Gage for a few months afterward and made notes of the peculiar ways he changed as a person. Harlow wrote in a presentation to the Massachusetts Medical Society "impatient of restraint (...) pertinaciously obstinate, yet capricious and vacillating (...)". A brain injury changed Gage's personality. In fact, that landed him in the records of neuroscience history. Thanks to Phineas Gage we gained a deeper understanding of the brain injuries and their consequences.

Keywords: traumatic brain injury, neuroscience, organic personality disorder, secondary personality change, frontal lobe syndrome

Introduction

Phineas Gage is a notorious case of survival after massive injury to the brain, and the most famous case of personality change after traumatic cerebral lesion¹. Dr John Harlow was the doctor who treated Phineas Gage and reported the case, publishing it in Boston Medical and Surgical Journal in 1848, currently known as the New England Journal of Medicine². Considering the importance of the study and discussion of remarkable clinical cases for scientific knowledge evolution, the aim of this manuscript is to recall Phineas Gage's accident and discuss its contribution to the current knowledge regarding behavior and neuroscience.

The case of Phineas Gage

It was in Cavendish, Vermont, United States of America, on the September 13th of 1848, that a railroad foreman of 25 years old, suffered a terrible accident, while he was engaged in charging a hole, preparatory to blasting. In a moment of distraction, Phineas Gage looked at his men and forgot to add sand to the hole, before striking it with his iron bar (The bar was custom-made for Gage and had a long tapered end.)^{2,3} The tamping iron came in contact with the rock, and the powder exploded, driving the iron against the left side of the face, immediately anterior to the angle of the inferior maxillary bone.² Dr Harlow described the trajectory of the iron bar: "Taking a direction upward and backward toward the median line, it penetrated the integuments, the masseter and temporal muscles, passed under the zygomatic arch, and (probably) fracturing the temporal portion of the sphenoid bone, and the floor of the orbit of the left eye, entered the cranium, passing through the anterior left lobe of the cerebrum, and made its exit in the median line, at the junction of the coronal

and sagittal sutures, lacerating the longitudinal sinus, fracturing the parietal and frontal bones extensively, breaking up considerable portions of brain, and protruding the globe of the left eye from its socket, by nearly one half its diameter.”²

According to the information the men gave to Dr Harlow, the foreman was thrown upon his back. He gave “a few convulsive motions of the extremities”, but spoke in a few minutes. He was taken in an ox cart, in which he rode, “sitting erect”. “He got out of the cart himself and with a little assistance walked up a long flight of stairs.”, it is read in Dr Harlow’s article. Until the doctor arrived, “the patient bore his sufferings with the most heroic firmness”. “He seemed to be perfectly conscious, but was getting exhausted from the hemorrhage, which was very profuse both externally and internally.” About 6 hours after the accident (10 pm) Dr Harlow describes the patient: “Sensorial powers remain as yet unimpaired. Says he does not wish to see his friends, as he shall be at work in a day or two. Tells where they live, their names, etc.”. Two days after, in the morning, the hemorrhage had ceased. On October 11th, Dr Harlow writes: “Intellectual faculties brightening. Relates the manner in which it occurred, and how he came to the house. He keeps the day of the week and time of day, in his mind.” On October 12th, Phineas Gage gets out of the bed with little assistance. Dr Harlow adds: “Is very childish; wishes to go home in Lebanon, New Hampshire.” “The wound in the scalp is healing rapidly.”²

On November 25th, 1848, near to 3 months after the accident, “Gage was well enough to return to the family farm in Lebanon.”²

It seems that what appeared to be a huge accident left no sequelae in the 25 years old man. However, something in Phineas Gage was not the same.

In a literature review article, Macmillan and Macmillan¹, mention a poem, of unknown author, written specifically about Phineas Gage:

*A moral man, Phineas Gage,
Tamping powder down holes for his wage,
Blew the last of his probes
Through his two frontal lobes;
Now he drinks, swears, and flies in a rage.*

Author unknown

Previous to his injury, Phineas Gage was a middle stature man, with “vigorous physical organization, temperate habits, and a considerable energy of character.”, according to the article written by Dr John Martin Harlow.² “He possessed a well-balanced mind, and was looked upon by those who knew him as a shrewd, smart business man, very energetic and persistent in executing all his plans of operation”⁴. He was also described as “modest in demeanor”³.

On April of 1849, 6 months after the accident, Phineas Gage visited Dr Harlow, who registers the following observation and publishes it 20 years later: “Has no pain in head, but says it has a queer feeling which he is not able to describe. Applied for his situation as foreman, but is undecided whether to work or travel. His contractors, who regarded him as the most efficient and capable foreman in their employ previous to his injury, considered the change in his mind so marked that they could not give him his place again. The equilibrium or balance, so to speak, between his intellectual faculties and animal propensities, seems to have been destroyed.”; “He is fitful, irreverent, indulging at times in the grossest profanity (which was not previously his custom), manifesting but little deference for his fellows, impatient of restraint or advice when it conflicts with his desires, at times pertinaciously obstinate, yet capricious and vacillating, devising many plans of

future operation, which are no sooner arranged than they are abandoned in turn for others appearing more feasible. A child in his intellectual capacity and manifestations, he has the animal passions of a strong man.”⁴

“In this regard his mind was radically changed, so decidedly that his friends and acquaintances said he was ‘no longer Gage’ “, Harlow, 1868⁴.

“Phineas was accustomed to entertain his little nephews and nieces with the most fabulous recitals of his wonderful feats and hair-breadth escapes, without any foundation except in his fancy. He conceived a great fondness for pets and souvenirs, especially for children, horses and dogs - only exceeded by his attachment for his tamping iron, which was his constant companion during the remainder of his life.”⁴

“In 1851 he engaged with Mr Jonathan Currier, of Hanover, New Hampshire, to work in his livery stable. He remained there, without interruption from ill health, for nearly or quite a year and a half. Nearly eight years, in the vicinity of Valparaiso and Santiago, occupied in caring for horses, and often driving a coach heavily laden and drawn by six horses. In 1859 and ‘60 his health began to fail, and in the beginning of the latter year he had a long illness, the precise nature of which, I have never been able to learn. He had no premonition of these attacks, or any subsequent ill feeling. He had been ploughing the day before he had the first attack; got better in a few days, and continued to work in various places; could not do much, changing often, and always finding something which did not suit him in every place he tried.”, Harlow, 1868⁴.

Gage seems to have been employed continuously but was unable to settle to work at any place for long. Ultimately the patient probably succumbed to a progressive disease of the brain. He died on the 21st of May of 1861, of severe convulsions.⁴

Discussion

Frontal lobe disorders are among the most important syndromes in neuropsychiatry. Frontal lobe lesions produce profound behavioral alterations⁵ without necessarily affecting other superior brain functions as language, calculation and orientation⁶.

Lesions of the deep subcortical and of the superficial cortical structures of the frontal lobe produce behavioral disorders.⁵ Three behavioral patterns are currently recognized with frontal systems dysfunction: an orbitofrontal syndrome, a medial frontal syndrome, and a dorsolateral syndrome (Figure 1). Combinations of symptoms are the rule rather than the exception in the majority of patients with frontal lobe disorders.

The orbitofrontal syndrome is the most well known of the frontal lobe behavioral disorders. These patients are disinhibited, making tactless remarks and acting impulsively. They are rude, without empathy, and show little concern for the feelings of others. They fail to plan ahead and are careless about their illness or future. They typically have irritable mood, are labile and present with a fatuous euphoria. Inappropriate jocularity with an insensitive humor (*witzelsucht*) can occur. There is a lack of respect for social rules and an excessive familiarity with strangers. These patients may have few or no neuropsychological deficits and exhibit intact language, memory, and visuospatial skills, despite the marked behavioral alterations.⁵

The orbitofrontal syndrome can occur with traumatic brain injury, frontal brain tumors, anterior cerebral artery stroke or aneurysm rupture, multiple sclerosis, and degenerative frontal lobe diseases such as Pick's disease. Deficits in olfaction are commonly present in this syndrome because of the proximity to the olfactory bulbs, nerves and tracts to the orbital surface. This syndrome has been observed with inferior caudate lesions or with disturbances of the orbitofrontal cortex.⁵

The medial frontal lobe syndrome is also an important behavioral disorder. The severity of the syndrome varies and can be viewed as spectrum which extends from akinetic mutism at

its most severe end to a mild lack of motivation. Akinetic mutism occurs in bilateral medial frontal lesions and presents with mutism and very limited spontaneous movement. The patients, however, apparently are alert, with their eyes open, exhibiting ocular following movements of environmental stimulus, can eat when fed, and may move if persistently stimulated or if pain is inflicted. The syndrome can occur in cases of bilateral anterior cerebral artery occlusions, trauma, hydrocephalus, bilateral thalamic infarction, and midline tumors of the thalamus, third ventricle, hypothalamus, and pituitary. Attenuation of the syndrome by dopaminergic agents as levodopa or bromocriptine, suggests that interruption of ascending dopaminergic fibers may play a role in the pathophysiology of the disorder.⁵

A milder presentation form of this syndrome, apathetic behavioural syndrome, occurs with unilateral medial frontal lobe lesions. Patients with medial frontal lesions are characterized by initiative deficit, amotivation, avolia, limited gesturing and apathy. A variety of neurobehavioral and neuropsychological abnormalities may accompany the neuropsychiatric disorders. When left-sided lesions occur, these patients show transcortical motor aphasia with little speech initiation, nonfluent output, intact comprehension, and preserved repetition. In the case of lesions of either hemisphere, a callosal apraxia with inability to perform learned motor acts on command with the left hand may also be present. When the extension of the lesion involves the posterior region to the medial central gyrus, paresis of the contralateral leg and foot will be evident.⁵

Dorsolateral (frontal convexity) syndrome reflects executive functions deficits, presenting with disorganized behavior, coordination, planning and attention deficits. It may also include working memory deficits, reduced verbal fluency and abnormalities of sequential behavior including abnormal continuation of behavior (perseveration), abnormal early termination of behavior (impersistence), deficits in set shifting, and disturbances of programming sequential motor acts such as alternating programs, reciprocal programs, multiple loops, and serial hand sequences. Patients also have difficulty developing strategies that will allow copying complex figures, exhibit poor judgment, and are concrete on tests of abstraction. They can also present apathy, distractibility and self-neglect. There may be no focal neurological signs. Most cases of the frontal convexity syndromes are due to tumors, stroke, trauma, and frontal degenerations. The condition has been observed with dorsal caudate lesions as well as frontal convexity lesions.⁵



Figure 1- Frontal lobe syndromes.

Focal lesions	Diffuse or distributed processes
Huntington's Disease	Dementia
Infection	Epilepsy
Neoplasm	Parkinson's Disease
Stroke	Progressive supranuclear palsy
	Traumatic brain injury

Table 1 – Frontal lobe syndromes etiology. (adapted from Tiffany Chow, 2000)

There are several causes for frontal lobe syndromes (as we can see in table 1), however we focus our attention in traumatic brain injury.

Traumatic brain injury (TBI) is a nondegenerative, noncongenital insult to the brain due to an external mechanical force, possibly leading to permanent or temporary impairment of cognitive, physical, and psychosocial functions, with an associated diminished or altered state of consciousness.⁸

The definition of TBI has not been consistent and tends to vary according to specialties and circumstances. Often, the term brain injury is used as a synonym of head injury and this may not be associated with neurologic deficits.⁸

In the sequence of TBI, the following can occur: intracranial hemorrhage (pathological accumulation of blood within the cranial vault) within brain parenchyma or the surrounding meningeal spaces; alteration in level of consciousness (approximately 50%); nausea and vomiting (approximately 40-50%); headache (approximately 40%); seizures (approximately 6-7%) and focal neurological deficits.⁸

A TBI can present with postconcussional syndrome, headaches, agitation, anxiety, depressive symptoms, irritability, memory deficits or even psychotic symptoms and also personality change.⁸

According to ICD-10, frontal lobe syndromes are classified as “F07.0 Personality change due to known physiological condition”. According to DSM-5, frontal lobe syndromes are classified as “Personality change due to other medical condition” - persistent alteration of the personality constituting a change with respect to the previous characteristic personality pattern of the individual and that produces an alteration in social, job or other areas of functioning.^{9,10}

Gage suffered what we currently know as a bilateral frontal lobe lesion, particularly in the orbitofrontal and medial anterior regions.² However, according to Macmillan, almost nothing more is known about Gage than what is referred in Harlow's reports, and nothing can be said with certainty about the site and amount of the damage to his brain.¹

The various changes to Gage's behavior were reported by Harlow in 1868 but did not become widely known until after Ferrier's Goulstonian Lectures of 1878, “On the localisation of cerebral diseases”. The Goulstonian Lectures are an annual lecture series given on behalf of the Royal College of Physicians in London. These lectures were annually delivered from 1639.¹

The case of Phineas Gage has become significantly relevant for the fact that revealed that the respect of social and ethical rules, acquired previously, could be lost in result of a brain lesion, with no affected intellectual or language skills.⁷

Gage's personality was markedly changed after the brain injury without damage of other superior brain functions, as it is described in frontal lobe syndrome.

After his brain injury, Phineas Gage became a childish, impulsive and disinhibited man, totally different from his previous personality. This behavior pattern is more consistent with what is known as orbitofrontal syndrome.

This concept reflects the perspective in which different brain areas are specialized in certain functions. Nevertheless, scientific progress in neuropsychiatry has shown that frontal lobes have a much more integrated and complex activity in relation to other brain structures⁷.

Conclusion

A traumatic brain injury changed Gage's personality. Science had never seen this before. The changes in Gage's behavior contributed substantially to the view that mental changes could serve as the localizing signs for frontal lobe lesions, but neuropsychiatry progress has shown that brain functions may not be translated just for their localization

This is the ideal case to illustrate the role that brain plays in personality, the relationship between structural damage to the brain and particular changes in behavior.

Since then, neuroscientists have visited and revisited that fateful day in 1848 to analyze Gage's injury.

Frontal lobe syndrome represents a historically relevant clinical entity, particularly due to Phineas Gage's case, with special contribute to the development of neuropsychology, neuroanatomy and neurophysiology of the brain. It constituted a mark in the evolution of neuroscience, that allowed a deeper understanding of the relationship between human behavior and the brain.

Bibliography

1.MACMILLAN, Malcolm — Restoring Phineas Gage : A 150th Retrospective. Journal of the History of the Neurosciences: Basic and Clinical Perspectives. 9:1 (2010) 46-66.

2.HARLOW, John Martin — Passage of an Iron Rod through the Head. The New England Journal of Medicine. 39:20 (1848) 389-93.

3.GUIDOTTI, Tee L, — Phineas Gage and His Frontal lobe — The 'american Crowbar Case'. Archives of Environmental and Occupational Health. 67:4 (2012) 249–50.

4.HARLOW, John Martin — Recovery from the Passage of an Iron Bar through the Head. History of Psychiatry. 4:14 (1993) 274-81.

5.SADOCK, Benjamin; SADOCK Virginia; RUIZ, Pedro – Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Baltimore: Wolters Kluwer, 2014.

6.CHOW, Tiffany — Personality in Frontal Lobe Disorders. Current Psychiatry Reports. 2:5 (2000) 446-52.

7.DAMÁSIO, António — O Erro de Descartes. Portugal: 1995. <http://www.medscape.pt>
American Psychiatry Association – Diagnostic and Statistics of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.

8.World Health Organization – The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: 1992.

APPLICATION OF THE MAGNETIC FIELD IN NEUROSCIENCE

Roberto Lamanna

Institute for Interdisciplinary Research of the University of Coimbra (IIIUC)
and University of Aveiro

PhD student in 'History of Sciences and Scientific Education'

Email:roberto.lamann@yahoo.it

Abstract

This article analyses the importance of observing 'the magnetic field and the proton behaviour', the magnetic resonance technique, NMR spectroscopy, and the application of MRI techniques in neuroscience today. The major scientists who have contributed to observe the NMR phenomenon include: Rabi, Purcell and Bloch, while Proctor, Gustowky and McCall applied the principles of magnetic resonance in the field of spectroscopy. In 1966 Richard R. Ernst made an important contribution to research by improving the sensitivity of the instrumentation that allowed Peter Mansfield obtained the first image of human anatomy in vivo in 1977. The discovery 'mirror neurons' in neuroscience were discovered in 1992 by Prof. Giacomo Rizzolatti and his research group, has been demonstrated thanks to the use of multiple magnetic resonance techniques

Keywords: magnetic field, magnetic resonance (MR), neuron, MRI techniques, neuroscience

Introduction

Research work conducted in the Academic Year 2017-2018, which was part of the first year PhD course in the 'History of Sciences and Scientific Education' at the University of Coimbra and Aveiro in Portugal, has allowed me to learn about the discoveries, intuitions, and scientists who have contributed to the observation of the phenomenon of nuclear magnetic resonance (NMR). The present scientific work is the result of a critical analysis of the applications of the Magnetic Field and Magnetic Resonance Imaging (MRI) in neuroscience.

1.Introduction: Magnetic Field, Magnetic Resonance Imaging and their Applications in Neuroscience

The Encyclopaedia Britannica defines a magnetic field as:

«a region in the neighbourhood of a magnet, electric current, or changing electric field, in which magnetic forces are observable. Magnetic fields such as that of the Earth cause magnetic compass needles and other permanent magnets to line up in the direction of the field»
(The Editors of Encyclopædia Britannica, s.d.).

It is possible to observe the magnetic field of a magnet or an electromagnet using iron filings. If the observation is schematised we can say that from north pole come out the field lines, while to the south pole enters the field lines. The iron filing allows one to see that the magnetic field obtained with a magnet or an electromagnet are equal.

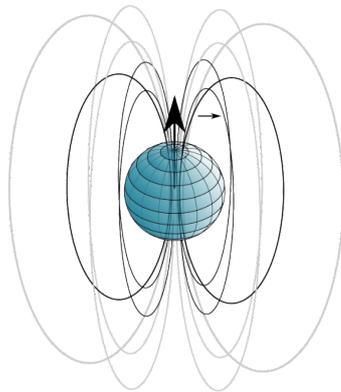


Figure 2- Magnetic field lines Source: Creative Commons CC0
<https://pixabay.com/photo-154887/>

Michael Faraday's observation of the phenomenon of electromagnetic induction in 1831 led to the formulation of a fundamental law in classical physics made precisely for Faraday's law and better known as '*electrical induction law*' (Bricolo, Bellamoli, Manganotti, & Serpelloni, 2010, p. 209).

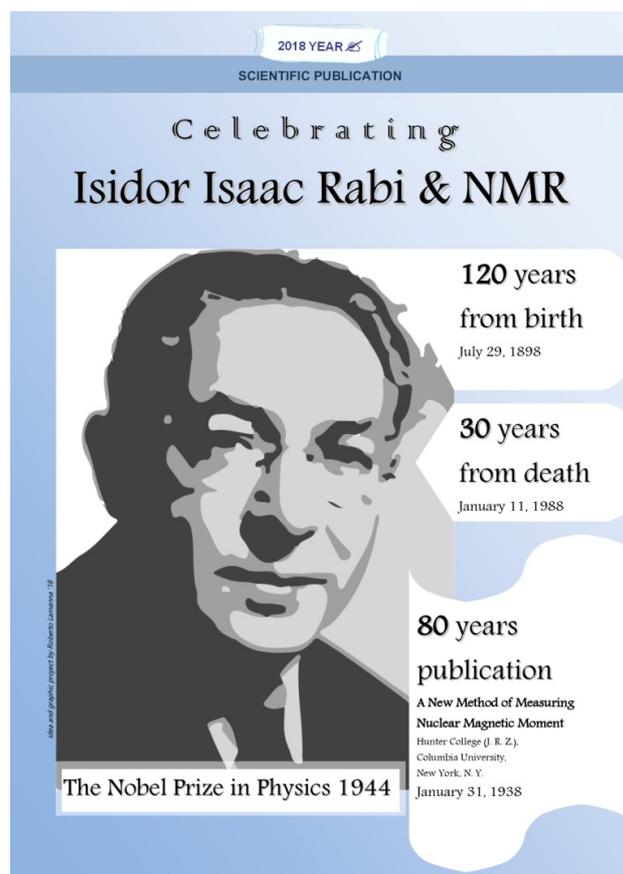


Figure 3 - Posters celebrating the work conducted on the NMR presented at 'Seminário Narrativas História das Ciências' of January 25, 2018 - University of Coimbra (Portugal). Source: © Roberto Lamanna, idea and graphic design for science. PhD course in History of Sciences and Scientific Education at the Institute for Interdisciplinary Research of the University of Coimbra.

Scientists discovered that the proton if subjected to the excitation process, energy is released in the form of an electromagnetic field, and it behaves as a small magnetic dipole. It is equipped with a positive electrical charge, and this motion is called a *spin*, which allows it to have a magnetic field (Coriasco, Rampado, & Boris Bradac, 2014, pp. 1, 5). All of these contributed to the observation of the phenomenon of nuclear magnetic resonance.

The work of Rabi allowed the recording of the magnetic properties of the atomic nucleus, while that of Purcell and Bloch brought about the creation of a new method of precision measurement of nuclear magnetic properties.

Proctor pioneered the application of the principles of magnetic resonance spectroscopy in 1950. The following year, further work is done by Gustowky and McCall (Coriasco, Rampado, & Boris Bradac, 2014, p. 147).

In 1966 chemist Richard R. Ernst, along with Weston Anderson was able to apply the Fourier transform technique to nuclear magnetic resonance (NMR). This generated the increase in sensitivity and contributed to the evolution of the NMR technique. In the medical field is used '*magnetic resonance imaging*' (MRI) technique referred to as magnetic resonance tomography (MRT). The operating principles are the same as NMR, but the word 'nuclear' has been removed to make people think that this technique uses radio tracers as in the case of nuclear medicine. Not only is MRI used to diagnose diseases such as Alzheimer's, multiple sclerosis, cancer, stroke, it is also used to detect soft tissue breakage and injury. (Domenici & Veracini, XXIX, 2007, pp. 19-21)

The practice of functional magnetic resonance imaging (fMRI), resulting from the evolution of magnetic resonance (MR), is used to study the human brain by recording the change in blood flow and brain oxygenation due to sensory stimuli, which allows the correlation of the task with the brain area that is activated (Fondazione Umberto Veronesi, s.d.). Many are its applications in neuroscience.

2. Brief Notes on the Brain, the Neuron and the Study of the Nervous System

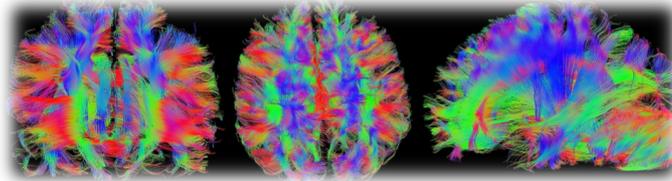


Figure 4:

Source: Creative Commons CC0 - <https://pixabay.com/photo-1728449>

2.1. Brain Anatomy

The term 'brain' is used to refer to the human brain, which consists of three parts:

- hindbrain located at the base of the skull, including the cerebellum and brainstem,
- mesencephalon and
- prosencephalon subdivided into:
 - diencephalus, which consists of the thalamus, hypothalamus, pituitary, and hippocampus, and
 - telencephalon, which is the most advanced part. The cerebral cortex is the most voluminous part present in the skull. It is divided into two cerebral hemispheres and is traversed by deep fissures, which distinguish each of the lobes according to its own function. Each hemisphere has a lobe temporal, frontal, parietal, and occipital. The brain is protected by the meninges and the cerebrospinal fluid.

(Focus.it, 2017)

2.2. The Neuron

The brain constituent cell units are neurons, which collect, process and transfer nerve impulses. Each neuron consists of soma (known as the cell body), dendrites, an axon coated with myelin sheath (made by Schwann's cells) and oligodendrocyte to speed up the transmission pulse, which leaves some uncovered points called nodes of Ranvier. The neurons communicate with each other by means of chemical and electrical synapses.

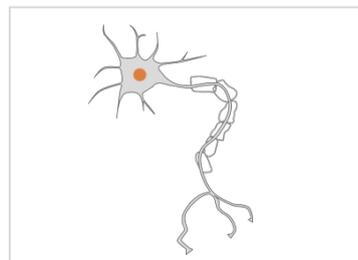


Figure 5: Neurone

Source: Creative Commons CC0 <https://pixabay.com/photo-1294021/>

The Italian scientist Camillo Golgi, known for his discovery of 'black reaction'¹, was the first to observe the thin anatomy of the neuron. Subsequently, Spanish neuroscientist Santiago Ramón y Cajal stated that each neuron is distinct from the others. (Focus.it, 2017).

Professor Giacomo Rizzolatti² and his team discovered the 'mirror neurons', a biological mechanism that allows humans to connect with other people. The Synapse Institute created by Six Seconds Institute in Menlo Park³ is an example that shows the importance of adopting new methods based on neuroscientific findings (Paselli, 2015, p. 5).

2.3. Study on the Nervous System

The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1906 was jointly awarded to Camillo Golgi and Santiago Ramón y Cajal "in recognition of their work on the structure of the nervous system" (Nobel Media AB 2014). They paved the way for a new field of research, namely the study of the nervous system, which is now called neuroscience.

Neuroscience is the set of scientific studies based on different disciplines, such as biology, psychology, computer science, mathematics, physics, philosophy, and medicine, for the study of the nervous system (Cooper, s.d., p. 1). In the fourth edition of Principles of Neural Science, neuroscientist Eric Richard Kandel⁴ he writes:

«The task of neural science is to explain behavior in terms of the activities of the brain. How does the brain marshal its millions of individual nerve cells to produce behavior, and how are these cells influenced by the environment ...? The last frontier of the biological sciences - their

¹ Golgi's method or impregnation method of selective nerve cell with chromoargentic salts, method invented in 1873.

² Emeritus Professor of Human Physiology at the University of Parma and coordinator of the "Brain Center for Social and Motor Cognition" Italian Institute of Technology (IIT). In 1992 with his team of scientists he discovered the "mirror neurons".

³ www.synapseschool.org

⁴ Nobel Prize for medicine in 2000 for their discoveries concerning signal transduction in the nervous system'. https://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2000/ website

ultimate challenge - is to understand the biological basics of consciousness and the mental processes by which we perceive, act, learn, and remember».
(Cooper, s.d., p. 2)



Figure 6: Nerve cells
Source: Creative Commons CC0 <https://pixabay.com/photo-2213009/>

3.A Brief History of Magnetic Resonance in Medicine

Faraday has bequeathed to mankind the '*electrical induction law*'. Faraday's research in 1831 has progressed over time through the cooperation of many physicists, whose contributions made the observation of the magnetic resonance phenomenon.

The 1938 article "*A New Method of Measuring Nuclear Magnetic Moment*" represents a milestone in magnetic resonance imaging.

«Rabi fece passare un fascio di cloruro di litio (LiCl) attraverso un campo magnetico costante e molto intenso. Perpendicolarmente a questo campo magnetico fisso, venne applicato un campo magnetico oscillante con frequenza variabile, creando pertanto la conduzione di risonanza»¹

(Biagi, Cosottini, & Tosetti, 2014, p. 35)

Scientists have made numerous contributions to the development of the medical applications of NMR. The first development in the twentieth century was from physicists Edward Purcell and Felix Bloch who developed, independently of one another, a method for the magnetic observation of the nuclei of molecules in liquid or solid phase.

Later in 1966, Richard Ernst increased the sensitivity of the technique using the Fourier transform (FT) on NMR for image reconstruction. In 1973, Paul Lanterbur provided important insights on the use of NMR in the medical field and created a prototype MRT with magnetic field 0.1 T.² In addition, Peter Mansfield proposed techniques to transform magnetic resonance signals into images, and obtained the first image of human anatomy *in vivo* in 1977, paving the way for this method in the medical field. In 1981 was opened the

¹ Rabi passed a beam of lithium chloride (LiCl) through a constant and very intense magnetic field. Perpendicular to this fixe magnetic field, an oscillating magnetic field was applied with variable frequency, thus creating resonance conduction.

² Tesla (T): derived unit of the International System (SI) in honour of the Croatian-born scientist Nikola Tesla who fused on electricity and magnetic fields. The Tesla is the unit measuring the magnetic field.

market for magnetic resonance tomography in the clinical setting.¹ Magnetic resonance spectroscopy provides useful information for neurometabolic studies and energy balance as it allows the monitoring the oxygen consumption. Each MR system consists of four basic parts: magnet, gradient coils, radiofrequency system for transmitting and receiving the signal, and the control system for the calibration, acquisition and generation of images. Currently, there are ultra-high field in technology systems with MR magnetic fields greater than 7 Tesla. (Biagi, Cosottini, & Tosetti, 2014)



Figure 7: MRI Equipment

Source: Creative Commons CC0 <https://pixabay.com/photo-2815637/>

4. Techniques and Applications of Magnetic Resonance imaging

The main imaging techniques used in magnetic resonance for the brain include:

- structural magnetic resonance imaging (sMRI), which can detect the presence of abnormal tissue;
- functional magnetic resonance imaging (fMRI), which is an ultra-fast technique that can detect changes in the brain based on the ratio of oxygenated and deoxygenated hemoglobin. This parameter monitors the functionality of the brain from the moment the neurons need oxygen to function;
- resting-state functional magnetic resonance imaging (Resting-state fMRI), which monitors the cortical function and verifies the functional connectivity in a resting state (RFC);
- neurofeedback (in real time fMRI), which allows fast, real-time processing of the images during the scan of the subject;
- diffusion weighted imaging (DWI), which enables the study of the diffusivity of water molecules in the brain; and
- magnetic resonance spectroscopy (MRS), which is used to stimulate a specific nucleus of interest (i. e. the proton (1H), carbon, phosphorus, or fluorine) and facilitates the study of chemical substances present in the brain, such as the N-acetylaspartate (NAA) which indicate the health of the neuron; the myoinositol, which indicates the state of health of the glia cells; the choline compounds, useful for the synthesis of cell membranes; and the

¹ According to national and international standards on limits, the MR commercial systems adhere to the parameter of specific absorption accrual (SAR), which is the tissues' absorption of the power radio frequency (RF) energy per unit mass.

creatine compounds, which are important for the maintenance of cellular energy and health. This technique can provide information on the study of neurological diseases.

(Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Baler, 2012, pp. 33-34, 36, 38-40)

—One technique that arouses interest is the continuous arterial spin labelling (cASL) technique, which marks the continuous spin protons of water contained in the blood (Coriasco, Rampado, & Boris Bradac, 2014, pp. 135-136) and the technique electromagnetically stimulates the brain tissue, which are described in more detail below.

4.1. Continuous Arterial Spin Labeling (cASL)

Continuous arterial spin labelling or cASL magnetises water molecules to non-invasively study the blood flow variation by exploiting water as an endogenous tracer. This technique can be applied without risk to neuroscience because it allows us to understand how much oxygen and nutrients get into the nervous tissue through the cerebral blood flow (CBF). (Zoccatelli, Alessandrini, Serpelloni, & Federspiel, 2012, p. 64)

4.2. Transcranial Magnetic Stimulation

The transcranial magnetic stimulation (TMS) survey instrument artificially activates neurons by electrical current generated by the magnetic field, and this is the reason why it is used in the field of neuroscience of cognition, to study neuropsychological functions and neurological and psychiatric disorders. This method is non-invasive; hence, it allows the study of brain functions. Appropriate methodological attention to ensure that this technique is safe. However, this method is not recommended for patients with epilepsy, cardiac pacemakers, or metal prostheses. Compared to fMRI, TMS has many advantages – it allows the production of virtual lesions by choosing the cortical zone and the investigation of effects caused by such injuries without causing complications in the area under examination. (Bricolo, Bellamoli, Manganotti, & Serpelloni, 2010, pp. 210, 213)

5. Magnetic Resonance and its application in neuroscience

In the field of neuroscience, fMRI is used for pre-surgical planning, for carrying out cortical activation studies during the performance of cognitive processes, and for presurgical mapping in the case of patients with partial epilepsy, stroke,¹ cognitive disorders, anxiety, panic attacks and dependencies (Alessandrini, Zoccatelli, & Beltramello, 2010, pp. 136-138).

The areas of intervention may be added to the medical and educational fields, as well as in training, teaching, and monitoring the state of health, especially mental health.

In the particular case of the brain, considering that each lobe has a function and a lesion may cause overt damage in an individual, the MRI technique allows the identification of possible damage to the lobe:

—the frontal lobes can cause problems in voluntary movements, with apathy, difficulty in processing new information, and inappropriate behaviours;

—the parietal lobe can induce apraxia and problems in calculation and writing;

—the temporal lobe can provoke Wernicke's aphasia or the inability to control one's feelings; and

—the occipital lobe can bring about cortical blindness and hallucinations. (Huang, s.d.)

¹ Brain stroke



Figure 8: Possible examination area with fMRI cerebral cortex
Source: Creative Commons CC0 <https://pixabay.com/photo->

5.1. Early Diagnosis of Learning Disorders and Deviant Behavior

Locating damage in one of the areas described above with MRI could be a routine examination in the educational, training, and pedagogical fields.

In schools, action training is implemented through the analysis of educational needs, design, training implementation, and evaluation (Lamanna, Roberto, 2017, p. 39). However, prior investigation could be conducted by the school as an educational agency that collaborates with the family to ensure excellent work among teachers and school staff, which promotes the education and growth of each individual learner. Using the MRI, which is certified as an objective technique, ensures a healthy brain that is equivalent to the prevention of learning difficulties and school failure and of distress (negative stress) among families who constitute the first educational agency.

5.2. Use and drug addiction

The NMR imaging is one of the main neuroimaging techniques that allows non-invasive investigations to discover how the brain is affected by drug use and addiction. Among the drugs that act on brain structures and which cause addiction include marijuana, cocaine, opiates, methamphetamine, and hallucinogens. Other addictions are related to alcohol abuse, nicotine, gambling, obsessive and intense use of the internet and the uncontrolled consumption of food. (Serpelloni, Alessandrini, Zoccatelli, & Rimondo, 2012, pp. 17-26).



Figure 9: Magnetic Resonance Imaging (MRI)
Source: Creative Commons CC0 <https://pixabay.com/photo-2813908/>

6. Conclusions

Since an electric current can generate a magnetic field and the latter can generate an induced current, once a rapid magnetic field variation is applied to an area of the human body, such induced current causes magnetic stimulation.

The work of physicists, such as Rabi, Purcell, and Bloch enabled the observation of magnetic field, from which the observation of nuclear magnetic resonance originated. In 1950-51, Proctor, Gustowky and McCall introduced the application of NMR in the field of spectroscopy.

The observations of Faraday gave rise to the magnetic pulse stimulation of the brain tissue. At first, the results were very limited; in fact, it was only in 1985 that the first commercial magnetic cortical stimulator was created. (Bricolo, Bellamoli, Manganotti, & Serpelloni, 2010, pp. 209-210)

People who have contributed to the history of MRI in the medical field include the 1991 Nobel Prize for chemistry winner Richard Robert Ernst, the American doctor Raymond Damadian, the American physicist William Alan Edelstein, and the 2003 Nobel Prize for medicine winners Paul Christian Lauterbur and Peter Mansfield.

Today MRI spectroscopy allows to analyze various metabolites, some of which are localized in neurons, in order to understand if a tissue is healthy or sick. The major metabolites are evaluated: N-acetylaspartate (NAA), Choline (Cho), Creatine (Cr), Myo-inositol (Mi), Lactate (Lac) and lipids (Lip), Glutamate (Glx) (Coriasco, Rampado, & Boris Bradac, 2014, pp. 210, 212).

At the end of the nineteenth century histological studies of the nervous system done by Italian Camillo Golgi and the researches of the Spanish Santiago Ramón y Cajal led to 'the neuron theory and the dynamic polarisation principle of the neuron'¹ that laid the foundation for neuroscience. The use of multiple MRI techniques allows the observation of the presence of mirror neurons, which were discovered in 1992 by a group of researchers from the University of Parma headed by Prof. Giacomo Rizzolatti.

The MRI is the most important examination technique in neurology and neuroradiology² it enables the study of the anatomy and functioning of the central and peripheral nervous system (Zoccatelli, Alessandrini, Serpelloni, & Federspiel, 2012, p. 56).

References

ALESSANDRINI, F.; ZOCCATELLI, G.; BELTRAMELLO, A. — La risonanza magnetica funzionale: limiti e obiettivi. In SERPELLONI, G.; BRICOLO, F.; GOMMA, M. (Eds.), *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*. 2a ed.. Verona, Italy: Coordinamento editoriale a cura di: Annalisa Rossi - Dipartimento delle Dipendenze, ULSS 20 Verona, 2010.

BIAGI, L.; COSOTTINI, M.; TOSETTI, M. — La risonanza magnetica a 7T: dalla ricerca di base alle applicazioni sull'uomo un intreccio tra fisica, chimica, ingegneria e fisiologia al servizio della medicina. *Il Nuovo Saggiatore. Bollettino della società italiana di fisica*. 30:3-4 (2014) 34-48.

BRICOLO, F. A.; BELLAMOLI, E.; MANGANOTTI, P.; SERPELLONI, G. — La Stimolazione Magnetica Transcranica: cenni storici e funzionamento. In G. Serpelloni, F. Bricolo, & M. Gomma (Eds.), *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*. (2^a ed.). Verona, Italy: Coordinamento editoriale a cura di: Annalisa Rossi - Dipartimento delle Dipendenze, ULSS 20 Verona, 2010.

Cooper, D. C. — *Introduction to Neuroscience I. CU Neuroscience Series*. S.d.

¹ http://marcopiccolino.org/historical_articles/ITAL_Cajal%202006%20Naturalmente.pdf

² Branch of radiology.

Coriasco, M., Rampado, O., & Boris Bradac, G. (2014). *Elementi di risonanza magnetica. Dal protone alle sequenze per le principali applicazioni diagnostiche*. Milan, Italy: Springer-Verlag Italia S.r.l.

DOMENICI, V.,; VERACINI, C. A. — Risonanza magnetica nucleare: passato, presente e futuro di una tecnica spettroscopica che ha cambiato la chimica e non solo. *Giornale di Didattica della Società Chimica Italiana. La chimica nella scuola*. 39:1 (2007).

Focus.it. (2017, June 26). *Come funziona il cervello*. (Mondadori Scienza S.p.A.) Retrieved February 1, 2018, from Website magazine Focus: www.focus.it/scienza/salute/come-funziona-il-cervello

Fondazione Umberto Veronesi — *Risonanza magnetica funzionale (fMRI)*. Retrieved December 11, 2017, from Website Fondazione Umberto Veronesi - per il progresso delle scienze: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/guida-agli-esami/risonanza-magnetica-funzionale-fmri>

HUANG, J. — *Disfunzione cerebrale in base alla sede*. Retrieved February 5, 2018, from Website MANUALE MSD. Versione per i pazienti: <http://www.msmanuals.com/it/casa/disturbi-di-cervello,-midollo-spinale-e-nervi/disfunzioni-cerebrali/disfunzione-cerebrale-in-base-alla-sede>

LAMANNA, Roberto — *Tra libera professione e ruoli dirigenziali. Uno studio sulla funzione del pedagogista oggi*. Rome, Italy: Stamen Pubblicazioni Universitarie, 2017.

Nobel Media AB 2014. (n.d.). *The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1906*. Retrieved February 8, 2018, from Website Nobelprize: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1906/

PASELLI, M. (2015, November 5). *I love my brain [Ricerca e apprendimento]*. Retrieved February 1, 2018, from Website AMS Campus. Institutional Course Materials Repository: <http://campus.unibo.it/206709/13/articolo%20cervello.pdf>

SERPELLONI, G. et al. — Update sulle evidenze scientifiche del neuroimaging nelle dipendenze. In G. Serpelloni, F. Alessandrini, G. Zoccatelli, & C. Rimondo (Eds.), *Neuroscienze delle dipendenze: il neuroimaging. Manuale per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze* (A. Rossi, Trans., 3a ed.). Roma, Italy: Dipartimento Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2012.

The Editors of Encyclopædia Britannica — *Magnetic field*. Tratto il giorno February 9, 2018 da Website Encyclopædia Britannica Online: <https://www.britannica.com/science/magnetic-field>. S.d.

VOLKOW, N. D. et al. — Introduzione. Le neuroimmagini delle dipendenze. In G. Serpelloni, F. Alessandrini, G. Zoccatelli, & C. Rimondo (Eds.), *Neuroscienze delle dipendenze: il neuroimaging. Manuale per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze* (A. Rossi, Trans., 3a ed.). Roma, Italy: Dipartimento Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri. 2012.

ZOCATELLI, G. et al. — Uso di sostanze stupefacenti e cervello: le nuove frontiere del neuroimaging. In G. Serpelloni, F. Alessandrini, G. Zoccatelli, & C. Rimondo (Eds.), *Neuroscienze delle dipendenze: il neuroimaging. Manuale per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze* (A. Rossi, Trans., 3a ed.). Roma, Italy: Dipartimento Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2012

“WHY IT IS RELEVANT TO PROTECT AN ATHLETE'S RIGHT TO HEALTH IN THE MENTAL SPHERE: LEGAL AND HEALTH IMPLICATIONS OF DOPING”

Elena Atienza Macías

University of the Basque Country UPV/EHU

Faculty of Law - Chair in Law and the Human Genome Research Group, Bilbao, Spain

Postdoctoral Researcher at the University of the Basque Country UPV/EHU

Visiting Researcher of the University of Coimbra. Faculty of Law - Centre for Biomedical Law. Faculty of Law - the Institute for Legal Research

Email:elena.atienza@ehu.eus

Resumen

De las numerosas reflexiones que subyacen al fenómeno del dopaje, las implicaciones jurídico-sanitarias son objeto de estudio en este trabajo. Desde esta perspectiva, abarca el término “salud” en sentido amplio que comprende no sólo la salud física sino también mental o psíquica, problemática que no ha recibido hasta el momento toda la atención que merece y de ello la necesidad de un análisis pormenorizado. El objetivo de este trabajo es, por tanto, dibujar a grandes rasgos el panorama general de los efectos que desencadena el dopaje para la salud del deportista en los ámbitos indicados: físico y, en especial, psíquico. En particular, los efectos psíquicos secundarios que entraña el dopaje en el ámbito deportivo —que se traducen en numerosas ocasiones en enfermedades mentales—, los cuales y a tenor de algunos casos reales afectan incluso a la descendencia del propio deportista. Asimismo, se aborda el asunto estrictamente jurídico del juego de responsabilidades de los agentes implicados en supuestos de dopaje.

Palabras claves: Dopaje. Salud. Enfermedad mental. Sustancias y métodos prohibidos. Adicción. Responsabilidad jurídica.

Abstract

When studying doping issues in depth from a multidisciplinary approach, one is faced with material considerations which involve serious and complex problems and that consequently give rise to outstanding reflections of different nature, but the issues underlying the health sphere are also addressed. Thus, in this work the term “health” refers not only to physical health but also to mental or psychological aspects, which until now have not actually received the kind of attention they deserve, and consequently a more detailed and accurate research should be carried out in this regard. Thus, the ultimate purpose of this work is to address the abovementioned questions in order to be able to offer a general background of the health risks and the side effects which doping gives rise to from both a physical, and particularly, a psychic viewpoint. In the light of all this, this research addresses the psychic side effects triggered by doping in sport, which in many cases result not only in the mental illness of the practitioner, but they also impair the health of the athlete's offspring, and there is some evidence in this regard. Lastly, the legal implications of these issues, namely, the liability of those involved in doping cases is also considered.

Keywords: Doping; Health; Mental illness; Prohibited Substances and Methods; Addiction; Legal responsibility.

1.Preliminary remark

This publication is based on the oral presentation “The protection of athletes' right to health regarding sport. Special consideration of mental health” delivered by Dr. Elena Atienza Macías at the “IX International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / I Internacional Symposium Women and Madness”.

We place on record that the aforementioned International Congress was organized by the *Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde -SHIS* and by the *Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — GHSCT-CEIS20* and thanks to the extraordinarily scientific coordination of Prof. Dr. João Rui PITA and Prof. Dr. Ana Leonor PEREIRA and took place on 7, 8 and 9 of May, 2018, in the Faculty of Pharmacy Auditorium, at the University of Coimbra.

Although this is an independent work, since, on the one hand, the author has made an additional effort to adapt her participation as a speaker at the aforementioned International Congress to the demands of an academic publication and, on the other, and more importantly, her research has been substantially expanded, developed and updated including the relevant novelties regarding the impact of anti-doping regulation. It should also be noted that renowned specialists in the field of doping have joined the bibliographical list that the author has included as an appendix to this publication, in order that the contributions of these well-known authors can offer more light around the questions raised.

Likewise, it is also necessary to bear in mind that this publication is framed within the Basque Government Postdoctoral Program. Dr. Elena Atienza Macías is part of this research program which is jointly developed between the University of the Basque Country UPV/EHU (Chair in Law and the Human Genome Research Group) under the supervision of Prof. Dr. Carlos María Romeo Casabona and the University of Coimbra (Centre for Biomedical Law) under the supervision of Prof. Dr. André Gonçalo Dias Pereira and Prof. Dr. Alexandre Libório Dias Pereira as well as within the Institute for Legal Research under the supervision of Prof. Dr. Alexandre Libório Dias Pereira.

Last but not least, it should be noted that both the presentation which gave rise to the Conference and this publication have been made possible thanks to the grant received from the Basque Government (con Ref. No. IT1066-16) to support the activities of the Basque University System Research Groups.

2.State of the art

Perhaps one can ask oneself what link the two themes can have, on the one hand, doping, limited to the sports field and, on the other, mental illnesses and disorders. In this respect, I could not figure how best to begin this chapter dealing with the sport and mental health, but by including a real case that happened in the seventies, but has not lost any relevance at all.

As a matter of fact, on September 15, 1973, Danish discus thrower Kaj Andersen committed suicide by jumping from the tower of Viborg Cathedral, in Denmark, one year after his failure at the Munich Olympic Games. Previously, he had been a patient in a hospital for the mentally ill, since the consumption of anabolic steroids had affected his psychic stability, generating aggressive behaviours.

3.Introduction and premises of the study

When studying doping issues in depth from a multidisciplinary approach, one is faced with material considerations which involve serious and complex problems and that consequently give rise to outstanding reflections of different nature, but the issues underlying the health sphere are also addressed.

Thus, in this work the term “health” refers not only to physical health but also to mental or psychological aspects, which until now have not actually received the kind of attention they deserve, and consequently a more detailed and accurate research should be carried out in this regard. Thus, the ultimate purpose of this paper is to address the abovementioned questions in order to be able to offer a general background of the health risks and the side effects which doping gives rise to from both a physical, and particularly, a psychic viewpoint. In the light of all this, this paper addresses the psychic side effects triggered by doping in sport, which in many cases result not only in the mental illness of the practitioner, but they also impair the health of the athlete's offspring, and there is some evidence in this regard.

It should be noted that, together with this aspect of protecting the health of the athlete, *the guarantee of a level playing field* between competitors and the preservation of *sporting values*, are the three fundamental pillars that justify the anti-doping regime

4. Doping in the biomedical field

4.1. Approach to the notion of doping

With regard to the concept of doping, there is some difficulty in defining it, since there is still no universal definition of doping that has been unanimously accepted.

It seems appropriate to refer to the definition proposed at the **First European colloquium on sports medicine**; the council of Europe (coe) established the following definition of doping in 1963:

“The administering or use of substances in any form alien to the body or of physiological substances in abnormal amounts and with abnormal methods by healthy persons with the exclusive aim of attaining an artificial and unfair increase in performance in competition. Furthermore, various **psychological measures** to increase performance in sports must be regarded as doping”.

This definition is based on the harm caused to the practitioner of the sport activity, many other definitions focus on a legal aspect because it will only be doping when the presence of substances in the body of the athlete is verified. These substances should appear on a list incorporated into a rule of positive law.

4.2. Substances and methods used in doping

4.2.1. Substance administration

Indeed, doping refers to the use of an artifice, whether substance or method, which is likely to improve an athlete's performance. Therefore, one of the forms of doping is through the administration of substances.

In this respect, the creation of the world anti-doping agency has been a very important milestone, particularly in its mission to unify the list of prohibited substances, and it can be said that thanks to it this unification has practically been achieved.

In Spain, since 1990 the national sports council has been responsible for drawing up and periodically reviewing the list of substances. Currently the list approved by resolution of december 21, 2018, of the presidency of the national sports council is in force, which approves the list of substances and methods prohibited in sport.

In Portugal portaria n.º 329/2018, of 20 december, 2018, is in force. Approves the list of substances and methods prohibited as from 1 january 2019 as an annex to that order, which forms an integral part thereof. The portuguese anti-doping authority (adop) is the

national anti-doping organization with control functions and in the fight against doping in sport.

And why a certain substance is included in the list of prohibited substances?

1. Firstly, because the substance in question has a clear ergogenic action, which means that it is conducive to physical performance, which would be an illicit advantage.

2. Secondly, that its use endangers the health of the athlete.

3. And finally, a determining factor for a substance to be included in the list is that it is used as a means of disguising or hindering the detection of doping substances in the strict sense.

4.2.2. Other doping methods or techniques

In addition to the substances, there are other methods or techniques of doping, such as *blood doping* or what is commonly known as *gene doping*, which will be a new challenge. Nevertheless, these methods do not have such a high incidence or now is unknown about the psychic effects, which are what we are dealing with in this chapter of the book.

5. Doping from a psychological-psychiatric perspective

5.1. Psychological reasons that lead to doping

This section aims to delve deeper into a disturbing question: Why do athletes take drugs? What psychological reasons lead the athlete to make such a decision?

We can say that the factors that can induce the athlete to take drugs can be: on the one hand, the *benefits* of victory and, on the other hand, the *pressures* suffered by the athlete.

As far as the benefits of victory are concerned, these can be quantified on an *economic* level. On the other hand, from a *social* perspective, sport as an open social system interacts with other systems. Thus, victory or success provide prestige and social recognition, sometimes even elevating the athlete to the category of idol or myth.

Moreover, it is important to point out the reason of *personal* nature, that is to say, the degree of personal satisfaction and self-esteem are directly related to the degree of success achieved and the degree of success attributed by others.

Finally, it is not new or unknown the great pressure that the athlete suffers throughout his/her sporting career. The athlete's performance in the competition is absolutely conditioned to overdimensioned expectations originated by the numerous economic and media interests deposited in high level sport.

5.2. Biomedical side effects of doping. Special consideration of the psychic effects on the athlete: addictions, psychic anomaly and mental illness

Although anti-doping controls, laboratory analyses and such activities have been expanded and developed, nowadays, there is still a lack of knowledge about the biomedical side effects of doping, which is a pending issue among the general public, athletes and the world of sport. Greater knowledge of the immediate and long-term physical and, in particular, psychological effects of doping is essential among coaches and sportsmen and sportswomen, particularly among young sportsmen and sportswomen, in order that they resist the temptation of doping.

Contemporary medicine, physiology, biochemistry, genetics and pharmacology bring with them infinite possibilities for improving performance in sport. Although the medicines are primarily designed to cure people suffering from different diseases, that is to say, they have a predominantly curative purpose, they are also misused by *healthy* athletes to gain an additional advantage over other competitors in spite of possible negative side effects of short and long duration.

5.2.1. Doping substances, sports in which they predominate and psychic effects

To illustrate the matter, this table is included, with some of the substances most frequently used by athletes, indicating the sport in whose presence it is most evident, describing the side effects of each of them.

Doping substance	Sport	Psychic effects	Considerations
Stimulants - cocaine, amphetamines, methylphenidate (Ritalin) - nicotine, caffeine	Cycling	Nicotine affects the brain quickly, and it is highly addictive, like heroin.	Psychological reasons
Narcotics	Boxing Athletes with violent activities	Psychic changes manifested in the course of psychosis	High risk addiction
Beta-2 agonists - clenbuterol and salbutamol (e.g. Ventolin, Volmax)			Controversy: therapeutic purpose
Cannabinoids		Psychic changes similar to those manifested in the course of psychosis	Doping or addiction purpose?
Steroids	Football weightlifting, weight lifting, bodybuilding	Irritability, aggressiveness, personality disorders	

* Source: EU Project «Harmonising the knowledge about biomedical side effects of doping»

A) stimulants

The most popular stimulants used for doping purposes are: *cocaine*, *amphetamines*, *ecstasy* and *methylphenidate* (ritalin). *Nicotine* and *caffeine* are also frequently used as stimulants but are not banned in sport.

Amphetamines became the drugs chosen by athletes, especially in sports such as cycling.

Nicotine affects the brain quickly, like other inhalants, producing sensations of pleasure, such as cocaine, and it is highly addictive, such as heroin.

B) narcotics

Narcotics are substances that cause pain relief and alterations of mood or behaviour, from sleep and total immobilization of the body to euphoria and overexcitation.

They exert a powerful action against stress, depression and psychosis.

Thus, the use of these substances is frequent in sports, as is the case of boxing, among athletes who participate in violent activities.

C) beta-2 agonists

They are more commonly known as asthma "relievers" or bronchodilators. The best-known representatives are clenbuterol and salbutamol (for example, ventolin, volmax) used mainly for the treatment of asthma and bronchial spasms.

This issue can be linked to the therapeutic use of doping (for asthma, the ventolin) that has generated a strong controversy.

D) cannabinoids

Cannabinoids are substances capable of inducing psychic changes similar to those manifested in the course of psychosis. The competitors of the extreme sports and combats are more susceptible to the use of them.

E) anabolic androgenic steroids (aas)

They have been widely used by elite athletes among others to gain strength and muscle mass. They are especially attractive in professional football, weightlifting and bodybuilding.

5.2.2. The specific case of addiction. Doping with prohibited substances and addiction to harmful substances, two different but converging scenarios?

The definitions of doping provided by the international olympic committee and the spanish law concerning sport itself refer to the fact that the consumption of a substance or the use of a method are aimed at “artificially increasing the physical capacities of athletes or modifying the results of competitions”, which implies conceiving doping as a sporting phenomenon linked to the competition.

This nuance is not just meaningless, as it becomes necessary when doping is equated with drug addictions. Thus, although it is true that in the official lists of pharmacological groups and prohibited methods there are toxic or narcotic substances □ such as those that we have just mentioned □ one need only review the criteria which, by international consensus, define drug dependence in order to verify that it has nothing to do with doping and that the use of doping substances by the athlete does not follow a pattern which can be assimilated to that which clinically characterises drug addiction.

These considerations led some authors¹ to understand that neither the pattern of consumption nor the motivations of the athlete who injects epo have anything to do with those of the heroin addict, for example. Even in the case of common substances, such as cocaine, what usually happens when an athlete tests positive for it is that the person concerned is a cocaine addict who does sports and not an athlete who uses the drug to improve his performance.

5.2.3. Media impact of the issue. Study of some famous cases

A case that fits with the above and has put on the spot the subject of doping and addiction, is the case of the swimmer michael phelps, on suspicion of his specific addiction to marijuana.

Another notorious event is the case of florence griffith joyner, who surprisingly died at an early age of 38, victim of a cerebral apoplexy. Her early death reactivated the controversy over the causes of her death, possibly related to the drugs she consumed in her time as an athlete. Some classify her records in speed athletics as one of the greatest scandals in the history of doping, even though there was never any proof of it.

The case of lyle alzado, one of the most violent and effective football players died at age 43 due to a brain tumor. Before his death, the athlete himself had attributed his health problems to the consumption of anabolic agents (growth hormones or steroids).

And an extreme case is the one we commented on at the beginning of this book chapter: the danish discus thrower kaj andersen who committed suicide a year after his failure at the munich olympic games. His excessive consumption of anabolic agents led him to be hospitalized in a psychiatric hospital.

5.3. Other possible effects: psychological effects on the athlete's offspring

The purpose of this section is simply to provide a reflection from which further and more complete studies may be based with regard to possible side effects of doping, in the form of illness or other mental disorders, which affect the athletes' offspring who use doping substances or did so during their time as active athletes. Thus, in order to improve

¹ Cfr. NARANJO, José Orellana. La lista de sustancias farmacológicas prohibidas: dopaje y medicación del deportista. En: GARRIDO, Antonio Millán (Coordinador). Régimen jurídico del dopaje en el deporte. Barcelona, España: Editorial Bosch, 2005, pp. 182 ff.

sportsmanship, dna mutations can be caused and therefore children can be born with mental disabilities.

It is not in vain that, there are cases of children with mental disorders, for example, epilepsy (one good example of this was the case of the son of the english football star, david beckham who was diagnosed with this disease. This matter generated a great deal of controversy). While it is true that to date it has not been proven that there is a direct relationship or a causal relationship between the ingestion of doping substances and the emergence of mental illness in offspring is an interesting avenue of research to be explored.

6. Conclusions and recommendations for further research

It can be concluded that most of the doping substances used in sports cause complex, immediate and long-lasting changes in the central nervous system manifested through psychiatric and psychiatric symptoms. These changes are associated with other negative side effects that occur in the body, that is to say, at the physical level.

It should be noted that, in a large number of cases, athletes are not fully aware of the danger of the psychological consequences of doping abuse and possible addiction to the medicines they take, which is based on the lack of informed consent of the passive subject. On the other hand, the social environment with a greater acceptance of the use of "recreational drugs" could encourage an easier use of doping substances, especially by young athletes. These facts have a strong impact on the need for information and education programmes on the psychological side-effects of doping abuse, for athletes and for the so-called "athlete's environment".

All of this within a strong pressure that falls on the athlete, in which his/her performance in competition is absolutely conditioned to excessively high expectations arising from the many economic and media interests deposited in high level sport, makes doping a responsibility that goes beyond the athlete, and involves to the whole network of the sporting world, although not always as a specific crime.

7. Bibliography

1. ATIENZA, Elena Macías; ARMAZA Emilio José Armaza. El dopaje en el Derecho Deportivo actual: análisis y revisión bibliográfica, Colección Derecho Deportivo, Madrid, España: Reus, 2016.
2. BARON, David A.; MARTIN, David M.; MAGD, Samir Abol. Doping in sports and its spread to atrisk populations: an international review, *World Psychiatry*. World Psychiatric Association (WPA) — Geneva, Switzerland, Elsevier Masson, v.6, n.2, 2007.
3. CASABONA, Carlos María Romeo. Consideraciones jurídicas sobre los procedimientos experimentales de mejora (*enhancement*) en neurociencias. En: CASABONA, Carlos María Romeo (Editor). Más allá de la salud. Intervenciones de mejora en humanos. Comares, Bilbao-Granada, España: Editorial Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, 2012.
4. DEGLO, J.J. Intensive sport and risk of heroin addiction. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. v. 3, n. 2, 2001.
5. GILLERMAN, Jonathan D. Calling Their Shots: Miffed Minor Leagues, the Steroid Scandal, and Examining the Use of Section 1 of the Sherman Act to Hold MLB Accountable. *Albany Law Review*, Albany Law School. v.73, n.2, Albany, New York, United States of America, 2010.
6. MIDGLEY, S.J.; HEATHER, N.; DAVIES, J.B. Levels of aggression among a group of anabolicandrogenic steroids users. *Medicine, Science and the Law*, v.41, n.4, 2001.
7. NARANJO, José Orellana. La lista de sustancias farmacológicas prohibidas: dopaje y medicación del deportista. En: GARRIDO, Antonio Millán (Coordinador). Régimen jurídico del dopaje en el deporte. Barcelona, España: Editorial Bosch, 2005.

8.REARDON, Claudia L.; FACTOR, Robert M. Sport Psychiatry: A Systematic Review of Diagnosis and Medical Treatment of Mental Illness in Athletes. Sports Medicine, Springer, v.40, n. 11, 2010.

9.SARIKAYA, Hande; PETERS, Christiane; SCHULZ, Thorsten; SCHÖNFELDER, Martin; MICHNA, Horst (Editors). Congress Manual: Biomedical Side Effects of Doping. International Symposium October 21st, 2006 Munich, Germany, Institute of Public Health Research. München, Germany: Technische Universität München, 2007.

10.STRIEGEL, H.; SIMON, P.; WURSTER, C. *et al* The use of nutritional supplements among master athletes. International Journal of Sports Medicine, 27, 2006.

MORFINÓMANOS EN EL MANICOMIO DE CONXO-GALICIA, 1932. ALGUNOS APUNTES SOBRE LA MORFINOMANÍA DE LOS SIGLOS XIX Y XX (Y SOBRE LA EPIDEMIA DE LA OXICODONA EN EL SIGLO XXI)

Cristina Carcavilla Puey²; David Simón Lorda¹; Jessica Otilia Pérez Triveño²;
Belén Zapata Quintela²; M^a Carmen Alonso García¹.

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde

¹Médico Psiquiatra; ²Médico residente de Psiquiatría.

Email: Cristina.Carcavilla.Puey@sergas.es

Abstract

Morphinomania was a clinical picture that begins to be handled and known by Spanish doctors of the 20s, highlighting the works of the psychiatrist Juarros. We have reviewed the income records of the Conxo asylum (central asylum of Galicia in Santiago de Compostela) from 1887 to 1936, looking for hospitalizations with these diagnoses. The admission were in 1932: one from a woman of 20 years and another from a doctor of 23 years. We reviewed the concept of morphinomania, some works carried out during this period, as well as the pictorial representations of morphinomania in Spanish and European painting of the time, closely linked to the use of morphine in young women. As a final reflection, we established similarities between the medical use and the jump to dependence / abuse of morphine in the 19th and 20th century, and the oxycodone epidemic of Obama and Trump's America.

Keywords: morfinomania; adicciones; manicómio; siglo XX; siglo XXI

Introducción y metodología

Durante la investigación de los documentos del Archivo Clínico del Manicomio de Conxo, Santiago de Compostela, entre 1887-1936, hallamos constancia del ingreso de, al menos, dos pacientes morfinómanos durante la década de 1930 del pasado siglo en dicho centro. A partir de este descubrimiento, pretendemos realizar una revisión histórica de la morfinomanía, desde los orígenes de la propia sustancia, pasando por la influencia que tuvo en diversos artistas y sus obras -con importante repercusión en la pintura de comienzo del siglo XX-, hasta abordar de forma breve la actual epidemia de oxycodona en EEUU. Para el trabajo hemos usado como publicaciones y artículos procedentes de fuentes hemerográficas, textos de la época, además de una extensa revisión bibliográfica de artículos y revistas científicas en la actualidad.

Morfinomanía: Historia y manifestaciones artísticas

a) Europa

En 1806¹, Friedrich Wilhelm Sertürner³ descubre uno de los principales alcaloides del opio⁴ y llega a consumirlo, experimentando euforia, alivio del dolor y de la tos³. Esta sustancia, bautizada inicialmente como *Principium somniferum opii*, pasa a la historia con el nombre⁴ de **morfina**, en honor a Morfeo, dios de los sueños³, debido a sus propiedades².

Su uso comienza en la década de 1830, a través de diversas vías² (oral, transdérmica)³, adquiriendo un lugar preponderante entre los medicamentos de la época gracias a sus inigualables cualidades analgésicas. Su administración intravenosa¹, decuplicando su potencia², fue posible gracias al perfeccionamiento técnico de la aguja hipodérmica que hizo Wood¹ (médico cuya esposa padecía un cáncer incurable y fue la primera persona en

recibir la droga por esa vía y en adquirir el "hábito de la aguja")³ y la invención de la jeringa graduada y con émbolo, en 1853, por Pravaz¹.

A mediados del siglo XIX, la droga era producida comercialmente, usándose como terapia substitutiva para curas de desintoxicación de opio³. La propagación del hábito se benefició del generoso empleo que se hizo de ella en las grandes campañas bélicas de fin de siglo, como la Guerra Francoprusiana (1870-71), en la que la morfina fue usada como el principal analgésico de los hospitales¹ alemanes⁴ y como euforizante para la oficialidad¹.

Progresivamente el uso de la morfina se extiende a otros estratos sociales, principalmente burgueses y artistas, y el acto de pincharse morfina se convierte en signo de modernidad y elegancia¹. Fue una droga muy extendida entre las damas de clase social elevada a finales del siglo XIX, las cuales celebraban reuniones privadas para inyectarse e incluso encargaban a reputados joyeros jeringuillas de plata con incrustaciones de diamantes, cucharas con mangos adornados con rubíes y otros enseres para dicho fin³. Médicos como Notta (1884) o Lavallée (1911) describieron la "kentomanía" o "manía de picadura" consistente en el gran apego que los adictos sienten por su herramienta, no siendo dependientes sólo del producto si no también del objeto que permite su administración, y de todo el ritual constituido en torno a dicho acto².

Con la Revolución Industrial, la oferta se multiplicó y puso al alcance de las clases populares la posibilidad de consumo¹. Según el siglo avanzaba y el uso de la jeringa era cada vez más aceptado, mujeres de todos los niveles económicos comenzaron a inyectarse -ya fuera por razones médicas o por la búsqueda de nuevas sensaciones-, incluso en ámbitos públicos, como el teatro, alcanzándose el culmen a finales del XIX. Los hombres de clase media y baja de la época no fueron la excepción, sin embargo, la preponderancia femenina debe entenderse en el contexto social de una época en la que no estaba bien visto que las mujeres fumaran cigarrillos o bebieran alcohol, convirtiéndose la morfina, por un tiempo, en una legítima vía de escape⁷.

De esta manera, la morfina se inscribió como hábito social de la época, y como tal fue reflejada, especialmente por los novelistas franceses de la década de 1890 (Daudet en "*L'Évangéliste*" (1883), Rachilde en "*Madame La Mort*", (1891), o Villar en "*Les imprudences de Peggy*")⁷, mientras que numerosos artistas crearon representaciones pictóricas que ilustraban el hecho de que las mujeres constituían la mayoría de los adictos a la morfina a finales del siglo XIX. Un ejemplo es la litografía creada en 1897 por Eugène Grasset, "*La Morphinomane*", en la que se presenta a una joven, que transmite un estado de frenesí, inyectándose morfina en el muslo desnudo⁸.

Dado el arquetipo femenino que se había constituido en torno a la morfina, los médicos de la época no consideraron el riesgo que ellos mismos tenían de convertirse en adictos². Este colectivo tenía fácil acceso a las drogas, sus jornadas de trabajo eran largas y las condiciones estresantes, por lo que no es de extrañar que el otro gran grupo de morfinómanos, además de las mujeres, lo constituyera el estamento médico, que vio en la morfina un alivio a su situación. Oscar Jennings, en su libro "*The Morphia Habit*" (1909), señaló que "*el 20% de la mortalidad entre personal médico era debido a la morfinomanía*"⁷.

Al llegar la Primera Guerra Mundial, el consumo de morfina se extendió, una vez más, entre los soldados, que no solo encontraban en ella un potente analgésico para sus heridas, sino un consuelo momentáneo, un instante de evasión de los horrores de la realidad³.

b) España

En cualquier botica de la España de 1900 se podía adquirir un gramo de morfina por el módico precio de 3 pesetas. Poetas y artistas experimentaron con ella, siendo Picasso el más conocido. Sin embargo, en 1908, en plena etapa cubista, abandona su consumo a raíz del suicidio de Wiegels, joven pintor alemán víctima del opio. Pintores como Rusiñol o Anglada Camarasa se sintieron subyugados por las morfinómanas que conocieron en París,

a las cuales dedicaron notables cuadros. Rusiñol, que participó de la Belle Époque francesa, fue adicto, durante 10 años, a la morfina que le prescribieron para paliar los dolores producidos por un cólico renal, y a su regreso de París, pintó un cuadro, "*La morfina*" (1894), en el que puede verse a una mujer postrada sobre una cama, bajo los efectos del alcaloide. Españolas cosmopolitas de su tiempo, como "La Bella" Otero, también se entregaron a los efectos de la morfina. La neutralidad del Gobierno español ante la I Guerra Mundial determinó que muchas personas buscaran refugio en España, principalmente Barcelona, y este aluvión demográfico favoreció la extensión del consumo de morfina al margen de los usos terapéuticos en todos los estratos sociales, aprobándose las primeras medidas restrictivas, consistentes en la obligatoriedad de receta médica para acceder a estas sustancias, en 1918, con la consecuente aparición del mercado negro y un nuevo tipo de delincuencia. En 1926 se funda la *Asociación contra la toxicomanía* en Barcelona, y en 1928 se promulgan las Bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes y se reforma el Código Penal⁹.

El doctor César Juarros fue el principal médico español que se interesó ampliamente por la morfinomanía. En 1919 publica su primer artículo especializado en el asunto, "*Los alcalinos en el tratamiento de la morfinomanía*". En 1920, publicó "*Tratamiento de la morfinomanía*", eludiendo los tintes panfletarios empleados en sus publicaciones por otros colegas. Este tratado constituyó uno de los intentos más serios realizado por un médico español para sistematizar los conocimientos vigentes en la materia. En 1926 apareció publicado un nuevo artículo, "*Diagnóstico de la morfinomanía*", y en 1929 vería la luz su segunda monografía, "*Los engaños de la morfina*". En la década siguiente, aparecería su tercera y última monografía, "*El hábito de la morfina. (Clínica y terapéutica)*", una obra cuidada y bien documentada, que sin embargo no aportó novedades reseñables¹.

Con la proclamación de la II República, la política contra las drogas se intensificó, especialmente con la prohibición de importación y fabricación de heroína en 1932 y la promulgación al año siguiente de la Ley de Vagos y Maleantes⁹.

Fue precisamente en el verano de 1932, en Conxo, el principal manicomio de Galicia, coincidiendo con el ingreso de un paciente con esquizofrenia que sería tratado con mescalina, ingresan en dicho sanatorio dos morfinómanos, arquetipos de los dos grandes grupos de consumidores en esa época. La primera es una **mujer de 20 años**, consumidora de 20 centigramos de morfina al día, con antecedentes de padecimiento de sífilis en su madre y algunos de sus hermanos, ingresada a iniciativa del Dr. Armando Barreiro, y que permanecería ingresada tres meses. El segundo es un paciente de 23 años, soltero, **médico** e hijo a su vez de médico, que reingresaría durante tres meses en 1941.

Durante la Dictadura Franquista, el problema de las drogas es desterrado abriéndose un período que algunos historiadores han denominado de "paz farmacítica", que es interrumpido por la irrupción de la psiquedelia, en la década de los 60, y la expansión de la heroína intravenosa a finales de los años 70. En los 80, la toxicomanía comienza a identificarse con la noción de enfermedad, y es en 1985 cuando se institucionaliza el problema de "la droga", creándose el Plan Nacional sobre Drogas⁹.

Epidemia de oxicodeona en EEUU, siglo XXI

En pleno siglo XXI, nos encontramos inmersos en una epidemia silenciosa, la del abuso de opiáceos en EEUU. El problema es de tal magnitud que fallecen entre 50000 y 60000 personas al año, igualando al número de estadounidenses que fallecieron en la Guerra de Vietnam; hay tantos muertos por esta causa como por accidentes de tráfico, y el doble que por arma de fuego. La esperanza de vida ha disminuido por primera vez en EEUU desde la II Guerra Mundial. Además, a diferencia de otras epidemias de drogadicción previas, no se ceba con colectivos marginales, sino que el principal grupo afectado son varones blancos, especialmente de clase media-baja que viven en pequeñas ciudades. Uno de los principales

responsables de dicha epidemia es la oxiconona, principio activo del OxyContin, opioide que fue lanzado hace más de dos décadas con el reclamo comercial de que era capaz de aliviar el dolor durante 12 horas. En virtud de esta promesa, OxyContin se convirtió en el mejor analgésico de EEUU, proporcionando ganancias millonarias a la empresa promotora. Sin embargo, la realidad demostró que en la mayoría de personas, la duración era mucho menor a la prometida, ocasionando intensos cuadros de abstinencia cuando sus efectos cesaban, lo cual explica que el OxyContin se convirtiera en uno de los principales productos de abuso en la historia de la farmacopea de los EEUU. Investigaciones llevadas a cabo por periódicos estadounidenses afirman que la empresa era conocedora de este problema, pero siguió aferrándose al reclamo de 12 horas de alivio, puesto que era la principal ventaja que ofrecía frente a analgésicos mucho menos costosos. Cuando los médicos comenzaron a recetar OxyContin a intervalos más cortos, los visitantes médicos fueron movilizados para reiterar a la comunidad médica que la pauta debía ser cada 12 horas, y en lugar de aumentar la frecuencia de la prescripción, recomendaron aumentar la dosis en cada toma, enfoque a todas luces peligroso debido al incremento del riesgo de sobredosis y fallecimiento. Se calcula que en los últimos 20 años más de 7 millones de estadounidenses han abusado de OxyContin, y por ello se le considera el principal responsable del desencadenamiento de la epidemia de opiáceos con receta en EEUU, que se ha cobrado más de 190000 vidas por sobredosis de analgésicos desde 1999⁵. Tras años de pleitos y batallas legales, en febrero de 2018, la empresa farmacéutica anunció que ya no comercializaría de forma activa productos opioides. El anuncio marca el fin de una era para una compañía que cambió el paradigma del uso de los opioides, en parte a través de un marketing agresivo dirigido a la comunidad médica⁶. Las diferentes sociedades científicas norteamericanas han creado protocolos y guías de tratamiento para disminuir la prescripción y el uso de analgésicos. Esta repentina dificultad para el acceso a las drogas legales ha disparado el uso de drogas ilegales entre consumidores acostumbrados a su fácil acceso, incrementado la producción de la heroína, una droga considerada, hasta ahora, cosa del pasado. Muchas zonas del país han sido devastadas por la droga, superándose en algunas regiones las letales cifras de fallecimiento por sobredosis de la convulsa década de los ochenta, y alcanzando en ciudades como Baltimore la terrible marca de tener un 10% de su población adicta a la heroína.

Conclusiones

De forma paralela al abuso de morfina que se produjo en Europa durante el paso del siglo XIX al XX, en la transición del siglo XX al XXI se ha desatado una epidemia de abuso de opiáceos en EEUU, que está produciendo cifras alarmantes en cuanto al número de sobredosis y fallecimientos derivados de dichos consumos. Aunque la situación de España está lejos de la de EEUU, ya que en nuestro sistema de salud pública hay un mayor control de la prescripción y del acceso a todo tipo de fármacos, el aumento de casos de adicción en nuestro país ha propiciado la elaboración de una Guía para el buen uso de analgésicos opioides. Sus coordinadores reconocen que nos encontramos ante la punta del iceberg de un problema de salud pública. El ejemplo de USA debe servirnos para evitar sus errores ahora que aún estamos a tiempo.

Bibliografía

- 1.SAMBLÁS, Pedro — César Juarros y el tratamiento de la morfinomanía: ¿cura u ortopedia?. Frenia. 2:1 (2002). 123-137
2. DUBUS, Zoe — Les morphinomanes et leur seringue au XIX ième siècle. <http://jjctelemme.hypotheses.org/1081>. Consultado el 9/2/2018.

3. SIERRA, Xavier. Un dermatólogo en el museo: El sueño de Morfeo: del mito a la droga. <http://xsierrav.blogspot.com.es/2018/01/el-sueno-de-morfeo-i-del-mito-la-droga.html>. Consultado el 9/2/2018.
4. VIGUÉ Jordi; RICKETTS Melisa — La Medicina en la pintura. El arte médico. *Ars Médica*. M.40.757-2007, 196.
5. RYAN Harriet; GIRION Lisa; GLOVER Scott — You want a description of hell? Oxycontin's 12-hour problem. *LA Times*. May 5, 2016.
6. FACHER Lev; ARMSTRONG David — End of an era: Purdue to stop marketing opioids to doctors. *Stat*. February 10, 2018.
7. HODGSON Barbara — In the arms of Morpheus. Women and morphine. Firefly Books, 2001.
8. MOSS Avigail — Tea and Morphine: Women in Paris, 1880 to 1914. <http://www.caareviews.org/reviews/2370#.WnuEiK7iWpo>. Consultado el 7/2/2018.
9. USÓ ARNAL Juan Carlos — <http://perso.wanadoo.es/jcuso/>. Consultado el 11/2/2018.

15 DE JULIO DE 1972

ENTREVISTA

F. ALVAREZ ALONSO
Foto REZA

EL DR. SARRO BURBAN HABLA DE FREUD

Ha venido a Orense para dar un curso sobre el delirio en el Sanatorio Psiquiatrico de Toén.



El doctor Sarro Burbán (don Ramón) es un ilustre psiquiatra barcelonés, una de las figuras más destacadas de nuestra Psiquiatría, catedrático emérito de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Ciudad Condal, que estos días pasados ha estado en Orense, con motivo de un cursillo de su especialidad que se celebró en el sanatorio psiquiátrico de Toén y en el cual él ha sido figura relevante. El doctor Sarro es también miembro de la Real Academia de Medicina y pertenece a numerosas instituciones nacionales y extranjeras. Ha publicado numerosos trabajos y ha sido, en fin, uno de los hombres que más han hecho por el progreso de la ciencia psiquiátrica en España.

Nos hemos visto en el Hotel San Martín, cuando él estaba ya a punto de emprender el viaje de regreso a Barcelona, una vez concluida la misión que le había traído a Orense. Yo quería empezar a hablarle sobre Toén, pero él, cogiéndome la diáfragma, empezó a hablarme de Freud.

—Estudió con el gran profesor austriaco —me dijo— en Viena, en 1922 y 1926.

—¿Qué es para Vd. el Psicoanálisis?

—Una revolución en el campo del conocimiento del hombre, porque por vez primera se estudió la experiencia de las neurosis y las psicosis incluyendo los sueños y abordando con valentía la problemática sexual. Anteriormente la filosofía, la literatura y la religión habían estudiado el corazón humano, pero Freud descubrió un campo nuevo, hasta entonces recóndito, realizando, por tanto, un gran servicio a la Medicina.

—¿Cree Vd. en el Psicoanálisis?

—Cree y me uso, pues en Freud hay una línea de verdad y otra de error. Actualmente ninguna de sus doctrinas es válida en la forma en que él las expuso.

—¿Dónde ha aportado Vd. al Psicoanálisis?

—Freud afrontó los sueños y las neurosis muy a fondo, pero no tuvo experiencia directa en el mundo de la locura, o si la tuvo fue escasísima. No obstante basándose en las neurosis de su edad, el magistrado Schreber, atribuyéndole un origen sexual e infantil. Yo he relacionado más de un centenar de casos, cosa que no fue fácil porque ahora en la época de los tratamientos por shock y por psicofarmacos, los delirios son menos abundantes y floridos. La diferencia que Freud es ya considerable en cuanto al método. Yo rechazo cualquier hipótesis basada en un solo caso, pues son necesarios muchos, estudiados exhaustivamente, para poder generalizar alguna. Me consta que los delirios de los esquizofrénicos no se reducen a las dos formas clásicas de persecución y megalomanía, sino que se agrupan en 20 formas distintas, que son siempre los mismos. En vista de que estos temas son distintos del amor, el incesto y del sexo, los desfiguramos como mitologemas, por la falta de vida que ofrecen en el mundo que se asemeja a la de los mitos. Yo doy a relatos explicativos de la vida del hombre en el universo, categorías existenciales, sobrenaturalistas y míticas.

—¿Cree Vd. en Freud, con todo el que representa siempre todo el mundo de la filosofía, medicina y psicología?

habla de él es una autoridad como el Dr. Sarro, y yo pregunto:

—¿De qué ha tratado el curso que usted ha dado en Toén?

—He venido invitado por el Panap, cuyo secretario es el Sr. Sarrio, y por el Sanatorio de Toén, que dirige el Dr. Cabaleiro, para dar un curso sobre los delirios, y, al propio tiempo, informarme como experto del Panap del progreso de la organización psiquiátrica en la provincia de Orense.

—¿Cómo ha visto esta organización?

—Creo que las directrices que se vienen aplicando en los cuatro sectores de la provincia, cuyas necesidades psiquiátricas serán absorbidas por los equipos de Toén, podrán servir de ejemplo para el resto de España. Quisiera subrayar que el éxito se deberá en gran parte, al interés del Gobernador civil y del presidente de la Diputación.

—Dígame, Doctor ¿evolucionará rápidamente la Psiquiatría?

—Muchísimo, pero en una forma unilateral. Se ha progresado en Psicofarmacología, pero se ha descendido en Psicopatología, es decir, la esencia de la alienación.

—¿Es cierto que actualmente hay más locos que nunca?

—En realidad, hay una proporción fija en todas las épocas y culturas, que viene a ser del dos por ciento, aproximadamente. En cambio han aumentado considerablemente los trastornos psíquicos menores, como neurosis, psicosis menores, toxicomanías, etcétera.

—¿Es todo ello consecuencia de la vida actual?

—Yo creo que es más importante que el ritmo acelerado de la vida actual la crisis de los valores fundamentales, muy especialmente los religiosos.

—Se dice que la locura no tiene cura ¿es cierto?

—Si no la tuviera, habría que pensar en abandonar la profesión. Nuestro poder curativo ha aumentado mucho, incluso en los casos más graves conseguimos curaciones prácticas con reincorporación del paciente a la sociedad.

—¿Puede llegar un momento en que no haya locos en el mundo?

—Creo que la locura pertenece a la condición humana y que hasta ahora ha acompañado al hombre en su evolución sobre la tierra, pues no depende de factores culturales o socioeconómicos.

—España es un país de grandes psiquiatras. ¿Lo es también de grandes locos?

—Yo me ocupo de locos geniales. En un manicomio siempre hay alguno, pero puedo asegurarle que donde he encontrado más locos geniales ha sido en la Isla de Mallorca, acaso porque allí es muy frecuente la indogamia. Ahora bien, no hay que olvidar que España es el país de Don Quijote, que podía recorrer los campos de la Mancha sin que nadie pensara en detenerle.

—Mientras no piensan en imitarle...

gestycobro
COBRO DE CREDITOS
6. FRANCO75 - ORENSE

EN LA CORUÑA

Si Vd. desea comprar una casa o adquirir un negocio, hable con G.A.R.C.I.A que le informará con toda honradez y reserva.

Real, 26 y 28-cuarto
Teléfono 222631
LA CORUÑA

San Martín
Reina de las Cervezas de España

—España es un país de grandes psiquiatras. ¿Lo es también de grandes locos?

Figura 1 - Álvarez Alonso F. El Dr. Sarro Burbano habla de Freud. Artículo de La Región. Publicado el 15 de julio de 1972, p. 5.

MITOLOGEMAS Y PARAFRENIA (RECORDANDO AL DOCTOR SARRÓ... DESDE UNA ALDEA DE GALICIA)

Jessica Otilia Pérez Triveño²; David Simón Lorda¹;
Cristina Carcavilla Puey²; María Belén Zapata Quintela²

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
Ourense. España.

¹Médico psiquiatra; ²Médico Residente de Psiquiatría.

Email:jessica.otilia.perez.triveno@sergas.es

Resumen

El psiquiatra español Ramón Sarró Burbano (1900-1993) elaboró una teoría global sobre el proceso esquizofrénico. Enriqueció el acercamiento fenomenológico a los delirios al establecer la presencia de veinte temas delirantes en la esquizofrenia a los que llamó mitologemas o deliremas: temas delirantes propios de la parafrenia y esquizofrenia paranoide, de carácter mágico y fantástico que representan un universo mítico delirante que se repiten en todas las culturas. Repasaremos los mitologemas sarronianos, a través del análisis de la producción pictórica y el discurso de un aldeano de Galicia (entrevistado en un periódico gallego en 1993) con un proceso psicótico crónico, a modo de reivindicación de las aportaciones de Sarró a la psicopatología en el XXV aniversario de su fallecimiento.

Palabras clave: mitologemas, Sarró Burbano, parafrenia, arte y locura, delirios crónicos.

Abstract: The Spanish psychiatrist Ramón Sarró Burbano (1900-1993) developed a global theory about the schizophrenic process. He enriched the phenomenological approach to delusions by establishing the presence of twenty delirious themes in schizophrenia, which he called mythologems or deliremas: delirious themes of paraphrenia and paranoid schizophrenia that represent a mythical delirious universe repeated in all cultures. We will review the Sarronian mythologems, through the analysis of the pictorial production and the discourse of a villager from Galicia (interviewed in a Galician newspaper in 1993) with a chronic psychotic process, as a recognition of the contributions of Sarró to the psychopathology in the XXV anniversary of his death.

Keywords: Mythologems, Sarró Burbano, paraphrenia, art and madness, chronic delusions.

1.Introducción

La Psiquiatría actual ha relegado determinadas entidades como la parafrenia prácticamente al olvido en favor de otros diagnósticos acordes con los sistemas de clasificación estandarizados pero no por ello deja de ser un desorden con rasgos propios dentro del llamado espectro psicótico.

El psiquiatra español Ramón Sarró elaboró una teoría sobre el proceso esquizofrénico estableciendo la presencia de 20 temas delirantes que se repetían, llamándolos *mitologemas* o *deliremas*.

Nuestro estudio pretende repasar los mitologemas sarronianos mediante la producción pictórica y el discurso de un aldeano, un loco popular, residente en una pequeña aldea de A

Estrada-Pontevedra-Galicia rescatando los aportes de Sarró a la Psiquiatría cuando se cumplen XXV años de su fallecimiento.

2. Ramon Sarró y sus mitologemas

El psiquiatra español Ramón Sarró Burbano (Barcelona 1900-1993)¹, desde un abordaje mítico-fenomenológico, realizó estudios exhaustivos de los temas recurrentes de la esquizofrenia, a los cuales denomina mitologemas o deliremas. Sarró estableció que la temática predominante de los delirios esquizofrénicos es mítico-religiosa, si bien la religiosidad del paciente esquizofrénico es pseudomística.

La visión que Sarró tenía de las diferentes orientaciones de la psiquiatría era que todas ellas resultaban psiquiátricas, porque todas partían de una visión heterológica, esto es: vertían conocimientos de otras ciencias a su campo de estudio específico, la patología mental. Él propuso, por consiguiente, que la tarea de la psiquiatría fuese “profundizar en la observación más allá de la semiología” (Sarró en Carol, 1985, p. 16), escuchando, describiendo, descifrando el sentido de las manifestaciones delirantes. De este modo, creyó acotar el verdadero campo autológico de la psiquiatría: explorar el mundo delirante.

Para Sarró el delirio es un viaje de la mente, en cierto modo una forma de restitución, o de salvación (como prefiere llamarla) que realiza la mente del esquizofrénico después de haber experimentado una especie de desolación o de aniquilación de toda la realidad del mundo interno y del corte de la comunicación interhumana con el mundo externo (lo que en la jerga psicopatológica se denomina “brote”). Postuló que en el comienzo de las psicosis hay una fase nihilista, llamando así a la sensación de vacío catastrófico, de angustia de extinción o aniquilación, que se correspondería con lo que el psicoanálisis freudiano explicaba como escisión del yo, con la consiguiente pérdida de las funciones yoicas (prueba de realidad, delimitación entre el adentro y el afuera, discriminación entre la fantasía y la realidad, fracaso en la adaptación y la decodificación de los apremios externos, etc). Por eso, contemplaba el delirio como una construcción positiva y más evolucionada, que marca una suerte de reconstrucción del mundo interno, aunque recurriendo a un lenguaje y a una estructura que poco tienen en común con el discurso de un adulto normal.

El delirio sería, pues, un intento de “repersonalización” de un sujeto que ha vivido una devastadora experiencia de destrucción durante su fase nihilista (Villegas Besora, 1987).

Para Sarró Burbano, la comprensión del delirio tenía que partir del diálogo con el propio paciente y del análisis de su forma de vida y de su producción (con el tiempo dio cada vez más importancia al análisis iconográfico de la producción plástica y no sólo de la verbal). Era, como hemos visto, un análisis estructural, porque, al igual que en los mitos analizados por Lévi-Strauss, sólo la propia producción nos podía hablar de sí misma, toda vez que la biografía anterior del paciente, sus represiones y opresiones, no tenía relevancia alguna,

¹ REAL ACADEMIA DE LA HISTORIA. Ramón Sarró Burbano. Médico, catedrático, psiquiatra. Realizó sus estudios de licenciatura en la Facultad de Medicina de Barcelona. Recién acabada ésta, asistió al Hospital de la Santa Cruz con el doctor Francisco Esquerdo. En 1927 marchó a Berlín becado por la Fundación von Humboldt, de la misma forma que había acudido previamente a Viena para conocer de cerca el psicoanálisis. De vuelta a Barcelona, fue nombrado médico-psiquiatra del Instituto Mental de Santa Cruz, y en 1930 del Instituto Politécnico de Barcelona. En 1931 consiguió el grado de doctor con la tesis *Psicología de la esquizofrenia: Pensamiento simbólico y existencia mítica en la misma* calificada con sobresaliente. En 1932, fue nombrado médico-psiquiatra de número del Sanatorio de San Baudilio de Llobregat y al año siguiente, por oposición, obtuvo la plaza de profesor adjunto a la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona que regentaba Emilio Mira y López. En 1938 ganó, nuevamente por oposición, la Jefatura del Dispensario de Higiene Mental y Toxicomanías de la Jefatura Provincial de Barcelona y en 1950, una vez más por oposición, accedió a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Obras: “La renovación del psicoanálisis por la nueva antropología”, en *Revista Médica de Barcelona*, 20 (1933), págs. 252-257; “Valor de las nuevas tendencias antropológicas para la psicoterapia”, en *Archivos de Neurobiología*, 16 (1936), págs. 405-433; *Tratamiento moderno de la esquizofrenia*, Barcelona, Relieves Basa y Pagés, 1940; con R. O’shannahan Bravo De Laguna, *Estados finales de la esquizofrenia*, Madrid, Afrodísio Aguado, 1950; *Teoría mitologénica de los delirios esquizoparafrénicos: Análisis estructural de los mitos parafrénicos*, 1969; “Teoría mitologénica de la esquizofrenia”, en *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 89 (1972), págs. 379- 384. *Etapas de la psiquiatría española desde el Renacimiento hasta los umbrales del siglo xx*, Barcelona, J. Uriach, 1978; *El progreso en la comprensión ontológica de los delirios endógenos desde el modelo biográfico al metafísico*, Barcelona, Real Academia de Medicina de Catalunya, 1984; *De la teoría mitologemática al homo demens*, Barcelona, Policrom, 1994.

pero era también un análisis existencial, toda vez que intentaba ver en qué medida el paciente, al instalarse en su neocosmos, se liberaba de problemas humanos que nos preocupan a todos: la muerte, la infelicidad, la ausencia de sentido y de orientación vital.

Sarró Burbano siempre insistió en que en el esquizofrénico desaparecía precisamente el horizonte de preocupaciones humanas: se instalaba en un mundo nuevo, con una nueva personalidad y con una nueva temporalidad, o mejor dicho, con una nueva a-temporalidad, puesto que el esquizofrénico tendía a lo que Sarró Burbano denominó atanasia: la negación de la muerte.

En la esquizofrenia, por tanto, se quebraba la columna vertebral de la esencia humana: la temporalidad. El esquizofrénico se instalaba en un mundo eterno, en el que nunca había nacido y en el que nunca iba a morir.

Además mientras que los primitivos, por muy distinta que fuera su cosmovisión de la nuestra, pertenecían a la especie del Homo sapiens, el esquizofrénico era un ser fundamentalmente distinto al que bautizó como Homo demens: una estructura antropológica subyacente dentro de todos los hombres y que se mantendría filogenéticamente latente en los estratos más profundos del encéfalo. Dicha estructura explicaría el carácter universal y repetitivo de los temas delirantes.

2.1.Mitologemas

Sarró descubrió una serie de temas comunes, agrupados concretamente en sus famosos 20 mitologemas, que aparecen en los delirios endógenos y con independencia de otras variables familiares, culturales o personales del enfermo delirante. Este tronco común, de estructura mítico religiosa, verifica la naturaleza transcultural de los delirios.

- a) Hostilidad universal (delirio de persecución, infortunio inmerecido, mirada sartriana, sentimiento de amenaza). Es el más frecuente.
- b) Fin del mundo (físico o moral; presagio del éskhatos, éskhatos actual, mundo allende el éskhatos¹). Es un mitologema predilecto de la teoría psicoanalítica.
- c) Hostilidad sobrenatural (dioses contrarios, psicomáquinas omnipotentes).
- d) Mesianicidad. El paciente se cree el Mesías, el Ungido, y lo sabe por revelación divina; quiere salvar al mundo y vencer el mal.
- e) Divinización (endiosamiento panteísta, creador universal, demiurgo, propietario universal, omnisciencia y omnipotencia divina, inmortalidad, héroes políticos).
- f) Sacralización de la historia individual y universal. (Nueva genealogía).
- g) Etnogeocentrismo. En los delirios parafrénicos es frecuente que la tierra natal del paciente sea considerada el centro del mundo.
- h) Muerte reversible (palingenesia).
- i) Pluralidad diacrónica y sincrónica de egos.
- j) Metamorfosis de la corporeidad. (Cambios de fisonomía, negación de la corporeidad, agigantamiento, cambios de consistencia, penetrabilidad, sonorización del cuerpo).
- k) Cosmología. (Es casi una regla que los pacientes se sientan colocados en el centro de la atención de los seres que le rodean).
- l) Pluralidad de mundos.
- m) Expansión y retracción del espacio-tiempo.
- n) Ciclo de la creación y la destrucción a escala sobrehumana.
- o) Seres del 5º Reino. (Andrógino, seres a medio hacer, monstruos).
- p) Cosmogonía y antropogonía. Los parafrénicos no sólo conciben una cosmología nueva sino que se preguntan por su génesis.
- q) Transformación de signos en símbolos (palabras, números, letras, colores).
- r) Homo Divinans (pensamiento participante).

¹ Del griego antiguo éskhatos: 'último'

- s) Intellectus Archetypus (el tercer ojo).
- t) Filosofía y ciencias parafrénicas.

2.2. Fases de la elaboración delirante

Ramón Sarró propuso varias fases en la elaboración del delirio esquizofrénico. Estas fases se correlacionan frecuentemente con síntomas psicopatológicos bien definidos o con características de estos. Son las siguientes:

- *Temple delirante*. Fase previa a la construcción del delirio. La realidad que rodea al paciente parece cargada de nuevas significaciones amenazantes y aun no reveladas. El paciente se encuentra perplejo, desazonado e inquieto.
- *Aparición de nuevas significaciones*. El paciente comienza a «entender», descubriendo un nuevo sentido de la realidad, de sus pensamientos y reacciones.
- *Interpretaciones e inspiraciones delirantes*. Cuando el significado delirante puede insertarse en una percepción, representación o recuerdo, hablamos de interpretación delirante. Si es producto de una inspiración, hablamos de cognición o inspiración delirante.
- *Predominio de un tema delirante*. Progresivamente, entre la multitud de nuevos significados, inspiraciones e interpretaciones, un determinado tema se va destacando entre los demás. La actividad delirante se polariza y el resto de los temas desaparecen o se vertebran en torno al tema principal.
- *Incorregibilidad del delirio*. El tema delirante se instala de manera permanente con algunas modificaciones o incorporaciones de revestimiento.
- *Integración del delirio*. A medida que transcurre el tiempo, los nuevos elementos psicóticos no permanecen extraños entre sí, propendiendo a una síntesis entre ellos –y en lo posible con los restos de la personalidad.
- *Sistematización*. Se inicia un trabajo de ordenación lógica que tiende a estructurar al conjunto de ideas delirantes en un sistema de creencias, valores y actitudes.

Pese al profundo calado que tuvieron las teorías de Ramón Sarró en la psiquiatría española, particularmente en lo referente a la comprensión de los mitologemas contenidos en los delirios endógenos de los psicóticos, la figura y la trayectoria de Sarró son ampliamente ignoradas en los trabajos que han analizado la historia del psicoanálisis en España en los años previos a la Guerra Civil.

Modernamente se han hecho trabajos donde se ha visto la fecundidad del pensamiento de Sarro y su perfecto entronque y vigencia con la fenomenología psiquiátrica actual.

2.3. El caso del “Elegido de Orazo”

En el año 1993 se publicó en La Voz de Galicia un artículo que dedicaba una página entera a una entrevista realizada a M.F.M., de 61 años, vecino de Orazo-A Estrada (Pontevedra-España) en relación a unas elaboraciones pictóricas que desde hacía un tiempo aparecían revistiendo las paredes y la puerta de su casa en dicha localidad ubicada al lado de la autopista de Santiago-Ourense y que de ninguna manera dejaban indiferente a las personas que pasaban por allí.

El reportero que lo visita (Casal)¹ por entonces escribe:

“El muro que rodea la casa de M.F.M. en Currelo-Orazo, es peculiar. No lo es por su abandono, ni por poseer un diseño arquitectónico vanguardista o funcional. Su peculiaridad radica en ser un muro cultural: de sus paredes cuelgan grandes paneles de latón en los que Manuel explica «una mínima parte de los conocimientos que poseo», según dice. Las teorías

¹ La Voz de Galicia, 1993.

que figuran allí expuestas versan sobre diversas materias, pero predominan las geográficas y las astronómicas. Se puede contemplar hasta un esquema de la Tierra con distintas posiciones en relación al Sol...”

“Torrentes de letras y dibujos de planetas cubren las paredes...En ellos explica “una mínima parte de lo que me comunica el Dios de todos los dioses... Dios se me aparece en las bombillas, como si fuese un video....”

“Mira en realidad todo lo del universo es falso. Somos nueve planetas que estamos intercomunicados como en un edificio. Nosotros vivimos en el sexto”.

“Todo lo que ves es verdad, lo que pasa es que los científicos no tienen ni idea y deberían ir todos al paro obrero porque nunca han dado una en el clavo”.

Relataba el periodista que estaba acondicionando el salón de su casa para “recibir a toda la gente del mundo que va a venir aquí para conocer la verdad”.

En aquella crónica podíamos apreciar a M.F.M. posando con una de sus elaboraciones más significativas: la distribución de los planetas en el cosmos.

De sus planchas de cinc y de sus escritos se puede desprender un análisis basándonos en los mitologemas descritos por Sarró presentes en su obra y que mencionamos a continuación: Cosmología, Pluralidad de Mundos, Homo Divinans, Filosofía y Ciencia parafrénica, Mesianicidad.

Rescatando aquella publicación, decidimos en la primavera del 2018, volver por dicho escenario para ver que quedaba de todo ese universo delirante.

Desafortunadamente, sabíamos que ya no tendríamos la oportunidad de conocer a M.F.M., quien había fallecido hacía poco más de una década atrás (entre los años 2006-2007) pero sí conseguimos conversar con algunos familiares y vecinos que le sobreviven y que lo conocieron por aquellos años de las “planchas de cinc” y, que gustosos se apresuraron a recordar a nuestro “Elegido de Orazo” de quien decían era un vecino respetado, querido e integrado en la comunidad.

En la casa, abandonada desde su fallecimiento, aún quedan algunos escritos en las paredes o en la puerta principal, sin embargo de aquellas planchas de latón que, llamativamente recubrían toda la fachada no quedan más que planchas oxidadas amontonadas en el patio interior de la finca además de algunos escritos en papel que también conservan sus vecinos. Dicen de él que se desempeñaba con gran destreza en diversos oficios (era carpintero, cantero, cerrajero, electricista...), y, son justo estas múltiples habilidades las cuales le habrían permitido subsistir allá por los años 50 cuando emigró a Cuba. Forzado a volver por el inicio de la Revolución Cubana de Castro, régimen del que era abiertamente opositor.

Había nacido en Arnois, una aldea cercana a Orazo, nunca se casó. Desde su vuelta a Galicia vivió en Orazo hasta sus últimos días en que por empeoramiento de su salud física fallece en el hospital de Santiago. Nunca fue tratado, tampoco constan en los archivos del manicomio de Conxo ningún ingreso.

Dice un familiar que lo recuerda: “Falaba que o levaban, que o ian vir buscar (...) que o levaban porque era el elegido...”

3. Conclusiones

Repasamos los mitologemas sarronianos, a raíz de un caso de un paisano, rescatado de un artículo de prensa del año 1993. Un posible caso de parafrénia (delirio crónico inverosímil, con alucinaciones e ideas delirantes polimorfas, que evoluciona lentamente con relativa conservación de la personalidad) que permite analizar, desde la perspectiva de los mitologemas de Sarró, la producción escrita y pictórica de este “loco popular”, tolerado por su comunidad, nunca medicado ni hospitalizado. Un claro “Homo demens” sarroniano encerrado en su aldea pero en conexión con el Universo y con el dios de los dioses.

Bibliografía y fuentes

PEREZ URDANIZ, A. et al. — Mitos y delirios: una reivindicación de Sarró. *Actas Esp. Psiquiatr.* 40-Supl. 2. (2012)119-25.

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, T. — Ramón Sarró y el Psicoanálisis: Historia del acercamiento y la abjuración. Universidad Pontificia de Salamanca. *Revista de Historia de la Psicología.* 37:3 (2016) 14–19.

SARRÓ MALUQUER, R. — Las formas elementales de la vida esquizofrénica: las dos antropologías en el pensamiento de Ramón Sarró Burbano. *Frenia.* 6 (2006) 109-126.

SARRÓ, R.; ALBERNI, J.; FÁBREGAS, J.L.; TRUJILLO, A. — Estudios sobre los delirios en las esquizoparafrenias. Análisis mitologemático en los delirios esquizoparafrénicos. *Revista de psiquiatría y psicología médicas de Europa y América Latina.* 10:6 (1972) Número monográfico.

PEÑA, E.; PÉREZ, L.; URDANIZ, A. — Estudio de los temas delirantes en la esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. *Psicopatología.* 13:1 (1993) 29-32.

CASAL, César — El mundo según Manuel Fernández. Artículo de *La Voz de Galicia.* 9 de Mayo de 1993.

Tablas y gráficos

PUNTOS BASICOS DEL ANALISIS DELIRIOLOGICO DE SARRÓ
1º La temática de los delirios endógenos es uniforme solo patoplásticamente modificada por los factores personales y sociales.
2º La temática predominante del delirio no es erótica ni siquiera simbólicamente, sino mítico-religiosa.
3º Los temas delirantes pueden clasificarse en 40 unidades que se designan como mitologemas.
4º El delirio no es infantil, sino plenamente adulto, es una desviación de la psique adulta.
5º El campo delirante es unitario en sus direcciones básicas: escatológica, soteriológica, cosmogónica y panvitalista.
6º El delirio no expresa una situación conflictiva biográfica aunque ella haya alcanzado anteriormente una densidad dramática.
7º Las fases del proceso delirante permiten una hermenéutica existencial. La sustitución del Ser hacia la muerte por un Ser hacia la vida, inmortal, joven, terrestre y no conflictiva.

Tabla 1 – Peña, E.; Pérez, L.; Urdaniz, A. — Estudio de los temas delirantes en la esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme.

MITOLOGEMAS SEGÚN RAMON SARRO	
M-1	Fin del mundo: el paciente cree que el mundo (cualquier interpretación del mundo) va a terminar
M-2	Hostilidad universal: creencia de ser el centro de la hostilidad y persecución de los demás.
M-3	Hostilidad sobrenatural: el enfermo es perseguido por fuerzas o seres que sobrepasan las capacidades humanas.
M-4	Mesianicidad: el paciente cree ser el redentor de la humanidad; en el caso de las mujeres, creen ser la madre del mesías.
M-5	Divinización: creencia de ser el mismo Dios, con las características del dios parafrénico.
M-6	Sacralización de la historia individual y universal: el paciente descubre que su familia es de mayor categoría que su verdadera familia biológica.
M-7	Etnogeocentrismo: creencia de que el pueblo o cualquier lugar designado por el enfermo es el centro del Universo.
M-8	Muerte reversible: el paciente cree en la reversibilidad de la muerte.
M-9	Pluralidad diacrónica y sincrónica del egos: el enfermo cree estar simultáneamente en otras personas o cosas, o que en él coexisten varias personas.
M-10	Metamorfosis de la corporeidad: en el cuerpo del paciente ocurren los más extraños fenómenos.
M-11	Cosmología: concepción unitaria e irreal del cosmos.
M-12	Pluralidad de mundos: coexistencias de ciudades, mundos o universos, como réplicas de los conocidos.
M-13	Expansión-retracción del espacio tiempo: distorsión de las percepciones espacio temporales.
M-14	Ciclo de la destrucción y creación a escala sobrehumana: el paciente cree que se producen masivas destrucciones y o creaciones de personas o cosas, sin aparente motivo.
M-15	Seres del quinto reino: criaturas que no pertenecen a los tres reinos de la naturaleza ni al reino del hombre.
M-16	Cosmogonia y antropogenia: el enfermo se cree creador del cosmos o de la humanidad.
M-17	Transformación de signos en símbolos: los signos, todo aquello que rodea al paciente, poseen los mas diversos significados autorreferenciales.
M-18	Homo divinans: el paciente se instaura en una forma de pensamiento mágico, primitivo, paleológico.
M-19	Intellectus archetypus: creencia de estar dotado de una especial clarividencia que abre paso a una nueva realidad.
M-20	Filosofía y ciencia parafrénica: el paciente cree haber hecho descubrimientos revolucionarios en el campo de la filosofía o de las ciencias.

Tabla 2 – Peña, E.; Pérez, L.; Urdaniz, A. - Estudio de los temas delirantes en la esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme

FIGURAS

Galicia esconde historias e historias de increíble narración, pero no por ello menos ciertas. La que nos ocupa tiene que ver con revelaciones divinas en bombillas, con el auténtico nacimiento de Cristóbal Colón y con la configuración real del universo. Todo ello se explica en unas paneles de latón que cuelgan de la finca de Manuel Fernández Moreira, en Orazo (A Estrada). La historia refleja a un personaje que se cree el gran comunicador que nace cada 500 años.

CORAZONES SOLITARIOS

El mundo según Manuel Fernández

CÉSAR CASAL

Lo que sigue es de esos asuntos que hay que escucharlos a distancia, sin contagiarse. Historias para no dormir de personajes que tienen visiones y que creen que han sido elegidos por «el dios de todos los dioses» para comunicar las auténticas realidades del universo.

El relato del comunicador Manuel Fernández Moreira tiene todos los componentes para quedar primero en el concurso de ciencia ficción de la editorial Moebius. Cuando menos ganaría el accésit. La imaginación desbordante de este paisano nacido en Arnois y que vive «unos kilómetros más allá», en lo más alto de Currelo-Orazo, pone la piel de gallina. Y su extraña mirada, que parece nacida en el pozo sin fondo de su cerebro, más todavía. Pero Moreira no tiene escrúpulos en cumplir la profecía que le ha dictado «el dios de todos los dioses» y difunde toda su ciencia en unos inmensos paneles de latón que cuelgan de los muros de su finca. Cualquiera que pase por allí seguro que se detiene ante los torrentes de letras y dibujos de planetas que cubren las paredes. Es como el alemán de Camelle, pero en seco. Pinta en un muro al lado de una huerta con patatas, en vez de hacerlo en las rocas junto al mar rompiente de la Costa da Morte. Pero lo de Fernández Moreira es literatura científica, son revelaciones surrealistas, como a las que nos tienen acostumbrados otros visionarios famosos. La única diferencia es que el bueno de Manuel Fernández calza gorra y no acierta una en lo que a normas ortográficas se refiere. Digo el bueno de Manuel, pero los vecinos no piensan lo mismo. Están hartos del estrepitoso comportamiento de su vecino. Al igual que el cura. Este es uno de los más preocupados, ya que Manuel tiene una facilidad especial para arremeter contra la Iglesia y acusarla de todos los males del planeta. A Manuel no le inmuta el cerco de desprecio y lo líquida diciendo que «son todos bandoleros y yo ya sé que van a por mí y mis propiedades». Típica estampa local de odio acérrimo entre vecinos que lindan.

SOLITARIO — Manuel es un solitario en sentido estricto, diría que exageradamente estricto. Manuel se ha pasado 60 años solo para alcanzar a los 61 años la condición de comunicador a la que estaba destinado. Fue a partir del año pasado cuando de sus dedos más acostumbrados a la azada que a la pluma empezaron a manar todas esas teorías del universo que ahora cubren los muros de su humilde morada. En ellos explica «una mínima parte de todo lo que me comunica el dios de todos los dioses».

—¿Y cómo se lo comunica?

—Ah, muy fácil, se me aparece en las bombillas, como si fuese un vídeo. Lo mismo hace la Virgen vestida como en una imagen. La primera vez que se me apareció, lo confundí con mi abuelo.



Manuel Fernández Moreira cuelga toda su «ciencia» en los muros de su finca

Ramón Leiro

Y Manuel suelta la razón y sigue explicando los descubrimientos que le hace el Señor. «Mira, en realidad todo lo del universo es falso. Somos nueve planetas que estamos intercomunicados como en un edificio. Nosotros vivimos en el sexto». Algunos de sus murales reflejan precisamente este particular y en ellos se pueden ver dibujadas sus teorías sobre la creación de los climas. Manuel es especialmente crítico con el hecho de que el hombre haya pisado la Luna. Directamente, no se lo cree. «Nos han en-

Un vecino de Orazo (A Estrada) refleja en murales de latón una «revolucionaria» teoría del universo que le comunica «el dios de todos los dioses»

gañado con las imágenes de televisión, porque el planeta lunar está sellado y no se puede pisar». Ante la desconfianza y la poca fe que su interlocutor muestra por sus teorías, tan imaginativas como disparejas, Manuel coge el toro de la incredulidad por los cuernos y suelta: «Mira, todo lo que ves es verdad, lo que pasa es que los científicos no tienen ni idea y deberían de ir todos al paro obrero porque nunca han dado una en el clavo».

Pero Manuel, de la mano de sus visiones, tiene soluciones para todo. Por ejemplo, desvela en dos frases todo el misterio del triángulo de las Bermudas. Para él, está claro que es como una esclusa que tiene el planeta en esas coordenadas geográficas y que se lo traga todo. Sabe por influencia divina que los primeros pobladores de «este sexto planeta Tierra fueron un chino y una china». Y así sin parar, contesta uno a uno a todos los misterios del universo. Sin cortarse, Manuel añade: «Las imprentas y los librerías se van a forrar, porque hay que volver a escribir toda la ciencia natural».

«Cristóbal Colón nació en Padrón»

De la boina de Manuel salen soluciones a todos los dilemas del universo, como de la chistera de un mago salen conejitos blancos. No le tiembla la voz a este sabio de andar por casa, a este científico de cuneta. Sin embargo, todas las cátedras de ciencia que en el mundo hay no le pueden negar a este paisano de Arnois su capacidad para imaginar teorías sobre el universo, los climas y las distintas civilizaciones. Una capacidad que parece emparentada de forma natural con mentes tan desbordantes como Arthur C. Clarke o el mismísimo Asimov. Sólo que en versión casera y con faltas de ortografía.

Vaya un ejemplo más de su conocimiento, vía apariciones, de la realidad y la Historia. «Cristóbal Colón nació en Padrón, en 1430. Era hijo de judíos y lo mataron en Santo Domingo». Según Manuel, él es precisamente el sustituto de Colón en lo de los descubrimientos, «por eso nacimos sólo a unos pocos kilómetros de distancia». La pena es que a él ya no le queda ningún continente por descubrir y su misión es únicamente la de desvelar los contenidos reales de todo lo sucedido. Hasta está acondicionando el salón de su casa para «recibir a la gente de todo el mundo que va a venir hasta aquí para conocer la verdad».

Figura 2 - Casal, César - El mundo según Manuel Fernández. Artículo de La Voz de Galicia. 9 de Mayo de 1993



Figura 3 - Fachada de la casa de M.F. en la actualidad. Foto: Simón, D.© (Marzo 2018)



Figura 4 - Vista completa de la casa-finca de M.F. Foto: Simón, D.© (Marzo 2018)



Figura 5 - Obra de M.F. en piedra. *Un ojo para vigilar al mundo y a sus visitantes.* Foto: Simón, D.© (Marzo 2018)

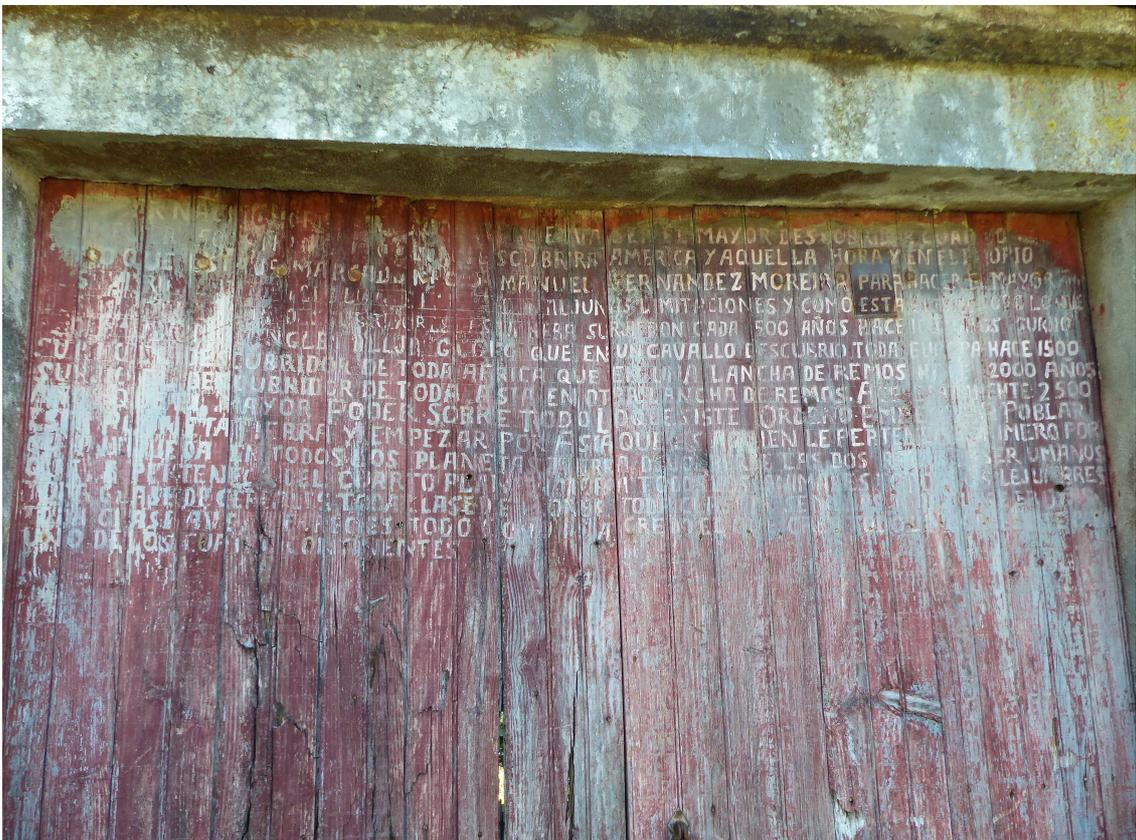


Figura 6 - Foto del portal de la casa en el que se aprecian todavía parte del texto original grabado.
Foto: Simón, D.© (Marzo 2018)



Figura 7 - Plancha de latón oxidada encontrada en el patio interior que aún conservan texto original.
Foto: Simón, D.© (Marzo 2018).

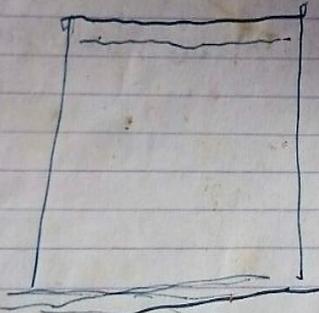


Figura 8 - Otra plancha de latón oxidada encontrada en el patio interior que aún conservan texto original.
Foto: Simón, D.© (Marzo 2018).

donde surgió la mayor ciencia humana de todos
 que existió surgió para cuando tubiese el estudio
 completo por todas las muy Super Mayores Cipreas
 Creadoras que crearon Cuantos niveles de Lebrónicas
 de alturas maximas unificadas y organizadas en todos
 que existió que crearon cinco niveles planetas tie-
 rras que son 5 mundos en cinco alturas y este
 que estamos es tercer nivel planeta tierra existen
 2 niveles planetas tierras en dos alturas mas para
 vajo que son donde avanzo a lugares distintas veces
 este tercer nivel planeta tierra en aronams
 y le an puesto por nombre es este tercer nivel
 planeta tierra ultra terrestes y son planetas I uelas
 que este que estamos tenemos otros 2 planetas tierras por
 arriba deste que es cuarto nivel planeta tierra esta
 todo por arriba dese quinto nivel planeta tierra y
 ese por ser la ultima altura creada y ese por
 ser la mayor altura creada por todas estas muy
 Super Creadoras de Lebrónicas sean que se por nombre
 quinto nivel planeta tierra ~~Cinco~~ ~~existen~~ por de
 vajo del primer nivel planeta tierra otro planeta
 tierra que no tiene humanidad esta dedicado a toda
 clase de plantas ininidad de variantes de animal
 en jinetas variantes de especies y muchisimas otras cosas para
 vajo dese ~~planeta~~ ~~en~~ en Eneja en los generadores y por
 esto en un ~~Sobre~~ el piso del infinito y ese In-

Figura 9 - Escrito original de M.F. Foto: Simón, D.© (Marzo 2018).

Este planeta tierra que estamos es quinta
 altura planeta tierra



Quinta altura planeta tierra

Figura 10 - Escrito original en el que se puede leer "Quinta altura planeta tierra".
Foto: Simón, D.© (Marzo 2018).

***IX Congresso Internacional de História da Loucura,
Psiquiatria e Saúde Mental***

***IX International Congress on the History of Madness,
Psychiatry and Mental Health***

***I Simposium Internacional Mulheres e Loucura
I International Symposium Women and Madness***

7-9 de maio 2018 / 7-9 May 2018

**Faculdade de Farmácia
Universidade de Coimbra
Portugal**

PROGRAMA / PROGRAM

7 DE MAIO / 7 MAY

9h45 — Sessão de abertura / Opening ceremony

10h00 — 1ª Sessão de comunicações

**DOENÇAS DA CABEÇA E DOENÇAS DA ALMA NA ARQUIPATOLOGIA (1614) DE
FILIPE MONTALTO — Adelino Cardoso; Joana Mestre Costa; José Morgado Pereira; Manuel
Silvério Marques**

**ANATOMIA DA MELANCOLIA. O ESTADO DA ARTE DA PERTURBAÇÃO
DEPRESSIVA NO SÉCULO XVII — Teresa Matos Mendonça**

**A MELANCOLIA: O «HUMOR NEGRO» E AS SUAS MIRABILIA COMPENDIADOS
POR ISAAC CARDOSO, UM MÉDICO E FILÓSOFO JUDEU DO SÉCULO XVII —
Luciana C. F. Braga**

**IMAGEM DO CORPO, EROTISMO E DEDALEIRAS EM JOSEPHA (1630-1684) EM
ÓBIDOS — Alfredo Rasteiro**

11h30 — Intervalo / Coffee break

12h00 — Conferência plenária / plenary session

**A HERANÇA HUMANISTA DAS LUZES E O CONTRACICLO EUGENISTA FACE À
PATOLOGIA MENTAL : DAS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DIGNIFICANTES
À BARBÁRIE NAZI E À D.U. DOS DIREITOS HUMANOS — Maria do Rosário Neto
Mariano**

**12h30 — Atividade cultural – Abertura de exposição bibliográfica na Biblioteca das
Ciências da saúde**

13h00 — Almoço / Lunch

**14h00 — Atividade cultural – Apresentação do livro CARDOSO, Adelino; PROENÇA, Nuno
Miguel (coords.) — Dor, sofrimento e saúde mental na Arquipatologia de Filipe Montalto.
Ribeirão: Edições Húmus, Lda, 2018. 380 p. ISBN: 978-989-755-302-8**

14h30 — 2ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

NOSTALGIA – UMA VIAGEM PELA HISTÓRIA DOS CONCEITOS — Sandra Nascimento, Mariana Silva, Beatriz Lourenço

OBSESSÕES E COMPULSÕES: EVOLUÇÃO CONCEPTUAL NA PSIQUIATRIA FRANCESA DO SÉCULO XIX — Cátia Fernandes Santos

CONFLICTOS EN TORNO A LAS PRÁCTICAS DE "FRENOPATIA" EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE SANTIAGO, 1908-1909 (EN EL PRIMER AÑO SANTO JACOBEO DEL SIGLO XX) — David Simón Lorda; Belén Zapata Quintela; Jessica Otilia Pérez Triveño; Cristina Carcavilla Puey; Emilio González Fernández

ALIENAÇÃO MENTAL: SOLDADOS PORTUGUESES E GRANDE GUERRA — Helena da Silva

Sala B / Lecture Room B

GENTE FELIZ COM LÁGRIMAS (1988) DE JOÃO DE MELO. EXERCÍCIO METALITERÁRIO E DE PSICOPATOLOGIA — António de Vasconcelos Nogueira

EDD'ORA ADDIO... – MIA SOAVE: PSICOPATOLOGIA OU PROCESSO CRIATIVO EM ÂNGELO DE LIMA? — L.A. Fernandes; M.J. Santos; N. Borja-Santos

MOLÉCULAS PSICOTRÓPICAS E LITERATURA: UMA VISÃO QUÍMICA — Sérgio P. J. Rodrigues

LIDERANÇA E LOUCURA. EVIDÊNCIAS ATRAVÉS DA HISTÓRIA — Romero Bandeira; Sara Gandra; Isa João Silva; Sandra Pereira Pinto; Rui Ponce Leão

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h30 — 3ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

SALA A / Lecture Room A

PSIQUIATRIA MODERNA: DAS INFLUÊNCIAS DO SÉCULO XIX À TRANSIÇÃO NO SÉCULO XX — Joel Alves Brás; Alexandre Duarte Mendes

COMO SE EXPRESSAM OS LOUCOS? LEITURAS DE LUÍS CEBOLA SOBRE AS ALMAS DELIRANTES E AS MENTALIDADES DOS EPILÉPTICOS — Stefanie Gil Franco

EL “AMOR SÁFICO” EN A.C. MONTEIRO — Francisco Molina Artaloytia

AS RESPOSTAS DA IGREJA AO FENÓMENO DA LOUCURA. O EXORCISMO — Ana Paula Araújo

SALA B / Lecture Room B

LOS MANICOMIOS DEL PLAN KIRKBRIDE EN LA CULTURA POPULAR CONTEMPORÁNEA: ALIENADOS, ASILOS Y CINE DE TERROR — Francisco Pérez-Fernández, Francisco López-Muñoz

REFORMAS DA PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX - ENCERRAMENTO DOS

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS EM ITÁLIA — Ana Filipa Teixeira, Tiago Ventura Gil

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: DA LEITURA DO TRAÇO À (RE)CONSTRUÇÃO DE HISTÓRIAS DE VIDA — Ana Carolina Rios Simoni; Simone Zanon Moschen

O NASCIMENTO DA FUNDAÇÃO LAR COMO UMA ALTERNATIVA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O TRANSTORNO MENTAL GRAVE — Miguel A. Miguelez Silva, Ana Rita dos Santos Rocha, Raimundo Mateos Alvarez, Tiburcio Angosto Saura

18h00 — Encerramento do 1º dia / Closing 1st day

8 DE MAIO / 8 MAY

10h00 — 4ª Sessão de comunicações / Oral presentations

Sala A

VIGIAR E APRENDER A DOMINAR: OS ENFERMEIROS E OS ALIENADOS NO SÉCULO XIX — Analisa Candeias; Alexandra Esteves; Luís Sá

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA SALUD MENTAL PERINATAL — Silvia Piñeiro Otero; María Esperanza Sánchez Vásquez; Natalia Suárez Guzmán; Tamara Cueto González; Elena Fernández Álvarez

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA — Tamara Cueto González; Silvia Piñeiro Otero; María Luisa Curto Benito; Aurora Hervés Barcia

BREVE HISTÓRIA DA PROIBIÇÃO DAS DROGAS — João Feliz, Juliana Nunes, Tiago Ventura Gil, Diana Brigadeiro

11h30 — Intervalo / Coffee break

11h45 — Apresentação e discussão dos posters / Posters presentation

12h15 — Apresentação de livro – História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental – Vol. VIII

12h30 — Almoço / Lunch

14h00 — Visita às exposições da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

14h30 — 5ª Sessão de comunicações (duas salas em simultâneo) / Oral presentations

Sala A / Lecture Room A

UM CASO DO ARQUIVO DA PSIQUIATRIA FORENSE PORTUGUESA: A COMPLEXIDADE DO PROCESSO DE P. A. (1908-1910) — Inês Pinto da Cruz

O CASO ALBERTO DA CUNHA DIAS: CONTESTAÇÃO AO DECRETO DE 11 DE MAIO DE 1911 E AO REDATOR DA “MAIS INFAME DAS LEIS” — Tânia Sofia Ferreira

JOSÉ JÚLIO DA COSTA: PSICOPATOLOGIA NO MAGNICÍDIO? — Nuno Borja-Santos, Luís Afonso Fernandes, Mário João Santos

OS PROGRAMAS DAS LIÇÕES DO CURSO LIVRE DE ANTROPOLOGIA NA MEDICINA E A INCIDÊNCIA NA PSIQUIATRIA — Porfírio Pereira da Silva

Sala B / Lecture Room B

“MEMORIAS DE ABAJO”. A LOUCURA DA PINTORA LEONORA CARRINGTON
— Ana Rita dos Santos Rocha; Miguel A Miguelez Silva. Tiburcio Angosto Saura

A UTILIZAÇÃO DE ANTIPSICÓTICOS EM DOENÇAS NÃO PSIQUIÁTRICAS – CASOS ENCONTRADOS NOS ARQUIVOS DO HOSPITAL DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (1954-1959) — Ruben Gaio; João Rui Pita; Ana Leonor Pereira

O AUTISMO SEGUNDO JOSÉ CARLOS D’ ALMEIDA GONÇALVES. ÚLTIMO TESTEMUNHO — Rui Manuel Pinto Costa

A ARTE E A LITERATURA COMO PRECURSORES DA PSICOTERAPIA EM PORTUGAL —Tiago Príncipe

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h15 — 6ª Sessão de comunicações / Oral presentations

HOW PHINEAS GAGE'S ACCIDENT CHANGED NEUROSCIENCE —I. S. Fernandes; M. Martins; N. A. Fernandes

APPLICATION OF THE MAGNETIC FIELD IN NEUROSCIENCE —Roberto Lamanna

PROCESSO DE DELIBERAÇÃO ÉTICA EM DOENTES COM PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE — Filomena Girão; Marta Frias Borges; João Proença Xavier

THE PROTECTION OF ATHLETES' RIGHT TO HEALTH REGARDING SPORT. SPECIAL CONSIDERATION OF MENTAL HEALTH — Elena Atienza Macías

18h00 — Apresentação do livro – PEREIRA, André Dias (Coordenação Científica) *Envelhecimento*. Coimbra: FAF, 2018. 215 p. ISBN: 978-989-99884-2-2 (obra incluída na coleção “Escritos de Direito da Saúde”, nº 2)

18h30 — Encerramento do 2º dia / Closing 2nd day

9 DE MAIO / 9 MAY

I Simposium Internacional Mulheres e Loucura
I International Symposium Women and Madness

10h00 — 7ª Sessão de comunicações / Oral presentations

TROUBLES DU COMPORTEMENT HUMAIN DES CHEF DE L'ETAT FEMMES AUX FEMMES SIMPLES DANS L'HISTOIRE — Bogdan Horia Chicoş

A PERSUASÃO DIRECIONADA AO FEMININO NA PUBLICIDADE AOS NEUROFÁRMACOS: ANÁLISE DE ALGUNS CASOS PRÁTICOS — Ana Isabel Cardoso Figueiredo Sol

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO (COMPARATIVA DE 2016 Y 2018) — María del Rosario Ramírez Conejo

11h15 — Intervalo / Coffee break

11h30 — 8ª Sessão de comunicações / Oral presentations

DE LO INSTITUCIONAL A LO PERSONAL: LA IMPORTANCIA DE LA MIRADA DE GÉNERO EN LA ORGANIZACIÓN DEL MANICOMIO PROVINCIAL DE MÁLAGA EN EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX — Celia Garcia-Diaz

O PROCESSO-CRIME DE MIQUELINA DE CASTRO E FIGUEIREDO — Adília Fernandes

MAGDA GOEBBELS, MÃE INFANTICIDA DO III REICH — Ana Cristina Lopes

12h45 — Almoço / Lunch

14h00 — Conferência plenária / / plenary session

PAIXÃO E LOUCURA? REVISITANDO O CASO MARIA ADELAIDE OU ADELAIDE COELHO DA CUNHA (1918-2018) — Isabel Nobre Vargues

14h30 — 9ª Sessão de comunicações

A DEMONOLOGIA PORTUGUESA COMO FONTE DA HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: A ARTE DE CONHECER E CONFESSAR FEITICEIRAS DE DOMINGOS BARROSO PEREIRA (C. 1745) — Manuel Curado

SANTAS OU LOUCAS? – AS RECOLHIDAS DO RECOLHIMENTO DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PENAFIEL AOS OLHOS DO SEU CRONISTA — Paula Sofia Costa Fernandes

HISTÓRIA(S) DA HISTERIA: SOMATIZAÇÃO, SEXUALIDADE E GÉNERO — Beatriz Lourenço; Catarina Agostinho

HYSTERIA AND THE “DIVORCE REMEDY” ACCORDING TO SÃO PAULO PSYCHIATRIST PACHECO E SILVA (1898-1988) — Daniela Kurcgant; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

16h00 — Intervalo / Coffee break

16h30 – 18h00 10ª Sessão de comunicações

REPRESENTAÇÕES DO DISTÚRPIO MENTAL EM PERSONAGENS FEMININAS DE MARGUERITE DURAS — Maria do Rosário Neto Mariano

ESSE VAPOROSO FANTASMA, O NERVOSO. A DOENÇA MENTAL FEMININA NA OBRA DE JÚLIO DINIS — Luís Timóteo Ferreira

ENTRE A LOUCURA E A AGONIA: REPRESENTAÇÕES DO FEMININO EM TEIXEIRA DE QUEIRÓS — Ana Lúcia Curado; Patrícia Gomes Leal

YAYOI KUSAMA E A “ARTE OBSESSIVA” — Mariana Silva; Sandra Nascimento; Beatriz Lourenço

18h00 Sessão de encerramento do *IX Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental - IX International Congress on the History of Madness, Psychiatry and Mental Health / I Symposium Internacional Mulheres e Loucura I International Symposium Women and Madness*

COMUNICAÇÕES EM POSTER / POSTERS

MORFINÓMANOS EN EL MANICOMIO DE CONXO-GALICIA, 1932. ALGUNOS APUNTES SOBRE LA MORFINOMANÍA DE LOS SIGLOS XIX Y XX (Y SOBRE LA EPIDEMIA DE LA OXICODONA EN EL SIGLO XXI) — Cristina Carcavilla Puey; David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; Belén Zapata Quintela; M^a Carmen Alonso García

INFLUENCES OF SCIENTIFIC TREATISES ON THE PSYCHOPATHOLOGICAL PICTURE OF THE CHARACTERS IN THE LITERARY WORKS OF CERVANTES — Francisco López-Muñoz; Francisco Pérez-Fernández

THE PSYCHIATRIC DIAGNOSIS OF ALONSO QUIJANO THROUGHOUT HISTORY — Francisco López-Muñoz, Francisco Pérez-Fernández

THE MADNESS IN THE CERVANTES TEXTS, BEYOND DON QUIXOTE — Francisco López-Muñoz, Francisco Pérez-Fernández

MITOLOGEMAS Y PARAFRENIA (RECORDANDO AL DOCTOR SARRÓ... DESDE UNA ALDEA DE GALICIA) — Jessica Otilia Pérez Triveño; David Simón Lorda; Cristina Carcavilla Puey; Belén Zapata Quintela

HISTORICAL DEVELOPMENT OF EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY AND PHENOMENOLOGY — João Pedro Lourenço; Rute Cajão; Carla Alves Pereira; Bruna de Melo; David Teixeira; Alberto Marques

THE CASE OF ELLEN WEST: LUDWIG BINSWANGER'S HISTORICAL CLINICAL CASE REVISITED — João Pedro Lourenço; Rute Cajão; Carla Alves Pereira; Bruna de Melo; David Teixeira; Alberto Marques

IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL COIMBRA PORTUGAL 7-9 MAIO 2018 IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL COIMBRA, PORTUGAL 7-9 MAIO 2018 IX

**IX CONGRESSO INTERNACIONAL
DE HISTÓRIA DA LOUCURA,
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL
IX INTERNATIONAL CONGRESS
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND
MENTAL HEALTH**

**I Simposium Internacional Mulheres e Loucura
I International Symposium Women and Madness
Coimbra, Portugal, 7-9 Maio/may, 2018**

**Organização/Organization: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS e apoio, co-organização científica e colaboração institucional do Grupo de História e Sociologia da Ciência e Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20 - Universidade de Coimbra
Contacto: científico.shis@gmail.com**

Local/Venue: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra. Coordenadas GPS: 40.219679, -8.4181



Organização e secretariado

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

Co-organização científica e colaboração científica e institucional

Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — GHSCCT-CEIS20 (coordenadores João Rui Pita e Ana Leonor Pereira)

Comissão Científica

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- António Carreras Panchón (Universidad de Salamanca, Spain)
- Isabel Nobre Vargues (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Juan António Rodríguez Sanchez (Universidad de Salamanca, Spain)
- Manuel Correia (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Maria do Rosário Mariano (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Tania Fonseca (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
- Romero Bandeira (Universidade do Porto, Portugal)

Comissão Organizadora

- Ana Leonor Pereira (Universidade de Coimbra, Portugal)
- João Rui Pita, Secretário científico (Universidade de Coimbra, Portugal)
- José Morgado Pereira, Presidente (Universidade de Coimbra, Portugal)
- Victoria Bell (Universidade de Coimbra, Portugal)

SHIS



C E I S 3 0
CENTRO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES
DO TEGULUM DA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Patrocínios / Apoios



FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



INSTITUTO DE
INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível o *Congresso*: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra-III, Fundação para a Ciência e a Tecnologia-FCT e Turismo do Centro Portugal

Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Diretores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 15**Título**

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX

Autores (Eds):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras; Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra. Presidente da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde – SHIS

Resumo

Esta obra colectiva intitulada *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros apresentados no *IX Congresso Internacional de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* que serviram de base a comunicações apresentadas no referido *Congresso* realizado na Universidade de Coimbra nos dias 7 a 9 de Maio de 2018.

Volumes publicados:

1. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução (1859-2009). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 252 p. ISBN: 978-972-8627-23-2
2. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 100 p. ISBN: 978-972-8627-22-5
3. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça (1934-2010). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010. 87 p. ISBN: 978-972-8627-21-8
4. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2011. 145 p. ISBN: 978-972-8627-33-1
5. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Luiz Wittnich Carrisso — Hereditariedade. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de ciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá logar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9
9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3

10. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5
11. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8
12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5
13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3
14. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VIII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2018. 251 p. ISBN: 978-989-99637-8-8
15. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — IX. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2019. 228 p. ISBN: 978-989-54124-9-5