

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

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

VII

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**

2017

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 13

NOTA:

Os textos publicados nesta obra colectiva são da responsabilidade dos autores

FICHA TÉCNICA

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

Coordenadores: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

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

Ano de edição: 2017

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-989-99637-3-3

Depósito Legal: 320445/10

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS

**UID/HIS/00460/2013**

ÍNDICE

- INTRODUÇÃO — Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
05-06
- O CONTRIBUTO DE AMATO LUSITANO PARA A HISTÓRIA DA DEPRESSÃO
Isilda Rodrigues
07-12
- FILIPE MONTALTO, A PARTIR DA *ARCHIPATHOLOGIA*: DO MÉDICO-FILÓLOGO AO
FILÓLOGO-MÉDICO — Joana Mestre Costa
13-20
- EUGENESIA, FEMINISMO Y LOCURA EN LA SEGUNDA REPÚBLICA ESPAÑOLA: EL CASO
HILDEGART RODRÍGUEZ — Celia García Díaz
21-27
- HERRAMIENTAS EPISTEMOLÓGICAS Y FUENTES PARA HACERLA HISTORIA DE LA
CATEGORÍA DE “HOMOSEXUALIDAD” EN LA MEDICINA PORTUGUESA EN EL SIGLO XX
Y SUS SIMETRÍAS/ASIMETRÍAS CON SU HOMÓLOGA ESPAÑOLA
Francisco Molina Artaloytia
29-34
- PERTURBAÇÕES COMPORTAMENTAIS E PSICOPATOLOGIAS EM PERSONAGENS DO
NATURALISMO FRANCÊS: A ESCOLA DE CHARCOT E SUAS INFLUÊNCIAS NA
LITERATURA — Rosário Neto Mariano
35-42
- O GÉNIO DE CAMILO CASTELO BRANCO (1825-1890) E A SUA ATRIBULADA RELAÇÃO
COM OS MÉDICOS DO SEU TEMPO — Porfírio Pereira da Silva
43-52
- HIGIENISMO E ALIENISMO NA OBRA DE JÚLIO DINIS — Luís Timóteo Ferreira
53-63
- VIAGEM Á LOUCURA POPULAR DA GALIZA (E LATINOAMÉRICA)
M^a.J. Louzao Martinez; M. Piñeiro Fraga; M.A. Miguez Silva; T. Angosto Saura
65-84
- EL CATALÉPTICO DE LA HABANA (1885): VIEJAS Y NUEVAS NOTICIAS
Mónica Minoshka Moreira Martínez; David Simón Lorda; Elisabeth Balseiro Mazaira;
Jessica Otilia Pérez Triveño; Manuel Fernández de Aspe
85-91
- PIRETOTERAPIAS, CURAS DE SAKEL, ELECTROSHOCK Y OTRAS TERAPIAS
(PSIQUIATRÍA EN GALICIA-ESPAÑA, 1916-1984)
María Victoria Rodríguez Noguera; David Simón Lorda; Elisabet Balseiro Mazaira;
Mónica Minoshka Moreira Martínez; Luis Rodríguez Carmona
93-110
- ELECTROTHERAPIA, “NERVIOS” Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA (ESPAÑA)
(FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL XX)
David Simón Lorda; Xaqueline Estévez Gil; María Victoria Rodríguez Noguera;
Mónica Minoschka Moreira Martínez; Tatiana Bustos Cardona
111-124

- HIPNOTISMO, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA A FINALES DEL SIGLO XIX Y
PRIMEROS AÑOS DEL XX (DEL DR. SÁNCHEZ FREIRE AL ILUSIONISTA
HIPNOTIZADOR ONOFROFF) — Xaqueline Estévez Gil; David Simón Lorda;
Jessica Otilia Pérez Triveño; María Victoria Rodríguez Noguera; Manuel Fernández de Aspe
125-136
- AS TENTATIVAS OPERATÓRIAS DE EGAS MONIZ 80 ANOS DEPOIS — Manuel Correia
137-140
- HISTÓRIA DO USO DE PLACEBOS NA PSIQUIATRIA — Pedro Macedo; Susana Nunes
141-146
- EM BUSCA DO GENE MARXISTA: VALLEJO- NÁGERA E A PSICOPATOLOGIA DA GUERRA
CIVIL ESPANHOLA — João Feliz; Pedro Sales; Guilherme Bastos Martins; João Cardoso
147-153
- MONOMANIA — Sara Lima de Castro; Nuno Borja-Santos
155-162
- SYNESTHESIA IN THE WORK OF LUÍS MIGUEL NAVA — Gustavo Santos
163-170
- ESQUIZOFRENIAS, RECUPERAÇÃO E SUPERAÇÃO: MUNDOS MÚLTIPLOS
Juš Škraban; José Cunha Oliveira
171-180
- CONTENÇÃO FÍSICA EM MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL: QUANDO O CUIDADO
SE TRANSFORMA EM VIOLÊNCIA — Ludmila Cerqueira Correia
181-187
- PROCESSOS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA — Cláudia Adão; Sara Repolho
189-197
- PSYCHOPHARMACOLOGICAL DRUGS USE IN A POLYMEDICATED POPULATION:
A CROSS-SECTIONAL STUDY — Diana Martins; Rui Cruz
199-206
- RELATIONSHIP BETWEEN SENSE OF COHERENCE AND THE USE OF
PSYCHOPHARMACOLOGICAL DRUGS: DESCRIPTIVE-CORRELATIONAL STUDY IN A
POPULATION POLYMEDICATED — Diana Martins; Rui Cruz
207-216
- VII JORNADAS INTERNACIONAIS DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA
E SAÚDE MENTAL
217-221

INTRODUÇÃO

Nos dias 9 e 10 de Maio de 2016 no auditório da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos decorreram as *VII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental / VII International Meeting of History of Madness, Psychiatry and Mental Health*. Esta reunião científica com periodicidade anual realizou-se pela sétima vez. Foi dada continuidade ao seu perfil internacional pois contou com investigadores de Portugal, de Espanha, da Eslovénia e do Brasil. Em 2016, o título do evento foi alargado. As tradicionais *Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* deram lugar às *Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental*. Deste modo, correspondendo a uma linha de pensamento de alguns membros da SHIS, abriu-se o campo temático a várias áreas das humanidades como a literatura, as artes, a filosofia e a muitos domínios das ciências sociais e humanas. Ao mesmo tempo, foi a leitura do livro de Adrián Gramary, *Palco da Loucura*, em 2015, que inspirou a comissão científica das JIHLPSM a incluir a loucura no título e, portanto, no perfil identitário desta reunião científica anual.

Tal como nos anos anteriores, voltamos a sublinhar importância da regularidade anual das *Jornadas*. Esta regularidade pode ser e tem sido entendida de diferentes modos. De momento, apenas se pretende dizer que, para nós, a regularidade ou a periodicidade funciona como um cimento desta área de investigação que se encontra devidamente institucionalizada no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20. Desde a sua institucionalização em 1998, este centro de investigação e este grupo de pesquisa tem mantido uma forte atividade científica no domínio da história da cultura, da história da medicina, da história das ciências da saúde e da história da ciência. Esta atividade consubstancia-se em projectos de pesquisa, teses de doutoramento, organização de reuniões científicas nacionais e internacionais, organização de sessões de divulgação, exposições e publicação de estudos sob a forma de livros, capítulos de livros, artigos científicos de âmbito nacional e internacional e, ainda, de artigos divulgativos.

Deve salientar-se que a regularidade anual das *Jornadas* mostra, também, que muitos investigadores nacionais e estrangeiros interessados nestas temáticas contam anualmente com as *Jornadas* em Coimbra, no mês de Maio. Este encontro periódico tem funcionado como plataforma de intercâmbio de progressos científicos e de inovações historiográficas no campo da história da loucura, da psiquiatria e da saúde mental. A todos os autores e autoras que ano após ano regressam a Coimbra na primeira semana de Maio para apresentar as novidades das suas investigações em curso, o nosso grato reconhecimento pois todos nós somos as *Jornadas Internacionais*.

Nas *VII Jornadas* realizou-se o lançamento do livro *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*, obra que congrega textos apresentados nessa reunião científica depois de sujeitos a avaliação e admitidos para publicação.

As *VII Jornadas* foram uma organização conjunta da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde — SHIS em colaboração científica e institucional 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. As *Jornadas* mostram, também, a vitalidade daquela sociedade científica, uma instituição fundada

em 2011 e que, entre outros objetivos, tem desenvolvido a investigação e divulgação de temáticas de âmbito histórico-médico, histórico-farmacêutico e de história da cultura científica.

A sétima edição das *Jornadas* teve o propósito de dar continuidade às temáticas tradicionalmente apresentadas e introduzir novos temas. Em 2016 as *VII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* centraram-se nos seguintes tópicos:

1. História da loucura, imaginários literários, utopias sociais e senso comum desde a Antiguidade clássica até à atualidade.
2. Fontes para a História da loucura, da psiquiatria e da saúde mental desde a Antiguidade clássica até à atualidade.
3. História dos sintomas desde a Antiguidade clássica até à atualidade.
4. Psiquiatria, neurologia, psiquiatria forense e medicina legal nos séculos XIX-XX .
5. Ciências farmacêuticas, doentes e direitos na época contemporânea.
6. Filosofia, psicologia, psicanálise e psiquiatria na atualidade.
7. Serviços de saúde mental e psiquiatria – para uma história comparada na Europa e no Mundo.
8. Psiquiatria e saúde mental no Serviço Nacional de Saúde: estruturas, conjunturas e experiências singulares.

A presente obra intitulada *História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII* reúne textos que serviram de base a apresentações feitas nas *VII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental*. Dá-se assim continuidade às publicações ininterruptas que temos vindo a efetuar desde que foram realizadas as *I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental* (2010).

Agradecemos aos autores as importantes contribuições que tornaram possível a publicação desta obra.

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

O CONTRIBUTO DE AMATO LUSITANO PARA A HISTÓRIA DA DEPRESSÃO

Isilda Rodrigues

Professora Auxiliar com Agregação
Departamento de Educação e Psicologia
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Portugal
Email:isilda@utad.pt

Palavras-chave: Amato Lusitano, Centúrias, depressão pós-parto, melancolia,
Século XVI

Keywords: Amato Lusitano, Centuries, postpartum depression, melancholy,
16th Century

Resumo

Ao longo das *Centúrias*, de Amato Lusitano (1511-1568), médico português do renascimento, são descritos vários casos clínicos que envolvem alterações do comportamento, em particular, do sexo feminino. Situações como o aborto, a morte de crianças ou de parentes, a infertilidade, a própria gravidez, as pressões para a mulher aceitar pretendentes não desejados ou os namoros proibidos, aparecem como causas que levam as mulheres a ter alterações comportamentais, por vezes pronunciadas, manifestando-se no sofrimento da chamada melancolia, hoje referida como depressão clínica. Neste texto analisaremos alguns desses casos, bem como, uma das primeiras referências à depressão pós-parto. Consideramos, face aos casos relatados e à pertinência das suas observações que este autor nos deixou um importante contributo para a história da depressão.

Abstract

The contribution of amato lusitano to the history of depression — Throughout the Centuries, by Amato Lusitano (1511-1568), Portuguese physician of the rebirth, several clinical cases are described that involve alterations in the behavior, in particular, of the feminine. Situations such as abortion, the death of children or relatives, infertility, pregnancy itself, pressures for women to accept unwanted suitors or forbidden dating appear as causes that lead women to have behavior changes, sometimes pronounced, manifesting itself in the suffering of the so-called melancholy, now referred to as clinical depression. In this text, we will analyze some of these cases, as well as one of the first references to postpartum depression. We consider, in the cases reported and the pertinence of his observations that this author has made a significant contribution to the history of depression.

Introdução

Amato Lusitano (1511-1568) foi uma referência da Medicina Europeia. Foi médico do Papa, do Rei da Polónia, da cidade-estado de Ragusa, do Grão-Turco do Império Otomano e foi ainda merecedor de retrato no frontispício de livros de colegas. Publicou 3 obras, entre as quais as *Sete Centúrias de Curas Mediciniais*, sobre a qual recai este estudo. A primeira edição completa das *Centúrias* foi publicada, já depois da morte de Amato, em 1580, em León. Seguiram-se 59 edições, sendo que a versão

traduzida para português só foi editada, em 1980, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Recentemente, em 2010, foi publicada, pela Ordem dos Médicos, uma nova versão das *Centúrias*. Este número de reedições mostra bem a influência que as *Centúrias* tiveram, durante vários anos, junto de diversos grupos académicos, nomeadamente médicos e estudantes de Medicina das múltiplas Universidades da Europa. As *Centúrias* são uma coleção de 700 casos clínicos (Curas) que permitem perceber os conhecimentos médicos da época e visualizar a postura vanguardista de Amato relativamente a outros médicos seus contemporâneos (Rodrigues, 2005).

Pretendemos, neste texto, descrever e analisar vários casos clínicos associados à depressão e refletir sobre o contributo de Amato Lusitano para a história desta patologia.

O contributo de Amato Lusitano para a história da depressão

O termo depressão é relativamente recente, no entanto, durante vários séculos, a sua origem pode ser inferida a partir das referências ao estado conhecido como melancolia (Souza e Lacerda, 2010).

A etimologia do termo melancolia – *melan* significa negro, e *cholis*, bile, remonta à Antiguidade Clássica, mais concretamente ao entendimento das doenças baseadas no modelo dos quatro humores. Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.) descreveu o quadro clínico da melancolia como aversão a comida, falta de ânimo, inquietação, irritabilidade, medo ou tristeza que perduravam por um longo período (Souza e Lacerda, 2010). Galeno (130 d.C - 210), mais tarde, associou os humores, aos quatro elementos (ar, fogo, terra e água), aos fluidos (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) e às qualidades (quente, húmido, frio e seco), definindo deste modo os traços do temperamento dos doentes e as suas predisposições (Souza e Lacerda, 2010).

Durante a Idade Média a melancolia foi considerada uma doença da alma e significava um afastamento de Deus. Era, portanto, vista como um pecado.

Entretanto, no Renascimento a melancolia passou a ser considerada como uma fonte de inspiração. Vigorava por toda a Europa a ideia de que o homem melancólico era um superior e mais inspirado. Neste período passou a venerar-se a melancolia como uma característica específica dos intelectuais e artistas (Mendes, Viana & Bara, 2014). Durante este período valorizou-se também, sob influência das medicinas hipocrática e galénica o conhecimento das idiossincrasias constitucionais do indivíduo, discutindo-se se o que estava em causa era a restauração ou a preservação da sua saúde. Deste modo, as curas eram, em geral, altamente individualizadas, por forma a ser observado um ajustamento específico à sintomatologia do paciente em questão (Hall, 1988). É com base neste legado renascentista que, no princípio da Idade Moderna, a maioria dos médicos considerava que a cura passava pelos intestinos, pela bexiga, pela pele e pelas veias. O aumento ou diminuição do fluxo de suor, urina, fezes ou sangue eram sinal de certa doença, e várias doenças podiam emanar de uma mesma causa. Por exemplo, o catarro era não apenas uma tosse e uma constipação, mas um engrossamento dos humores húmidos e fleumáticos que obstruíam as áreas onde habitualmente se encontravam os intestinos, os pulmões e o nariz. Nesta perspetiva, também a melancolia era causada por algo que se passava no cérebro, no abdómen, no estômago e no baço (Siraisi, 1990).

Da Antiguidade à Revolução Científica, houve ainda dois outros fenômenos terapêuticos que permearam todo o conhecimento europeu, vindos da tradição popular, que influenciaram a Medicina e conseqüentemente a interpretação da melancolia. O primeiro foi o conceito de “cura por transferência”, em que o paciente procurava expelir as suas doenças ao transferi-las para outros objetos. Sobre esta prática circularam numerosas histórias, que davam conta de que vários camponeses traziam ovelhas, ou outros animais para o quarto de pessoas com febre, para que esta se transferisse do humano para o animal. Por outro lado, registam-se também noções confusas sobre as curas poderem funcionar tanto pelos semelhantes como pelos contrários, especialmente no que diz respeito às plantas Medicinais. O outro fenômeno dizia respeito à influência dos planetas na terapêutica. Jacques Despars (1380-1458), médico francês, considerava importante a influência dos planetas sobre os humores sobretudo pela analogia entre as qualidades mútuas destes e, conseqüentemente, pelos seus ritmos de movimentação. Por exemplo, admitiu que a melancolia, sendo fria e seca, tinha uma movimentação mais lenta relativamente aos planetas do que os outros três humores, descrevendo o seu círculo e completando a sua revolução num período de trinta anos. Salientou também que, de entre aqueles que observavam as disposições celestiais com o fim de determinar a altura de fazer a sangria, eram muitos os que prestavam especial atenção às fases da lua. Dentro do mesmo contexto, vários outros autores não observavam somente a lua, mas tomavam também em consideração o curso dos planetas. Recorriam muitas vezes ao chamado *Grande Almanaque*, que prognosticava anualmente, para cada dia, os signos e aspetos em que cada planeta estaria. Com esta base, o Almanaque mostrava a entrada da lua nos signos do zodíaco, as posições do sol e da lua favoráveis à sangria, e os dias e noites favoráveis para a prescrição de purgativos (Siraisi, 1990, Rodrigues, 2005).

Dentro desta perspectiva, o médico italiano, Michele Savonarola (1385-1468), estudou e descreveu detalhadamente a influência dos astros no movimento dos humores. Na sua obra *De balneis e thermis*, publicada em Ferrara, em 1485, defendeu que as ações e propriedades de qualquer remédio estão sob o domínio de forças astrais, mais precisamente da posição dos planetas. Referiu também que a movimentação dos humores seguia sempre os quatro estados de posição do sol: primeiro movia-se o sangue, depois a bÍlis, seguia-se a fleuma, e finalmente a melancolia. Como o movimento dos planetas este processo não era medido em dias, mas sim em anos. Marte, por exemplo, exercia a sua influência de três em três anos; enquanto Saturno se manifestava de quatro em quatro anos. Desta diferença nas interferências planetárias, resultava a frequência de algumas doenças, com ciclos de três ou quatro anos, como seriam os casos da cólera (bÍlis amarela) e da melancolia (bÍlis negra) (Siraisi, 1990).

Mais tarde, em 1621, o médico inglês, Robert Burton (1577-1640), publicou, uma obra intitulada *A Anatomia da melancolia*, que foi considerado um dos primeiros livros de psiquiatria. Esta obra teve grande impacto na época. Ainda em vida, foram publicadas 5 edições da obra de Burton. Deste modo depreende-se o prestÍgio que era atribuído à melancolia. Burton, na sua obra, não chegou a definir concretamente a melancolia, fez sim, uma recolha das ideias sobre o que outros autores haviam escrito sobre o tema, resultando num conjunto de pensamentos contraditórios. Enfatizou, no entanto, nesta obra, a natureza clínica da melancolia e diferenciou-a da loucura (Mendes, Viana & Bara, 2014).

Ainda na Renascença, merece também ser mencionado o contributo do médico português, Amato Lusitano. Publicou, como já referimos 3 obras, entre as quais as *Sete Centúrias, de Curas Medicinai* (*Centúrias*). Estas constituem uma valiosa coleção de casos clínicos envolvendo praticamente todas as áreas da medicina, incluindo a melancolia (Rodrigues, 2005). Cada Centúria comporta 100 casos clínicos designados por Curas. Cada Cura encontra-se estruturada em duas partes, na primeira é apresentado o paciente, suas características e na segunda parte encontramos os Comentários onde discursa sobre a evolução da doença, confrontando as opiniões de vários autores clássicos e contemporâneos.

Dos 700 casos clínicos descritos nas *Centúrias*, 16 são referentes à melancolia. Estes representam 2,3% dos casos registados (Rodrigues, 2009).

Segundo Amato a melancolia pode ter, entre outras, as seguintes causas:

1 - Melancolia associada à perda de alguém

Amato refere, na VII *Centúria*, Cura I, o caso clínico de título “ De um delírio proveniente de grande pesar”. Refere que “(...) Dona Belida tinha abortos sucessivos (...) deram-lhe a noticia que o seu criado jovem tinha sido assassinado por outro criado da casa (...). Sofria de subsequente tristeza e melancolia. Tratou-a e recuperou.”

Para o tratamento desta doença, Amato considerou essencial a regularidade das chamadas “limpezas periódicas femininas”, afirmando que os ciclos menstruais certos e não problemáticos tornam as mulheres mais saudáveis, tanto mental como fisicamente.

2 - Melancolia associada ao amor

Na III *Centúria*, na Cura LVI, refere o caso de “um rapaz hebreu violentamente apaixonado por uma rapariga hebreia (...) e tão perdidamente que em breve caiu em loucura. (...)”

Recorda nesta mesma Cura o seguinte episódio: “ uma rapariga se apaixonou fortemente por um rapaz nobre, enlouquecendo. E um outro: “Igualmente, há dias a filha do mercador Benaheni, enlouqueceu, visto que se dissera que, havendo sido prometida em casamento pelo seu pai, depois fora substituída pela irmã. Ainda hoje se mantém louca (...)”

Argumenta, nos Comentários, refutando ideias de alguns dos seus contemporâneos, que “os autores de práticas (...) recorrem aos Germanos...que estes os senhores e magnates são muito dados a esta doença, esforçam-se por dizer que é deste idioma que a palavra tira a denominação. Deixá-los com a sua insensatez, é o que há a fazer...”

Na V *Centúria*, Cura LXXXIV aponta um outro caso, este referente a “ um frade que, tomado de amores por uma rapariga, se suicidou bebendo veneno”.

Convém referir que, aquando da pesquisa para um outro artigo sobre a censura, verificámos que esta Cura foi por diversas vezes censurada em várias edições das *Centúrias*. Note-se que não seria de bom-tom que circulassem informações relativas a um padre tomado de amores por uma rapariga.

3 - Melancolia associada à gravidez

Na Cura LXXXVII, da V *Centúria*, descreve o caso “De uma mulher que ao engravidar, se tornou melancólica (...) ao sentir-se grávida, era tomada de doença melancólica.

Palavra muito, e variado, a ponto de todos ficarem admirados” (...). Assim, pois, muitas e variadas coisas podem acontecer por cária mistura de melancolia...”

4 - Melancolia associada ao parto

Reforçando o interesse por estes casos aponta na Cura LII, da II *Centúria*, aponta o caso de “ De uma mulher que, ao dar à luz se tornou melancólica e louca. A formosa esposa de Carcinator sempre havia gozado de óptima saúde, mas depois do parto foi atacada de melancolia e durante um mês ficou como louca (...)”. Um outro, na I *Centúria*, Cura XXXIV “Duma mulher que deu à luz e depois caiu em transtorno de melancolia (...). A esposa de Sarcinato que trabalhava na praça deu à luz uma menina e sentiu-se bem até ao sétimo dia (...) verifiquei que estava dominada pela doença chamada melancolia. Diz, citando Paulo Egineta, “a melancolia é uma alienação mental sem febre proveniente sobretudo do humor melancólico que tenha ocupado a sede da razão (...)”. (...) ora como os assistentes asseverassem esta mulher era atormentada pelo mau espírito e chamassem os frades para o expulsar, nós desistimos da cura e não mais a visitámos”.

Com base nos casos apresentados, constatamos que Amato evidencia um particular interesse por estas alterações comportamentais, por vezes pronunciadas, manifestando-se nomeadamente no sofrimento da chamada melancolia, hoje referida como depressão clínica. Segundo ele a origem da doença poderá ser diversa, e deverá consequentemente ser tratada. Dentro desta perspectiva aponta, ente outros, como principais causas para o surgimento da doença a perda de alguém, amores não correspondidos, gravidezes, partos e abortos.

Apesar de no Renascimento ganhar força a crença de que o homem melancólico era um ser dotado de capacidades intelectuais, o que tornava a melancolia fonte e “alimento” de poetas, pintores, filósofos (Clara, 2009), Amato confrontando alguns dos seus colegas da época, afirmou que a melancolia não é específica dos estudiosos ou letrados e que a origem da palavra não está associada aos Germânicos (III *Centúria*, na Cura LVI). Numa posição de vanguarda refutou ainda a ideia de que a melancolia era um adoecimento espiritual, como defendiam os clássicos e que por isso de nada serviriam os padres para a tratar (I *Centúria*, Cura XXXIV).

No que toca às Curas associadas ao parto, estas poderão constitui um dos mais importantes contributos para a temática em estudo. Provavelmente representam as primeiras descrições conhecidas, na literatura médico europeia, daquilo a que hoje chamamos depressão pós-parto. Esta patologia só foi claramente reconhecida no século XX. A identificação destas perturbações revestia-se de grande importância considerando, segundo o autor, as consequências prejudiciais às mães, bem como ao desenvolvimento das suas crianças.

Uma última consideração, Amato vai mais longe e, na I *Centúria*, Cura XXXV distingue a melancolia de mania. Diz: “É de notar aqui que a mania ou loucura designa-se de melancolia porque tira a origem da bile negra. A mania, porém, provém da bile amarela. A mania e a melancolia não diferem só nas causas, mas também nos sintomas. Com efeito, os loucos de mania proveniente da combustão da bile amarela são

arrebatados, barulhentos, atrevidos e agressivos; os melancólicos, provenientes da bile negra...são tímidos, receosos de tudo, tristes (...). Descreve que nesta doença se intervalam períodos de melancolia e de mania: devemos estar perante um caso de disfunção bipolar ou personalidade maniaco-depressiva; uma doença, que, segundo as fontes consultadas a este respeito, apenas começa a ser estudada no Século XIX (Rodrigues, 2005).

Considerações finais

A construção histórica da melancolia, hoje identificada como depressão, possibilita perceber que foram diferentes e diversificadas as explicações para um sofrimento marcado pela tristeza, pela angústia, pela inibição, pela queixa, e, em alguns casos, pelo delírio e pela exaltação.

Amato manifestou claramente interesse por essas perturbações, que afetavam mais as mulheres, à época tendencialmente merecedoras de pouca atenção, tanto médica como social, devido ao estatuto subalterno do feminino no pensamento dominante. Refere que a melancolia poderá resultar de diversos fatores, entre os quais: amores não correspondidos, morte, gravidez, partos e abortos. Alerta para a necessidade de os doentes serem tratados. Deixou-nos as primeiras descrições da patologia designada hoje por depressão pós-parto e da disfunção bipolar ou personalidade maniaco-depressiva. Face ao número de casos clínicos tratados, aos conhecimentos evidenciados, bem como à naturalidade com que ele aborda estas patologias devemos considerar Amato Lusitano como uma figura importante na história da depressão.

Referências bibliográficas

CLARA, C. — “Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica”. *Mental*. Vol.7, nº13. 2009. p. 1-9 Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200007

HALL, R.A. — *Revolução na Ciência 1500 – 1750*. Lisboa: Edições 70. 1988.

MENDES, E.; Viana, T.; Bara, O. — “Melancolia e Depressão: um estudo psicanalítico” *Psicologia:Teoria e Pesquisa*, Out-Dez, Vol. 30, nº4. 2014. pp. 423-431.

RODRIGUES, I. — *Amato Lusitano e as Problemáticas Sexuais – Algumas contribuições para uma nova perspetiva de análise das Centúrias de Curas Mediciniais*. Utad: Vila Real. 2005. Tese de Doutoramento.

RODRIGUES, I. — “Considerações sobre a gravidez e parto na Medicina do Século XVI – o contributo de Amato Lusitano”. *Scientiarum História II*. 2009. p. 87-92.

SOUSA, T; Lacerda, A. — *Depressão ao longo da história*.

Disponível em:

http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_72_.pdf
consultado em 20 de fev de 2017

SIRAISI, N. — “Giovani Argentério and Sixteenth-Century Medical Innovation: between Princely Patronage and Academic Controversy”. *OSIRIS*. Second series, volume 6. 1990.

FILIPE MONTALTO, A PARTIR DA *ARCHIPATHOLOGIA*: DO MÉDICO-FILÓLOGO AO FILÓLOGO-MÉDICO

Joana Mestre Costa

Universidade de Aveiro

Docente — ISCA-UA, Investigadora Integrada — CLLC-UA

joanamestrecosta@ua.pt

Palavras-chave: Filipe Montalto; *Archipathologia*; fontes; médicos-filólogos/filólogos-médicos

Resumo

A *Archipathologia* — *magnum opus* de Filipe Montalto dado à estampa, em Paris, em 1614 — compreende 18 tratados dedicados à perscrutação da essência e das causas, dos sinais e das curas das afeções do ânimo, labor que o autor sustenta na indagação das fontes, que faz recuar à Antiguidade Clássica, e no próprio exercício clínico.

Na *Archipathologia*, a disquisição teórica, sustentada e crítica, prevalece, contudo, sobre a investigação radicada na observação prática, resultando num texto abundante em citações e notas remissivas e parcíssimo em *consilia medica*.

De facto, a construtura da *Archipathologia* revela uma valorização das fontes — médicas, filosóficas e literárias — que faz pensar que o seu autor, paulatinamente, se converte de médico que indaga os contributos dos seus predecessores em filólogo que se empenha numa psicopatologia.

Abstract

The *Archipathologia* — the *magnum opus* of Filipe Montalto, printed in Paris in 1614 — comprises 18 treatises devoted to the examination of the essence and causes, signs and cures of the affections of the mind, a work which the author anchors in the inquiry of the sources, going back to Classical Antiquity, and in his own clinical practice.

In the *Archipathologia* the theoretical disquisition, sustained and critical, however, prevails over the investigation rooted in practical observation, resulting in a text abundant in quotations and notes and minimal in *consilia medica*.

In fact, the structure of the *Archipathologia* reveals an appreciation of the sources — medical, philosophical and literary — that suggests that its author from a doctor who examines the contributions of his predecessors gradually becomes a philologist dedicated to a psychopathology.

Introdução

Seguindo a lógica de valorização das fontes científico-literárias na construção de uma patologia mental, qual desvelada na *Archipathologia*, Montalto revela-se um insigne herdeiro dos chamados médicos-filólogos do Humanismo¹.

¹ Sobre as características e as condutas por que regiam os seus labores os médicos-filólogos/filólogos-médicos, seguiu-se a leitura de Enrique Montero Cartelle, que a esta temática tem dedicado interessantes estudos:

Este estudo propõe que a mais ajustada para este iátrico seja, todavia, a designação filólogo-médico, porquanto se é, em certa medida, a sua experiência clínica que parece tê-lo aproximado das perturbações da mente, assim se notará, esta, de modo evidente, cede, no quadro da sua obra, à indagação das fontes o lugar cimeiro no exame das origens, dos sintomas e da natureza das afeções mentais¹.

Discussão

Conquanto um silêncio secular haja velado a obra e injustiçado o seu autor², um mérito superior deve ser reconhecido ao clínico, pela invejável posição que a sua prática lhe logrou alcançar entre as mais proeminentes cortes europeias; e ao humanista, pelo aturado estudo dos males humanos, máxime dos passíveis de afetar a mente humana, no enalço de uma psicopatologia. Logo, uma mais integral (re)leitura da história da medicina e, máxime, dos primórdios da história da neuropsiquiatria portuguesa terá, por condição, retroceder ao ocaso do Humanismo luso e considerar o legado de Montalto, bem como o itinerário que a ele havia de conduzir.

Filipe Roiz Montalto ou, como é mais comumente conhecido, Filipe Rodrigues Montalto, nasceu e batizou-se em Castelo Branco, em 1567. O delineamento da sua progénie não logrou chegar insuspeito à contemporaneidade. Sobre a ascendência de Montalto, difundiria, na sua *Bibliotheca Lusitana* de meados do século XVIII, o bibliógrafo Diogo Barbosa Machado notícia que conheceu larga difusão:

Filipe Montalto, ou Filotheo Elias Montalto, pois com hum, e outro nome se acha escrito, naceo na Villa de Castello-Branco da Diocese da Guarda, irmão de Amato Lusitano, a quem imitou na profundidade da sciencia Medica, como na observancia dos ritos Judaicos. (MACHADO, 1747)

En el contexto humanista de vuelta a los clásicos corrompidos por la tradición, es notorio que hacía falta la filología para restaurar las obras médicas. El médico-filólogo o el filólogo-médico fue el encargado de esta labor e incluso del cotejo de estos textos, una vez expurgados, con la realidad. Sin este curioso personaje, no habría habido renacimiento médico. En esta etapa, el médico filólogo constituía la élite médica. Incluso podríamos decir que estaba orgulloso de su saber y que miraba por encima del hombro a sus colegas prácticos, que tenían que trabajar con sus manos. [...] El médico filólogo podía ser también médico práctico, pero era en primer lugar el conocedor directo de las fuentes, de las que dependían todos los saberes de los demás. Dentro de la concepción renacentista del momento, para ser médico afamado, entonces era necesario ser también filólogo. (MONTERO CARTELLE, 2002)

¹ Este labor, na senda de três anteriores — “Ontologias e idiossincrasias dos *Amantes*, à luz da *Archipathologia* de Filipe Montalto”, “*Humanas miserias pertractantibus, earumque medelam procurantibus.*” — A discussão da mania por Filipe Montalto” e “Perusing the sources of Montalto: literary echoes and iatric influences in the *Archipathologia*” —, resulta do de perscrutação do texto e de indagação das fontes, em busca de uma boa versão. A tradução da obra-prima de Filipe Montalto, em que muito me aprouve participar, inclui-se num recente projeto — «Arte médica e inteligibilidade científica na *Archipathologia* de Filipe Montalto» do Centro de História d'Aquém e d'Além-Mar —, que contou com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian e a coordenação de Adelino Cardoso, timonando uma equipa pluridisciplinar dedicada à história e filosofia da ciência.

² Esta omissão é menos fácil de aceitar que de compreender, porquanto, nado cristão-novo, Montalto retornaria ferverosamente ao judaísmo, opção que alavancaria o seu notável périplo europeu, refúgio da perseguição inquisitorial, mas que o marcaria, também na Europa transfronteiriça, com o estigma da viciosa prática clínica associada aos iátricos de origem e/ou de confissão judaicas. Esta mácula, vinculada a um *statu quo* que, muito além da esfera profissional, marginalizava os judeus, dificultou, em vida, a sua ascensão e promoveu, com o decesso, o seu olvido.

Este laço familiar entre Montalto e Amato é, segundo as perspetivas mais recentes, discutível¹. A verdade é que não são límpidos nem a origem nem, em certos momentos, o trajeto da vida deste autor.

Dotado, em Salamanca, de uma prestigiante formação iátrica, integraria, antes ainda da viragem do século, a diáspora sefardita. Montalto jamais tornaria a Portugal e com o seu torrão manteria esparsos contactos. Na Europa além-fronteiras, abraçaria, aberta e definitivamente, o judaísmo e daria continuidade à prática médica que exercera, outrora, em Portugal e de que constitui fonte segura a própria obra, para a qual aduz histórias clínicas que localiza em Lisboa:

Ipsa conciliato pene solo, aut potissimo memini a me curatum puerum: Vlyssipone in domo nobilissimi D. Garciae de Noronsa. (MONTALTO, 1614)
(Lembro-me que, preparado o sono, quase em exclusivo ou como fator principal, se curou, por minhas mãos, uma criança, em Lisboa, na casa do nobilíssimo Dom Garcia de Noronha.²)

É relativamente consensual localizá-lo, em Livorno, cerca de 1599, mas aos 32 anos tinha ainda pela frente um longo périplo europeu, que seria, num primeiro momento, sobretudo centrado na Península Itálica, entre Florença e Veneza.

Em 1606, soma, pela primeira vez, à sua prática clínica a ciência médica, dando à estampa, em Florença, a sua obra inaugural, a *Optica intra Philosophiae, & Medicinae aream, de uisu, de uisus organo, et obiecto theoriam accurate complectens*. Neste mesmo ano, a sua renomada competência clínica e científica ditaria que, tivesse sido chamado a assistir, em Paris, a italiana Leonora Galigai, coça da rainha Maria de Médicis e a sua dama de companhia de eleição, granjeando o apreço de ambas.

A mesma fama ditaria que, segundo o próprio, houvesse sido o seu nome proposto para cátedras de Medicina em Bolonha, Messina, Pisa e Pádua, assim dá conta o testemunho do antissemita Pierre de L'Ancre:

Il fut appelé en France quelque temps auparavant, sur la grande reputation en laquelle il estoit tenu, d'estre vn grand et suffisant Medecin, comme on apprend par vne lettre qu'il escriuoit du 6 May 1611, respondant à quelqu'un qui luy procuroit ce bien, dans la quelle il promettoit d'y venir mais à condition neantmoins, qu'il n'entendoit se desguiser & contrefaire en sa profession, ains exercer librement sa Religion Iudaïque, veu qu'il auoit refusé des grandes offres qu'on luy auoit faict à Bologne, à Messine, à Pise: mesme d'estre successeur du grand Mercurial, soubz la tres-benigne protection du grand Duc Ferdinand. Et qu'on luy auoit aussi offerte la premiere chaire de Padouë. (L'ANCRE, 1622)

¹ No entanto, a impossibilidade de uma ligação fraternal entre Montalto e Amato prescrevem-na os anos dos respetivos nascimentos, 1567 e 1511 — uma figura e outra surgiram, portanto, separadas por 56 anos. Ainda assim, muitos investigadores, suportados pela coincidência da origem albicastrense e judaizante e do sobrenome Rodrigues, que partilham ambos os médicos, insistiram no estabelecimento de um laço familiar.

² Todas as traduções dos excertos da *Archipathologia* apresentadas são da autoria de Joana Mestre Costa. Estas integrarão a edição da obra que se prepara, para este ano de 2017, no âmbito do supramencionado projeto «Arte médica e inteligibilidade científica na *Archipathologia* de Filipe Montalto».

Sobre estes últimos eventos descritos para alguma dúvida, considerando a aparente inviabilidade de poder, ao tempo, uma universidade convocar para o seu corpo docente um judeu confesso e, para mais, um judeu praticante, ainda que a breve bibliografia que lhe esboçara Barbosa Machado pareça não apenas ratificar, como, ainda, reforçar este facto¹.

Já a sua proximidade com os Médicis é incontestável: Filipe Montalto foi, com efeito, protegido do grão-duque Fernando I e as duas obras que dá à estampa, ofereceu-as, a primeira, “ao Sereníssimo Príncipe da Etrúria D. Cosme de Médicis”², a segunda, “à Cristianíssima Rainha Regente das Gálias e de Navarra, Maria de Médicis”³, sob a égide de quem, abandonaria, no outono de 1612 e em definitivo, a Itália.

O português torna-se, então, físico-mor da corte francesa e íntimo conselheiro não apenas da regente como, também, do seu filho, o futuro Luís XIII, tarefas que desempenharia até ao momento da sua morte, no dealbar do ano de 1616.

Quando, em 1614, se publica, em Paris, a *Archipathologia, in qua internarum capitis affectionum: essentia, causae, signa, praesagia, & curatio accuratissima indagine edisseruntur*, confirma a segunda obra de Montalto o que a primeira, antes, anunciara: as questões que lhe interpôs a prática clínica desafiaram-no à indagação científica e o espírito humanista de que se imbuía transformou, depois, o médico que perquiria os contributos dos seus predecessores na senda de respostas em filólogo empenhado numa psicopatologia

Efetivamente, através da *Archipathologia*, procura Filipe Montalto estabelecer a descrição e a classificação das afeções neuropsiquiátricas, perscrutando e minudenciando, em dezoito tratados a dor, a dor de cabeça, a frenite e a parafrenite, a melancolia, a insânia dos amantes, a mania ou furor, a loucura lupina ou canina, a demência e a fatuidade, a perda e a fraqueza de memória, o coma ou catáfora, o coma em estado de vigília, a letargia, o caro, a catalepsia, as vertigens, o íncubo, a epilepsia e a apoplexia. E conquanto a autoria do *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, de 1801, tenha consagrado Philippe Pinel como o inaugurador da moderna psiquiatria, a verdade é que Montalto foi, *avant la lettre*, um esculápio que consagrou parte (e, assim parece, a parte mais relevante) da sua atividade — clínica, mas, sobretudo, científica — a esse porvindouro ramo da Medicina devotado às doenças e às perturbações da mente e à respetiva terapêutica.

O fundamento para a sua psicopatologia baseia-o na própria observação clínica, mas também (se não mesmo, sobretudo) na de terceiros, porquanto concorrem, na *Archipathologia*, com os da sua prática (recorde-se, exemplarmente, a supracitada alusão à experiência que teve com a criança que a insónia fazia demente, ainda, em Lisboa, na casa de Dom Garcia de Noronha), os casos colhidos na obra de iátricos precedentes e cujo testemunho considera fiável, nomeadamente, na de Galeno, cujas

¹ De facto, regista Barbosa Machado:

Foy Cathedratico de Medicina nas Universidades de Lovanha, e Pisa, onde depois de explicar os seus Aforismos a diversos discipulos, que sahiraõ Mestres, passou a França por ordem da Rainha Christianissima Maria de Medices, de quem recebeo particulares estimaçoens, sendo Fysico mòr, e Conselheiro da Magestade Christianissima de Luiz XIII. (MACHADO, 1747)

² *Ad Sereniss. Hetruriae Principem D. Cosmum Medicem.* (MONTALTO, 1606)

³ *Christianissimae Gallarum et Nauarrae Reginae Regenti Maria de Medices.* (MONTALTO, 1614)

histórias clínicas menciona — a da mulher de um certo Pílates, no Tratado V, sobre a Insânia dos Amantes:

Haud multo aliter Galenus, iusti uxorem Pyladis amore captam deprehendit, non uiso, sed solum nominato Pylade praedictam turbationem considerans, ut apud ipsum lidere est, lib. de praenotione ad Posthumum [...]. (MONTALTO, 1614)
(De modo não muito diferente, Galeno descobriu a mulher do afável Pílates tomada de amor, ao observar a perturbação que acaba de ser referida, não ao ver mas simplesmente ao ouvir o nome Pílates, como no próprio está patente, no livro De Praenotione ad Epigenem [...].)

A metodologia que alicerça a obra de Montalto, em que a disquisição teórica, sustentada e crítica é mais prevalente que a investigação radicada na observação decorrente da própria prática, resulta num texto abundante em citações e notas remissivas para fontes que faz recuar à Antiguidade Clássica e parcíssimo em *consilia medica*. Aliás, em toda a obra, há um único *consilium*, um dito apêndice do Tratado Quarto, sobre a Melancolia, e que o iátrico dedica à análise da afeção que atormentava D. Tomás Carpinio, conde de Gatarro, que padeceria, segundo o seu escrutínio, de melancolia hipocondríaca.

O seu contributo norteia-se, portanto, pelo testemunho das autoridades iátricas pregressas, na senda científica das quais se afirma; pelo que repetidamente, cita ou, pelo menos evoca, as figuras e as obras de Hipócrates, Pólipo de Cós, Herófilo, Diocles de Caristo, Erasítrato, Serapião de Alexandria, Nicandro de Cólofon, Asclepiades de Prusa, Temisão de Laodiceia, Celso, Escribónio Largo, Pedânio Dioscórides, Rufo de Éfeso, Arquígenes de Apameia, Areteu da Capadócia, Sorano de Éfeso, Apuleio, Galeno, Oribásio, Posidónio, Marcelo Empírico, Célio Aureliano, Aécio de Amida, Alexandre de Trales, Teófilo Protospátario, Paulo Egineta, Mesué, Rasis, Abulcasis, Avicena, Haly Habbas, Avenzoar, Averróis, Maimónides, Pietro D'Abano, Nicolau Leonicensi, Andrea Alpago, Fernel, Cardano, aqui, ordenados cronologicamente.

Porém, a sua postura é a do médico-filólogo — Montalto não expõe acriticamente as conclusões dos seus antecessores, efetivamente, de cada vez que menciona o posicionamento de um autor, o clínico comenta-o, expondo as razões do seu acordo ou, mesmo, do seu desacordo.

Assume particular expressividade o facto de se referir Montalto a Hipócrates, Galeno e Avicena como “os três Corifeus da Medicina”¹ ou a Celso como “o notável Celso”². Ainda, assim, o iátrico não se inibe de infirmar algumas das respetivas afirmações, como sucede, a título de exemplo, com Avicena, no Tratado V, no tocante à classificação da insânia amorosa:

Interna huius passionis causa humor est atrabiliarius cerebrum intemperans, animalesque spiritus uitians. Externa, immoderatus, aut diutinus amor. [...] Sic recte Auicennas lib. 3 canonis, eam melancholicis morbis adnumerat: minus recte, ut reor, alibi cholericis. (MONTALTO, 1614)

¹ *Tres medicinae Coryphaei.* (MONTALTO, 1614)

² *Praecipuus Celsus.* (MONTALTO, 1614)

(A causa interna desta paixão é o humor atrabiliário, que destempera o cérebro e adultera os espíritos animais. A [causa] externa [é] um amor excessivo ou que dura muito tempo. [...] Assim, fundadamente, a enumera Avicena entre as doenças melancólicas, no terceiro livro do Canon Medicinæ; menos fundadamente, segundo penso, noutra passagem, entre as coléricas.)

No entanto, é relativamente claro serem, sobretudo, as ideias destes esculápios as que perfilha, revelando um especial cuidado e um imenso esforço na dilucidação inequívoca do texto galénico, como sucede, por exemplo, no Tratado Sexto, quanto às causas da mania:

Opinantur quidam posse furorem concitari ex calidiore cerebri intemperie citra materiam, idque Galeno adscribunt lib. 2. de causis symptomatum. At uerborum seriem non recte perpendentes, autoris mentem non assequuntur, fieri enim uel a uitioso succo, uel a nuda cerebri intemperie, generatim delirio attribuit; non sigillatim omni, neque maniae speciatim, sicuti neque phrenitidi. (MONTALTO, 1614)

(Alguns opinam que o furor pode ser provocado por uma intempérie mais quente do cérebro sem matéria e imputam isso a Galeno, no segundo livro da obra De Symptomatum Causis. Porém, não alcançaram a intenção do autor; na verdade, o que resulta ou do suco vicioso ou da pura intempérie do cérebro [ele] atribui universalmente ao delírio [e] não individualmente a qualquer [afecção], nem em especial à mania, nem tampouco à frenite.)

Preocupação só equiparada à que terá com explicitação das sentenças hipocráticas, como se depreende de um brevíssimo exemplo, novamente do Tratado VI:

Ex hac classe, et in hunc usum habes apud Hippocratem insignem quandam sententiam per haec uerba; Οὗ ἂν ἡ φλὲψ ἢ ἐν τῷ ἀγκῶνισφύζῃ, μανικὸς καὶ ὀξύθυμος, ᾧ δ' ἂν ἀτρέμεν, τυφώδης. [...] Intelligit porro Hippocrates uenae nomine arteriam, uetustissimi enim tum Medici, tum Philosophi et uenalis et arterialis sanguinis conceptacula, uenas pariter appellabant. (MONTALTO, 1614)

(Com base nesta divisão e para este uso, encontra-se uma certa sentença no insigne Hipócrates, expressa nestes termos: Οὗ ἂν ἡ φλὲψ ἢ ἐν τῷ ἀγκῶνισφύζῃ, μανικὸς καὶ ὀξύθυμος, ᾧ δ' ἂν ἀτρέμεν, τυφώδης (“Aquele cuja veia pulsa no cotovelo é louco e irascível. Aquele cuja veia é imóvel é delirante.”). [...] Ora, Hipócrates, pelo nome de veia, pretende significar uma artéria — com efeito, tanto os médicos quanto os filósofos muito antigos chamavam igualmente veias não só os recetáculos de sangue venoso, mas, também, os de arterial.)

E consciente de que a Filosofia, além da Medicina, dedicara, desde os primórdios, largos e meritoriosos esforços à compreensão e ao estudo aprofundado das doenças da mente humana e à demanda da respetiva cura, durâmen da sua *Archipathologia*, Montalto inclui na sua galeria os vultos de Platão e Aristóteles.

Merece, outrossim, destaque o facto de não poucos episódios da história e/ou da mitologia greco-latinas serem recontados por Montalto na obra, que apresenta exemplarmente estas narrativas celebrizadas pela tradição ou pela pena dos poetas. Entre outros exemplos: no Tratado V, sobre a Insânia dos Amantes, é relatado o amor insano de Antíoco pela madrasta Estratonice; no Tratado VI, sobre a Mania, são rememorados os decessos de Empédocles e de Ajax Telamónio, ambos perecidos, em virtude do furor que os acometia, e de Tito Lucrécio Caro, possivelmente no decurso de uma certa beberagem medicamentosa; no Tratado VII, sobre a Insânia Lupina ou Canina, é recuperado o mito de Licáon, metamorfoseado em lobo por Júpiter, para tornar explícitos o nome e a natureza da afeição.

Com efeito, não é este esculápio alheio a uma longuíssima tradição — científica, sim, mas, não apenas, pois, antes mesmo de conhecerem a precisão do relato e do escrutínio iátrico, os distúrbios do ânimo constituíram, no seio da cultura ocidental, um mote para o excuro filosófico e para a criação artística, máxime, literária. Assim, a Ovídio é reconhecida competência para figurar entre as autoridades citadas no Tratado V, sobre a Insânia dos Amantes, sendo mesmo cognominado “grande mestre dos amores”¹:

Vniuersum corpus gracile, et aridum in dies euadit, ut Galeni, Halyabbatis, Alzarauij, et Auicennae testimonio ratum est; prodit experientia; firmit ratio belle ab eodem amorum doctore decantata [...]. (MONTALTO, 1614)

(O corpo todo se torna, de dia em dia, magro e mirrado, como está determinado pelo testemunho de Galeno, Haly Habbas, Abulcasis e Avicena; [como] mostra a experiência; [como] estabelece a razão pelo mesmo doutor dos amores belamente declamada [...].)

Conclusões

Ora, este cuidado para com o trabalho dos seus antecessores — dos iátricos aos filósofos, incluindo os vates, cujo legado ele profundamente investiga e metodicamente comenta — revela Montalto como um verdadeiro representante dos chamados médicos-filólogos; ou, quiçá, dado o seu percurso e com mais propriedade ainda, dos filólogos-médicos, porquanto, sobre a prática, a primazia é concedida às fontes, muito embora, ao contrário de outros pares seus do humanismo², nunca a sua fama de filólogo tenha obliterado a de médico.

Na verdade, o percurso de Montalto conduziu-o do esculápio, cuja prática e curiosidade, mormente no domínio das perturbações da mente, compeliram a compulsar as fontes, até ao cientista, cujo mérito da obra encaminhou à posição cimeira de físico-mor da corte francesa; transcorreu, portanto, entre o médico-filólogo e o filólogo-médico.

¹ *Magnus amorum magister.* (MONTALTO, 1614)

² É interessante o olhar de Enrique Montero Cartelle sobre Nicolau Leonicensino:

Nicolò Leonicensino (1428-1524), por ej., tiene una labor esencialmente didáctica, alejada de la práctica médica. Él mismo la valoraba como superior cuando afirmaba: ago maiora omnes medicos docendo; y su investigación tenía los mismos caracteres, ya que traduce (algunos como primera versión al latín) textos clásicos de Galeno. (MONTERO CARTELLE, 2002)

Fontes e Bibliografía

L'ANCRE, Pierre de - L'incrédulité et mescreance du Sortilege plainement conuaincue, ou il est amplement et curieusement traicté, de la verité ou illusion du Sortilege, de la Fascination, de l'Attouchement, du Scopelisme, de la Diuination, de la Ligature ou Liaison Magique, des Apparitions: Et d'une infinité d'autres rares et nouueaux subjects. Paris: Chez Nicolas Buon, 1622.

MACHADO, Diogo Barbosa - Bibliotheca Lusitana Historica, Critica, e Cronologica. Na qual se comprehende a noticia dos Authores Portuguezes, e das Obras, que compuseraõ desde o tempo da promulgaçaõ da Ley da Graça até o tempo presente. Tomo II. Lisboa: Na Officina de Ignacio Rodrigues, 1747.

MONTALTO, Filipe - Optica intra Philosophiae, & Medicinae aream, de uisu, de uisus organo, et obiecto theoriam accurate complectens. Florentiae: Apud Cosmum Iuntam, 1606.

MONTALTO, Filipe - Archipathologia, in qua internarum capitis affectionum: essentia, causae, signa, praesagia, & curatio accuratissima indagine edisseruntur. Lutetiae: Apud Franciscum Iacquin, Sumptibus Caldoriana Societatis, 1614.

MONTERO CARTELLE, Enrique - «Medicina y Filología en el Renacimiento». In Humanismo e Pervivencia del Mundo Clásico — Homenaje al Profesor Antonio Fontán. III5. Alcañiz: Instituto de Estudios Humanísticos; Madrid: Ediciones del Laberinto, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2002. pp. 2539-2549.

EUGENESIA, FEMINISMO Y LOCURA EN LA SEGUNDA REPÚBLICA ESPAÑOLA: EL CASO HILDEGART RODRÍGUEZ.

Celia García Díaz

Servicio Andaluz de Salud. Hospital Clínico Universitario Málaga.
USMC Valle del Guadalhorce
Psiquiatra
Email:ccgdd25@hotmail.com

Palabras clave: género, psiquiatría, Hildegart

Resumen

El 9 de junio de 1933 Aurora Rodríguez asesinó a su hija Hildegart de un disparo, en su domicilio de Madrid. El caso fue muy relevante por varios motivos: madre e hija llegaron a ser muy conocidas en el ambiente intelectual de los años 20 y 30 en España, Hildegart fue el máximo exponente sobre materia de sexología, reformas eugenésicas y el papel de la mujer en sociedad. El proceso judicial derivó finalmente en el ingreso de Aurora en un hospital psiquiátrico hasta su muerte. A través, tanto del peritaje realizado por Sacristán y Prados Such para discernir la locura o cordura de la parricida, como de su historia clínica, analizaré cómo la institución transformó el discurso de la paciente, y cómo ella se resistía a la dinámica totalizadora de la institución.

Abstract

On 9th of June of 1933 Aurora Rodriguez shot her daughter, Hildegart, at their home in Madrid. The case was widely known for several reasons: both of them became famous in the intellectual ambient during the second and third decades in Spain due to their relevance in sexology, eugenics ideas and women role in society. The judicial process was difficult in order to demonstrate that Aurora had a mental disorder so, she finally died in a psychiatric hospital, 20 years later. I will highlight in my work two parts: on one hand, elements about psychiatric forensic report made by Sacristán and Prados and, on the other hand, how the institution destroyed her rich discourse and how she was resisting totalizing dynamics inside de hospital, based on the clinical report.

Introducción

Hildegart ocupó puestos relevantes tanto en el mundo de la política, como en la divulgación científica durante la Segunda República Española. Sin embargo, algunos estudios apuntan a que fue la madre la que escribía artículos por ella, la que con su ideología, sostenía el discurso de la hija. A través de una aproximación a la vida de la madre, basándome en su biografía, su producción científica y el contexto socio-familiar en el que Aurora estaba inmersa, analizaré qué elementos toma desde el feminismo, la política, y la sexualidad y qué peso tuvieron en el discurso de su hija. Después del asesinato de Hildegart, Aurora comenzó un periplo entre la locura y la cordura, que no estuvo exento del momento histórico en el que trascurrió el proceso judicial. Finalmente, señalaré su institucionalización en el psiquiátrico, y qué elementos de la psiquiatría de la época intervinieron en la metamorphosis de ideóloga a enferma mental.

Aurora Rodríguez: la madre

Aurora Rodríguez nació en Ferrol, el 23 de abril de 1897, en el seno de una familia burguesa. Su padre, abogado de profesión, solía organizar tertulias en su casa, donde se hablaba de política y problemas sociales, posiblemente dentro de un ambiente de ideología republicana. La relación con la madre y su hermana no fue tan buena, sin embargo. Según ella misma relató, pasaba mucho tiempo en el despacho de su padre, por lo que pudo acceder a obras que no eran muy frecuentes en las mujeres de la época: los socialistas utópicos, como Owen y Fourier, Saint-Simon o Proudhon; obras sobre eugenesia, aunque no se puede asegurar si las leyó antes o después del embarazo, como “El cultivo de la especie humana. Herencia y educación. Ideal de vida” de Enrique Madrazo, publicado en 1904, donde señala la importancia de la herencia, el cruzamiento entre humanos, y la crianza (alimentación, educación, vivienda...).

Su hermana tuvo un hijo, al que ella instruyó como profesora de piano. Pepito Arriola fue para ella muy importante, se centró en su educación, posiblemente con la idea de “moldearlo” según los principios eugenésicos. Finalmente, el niño llegó a ser un niño prodigio, considerado el “Mozart del siglo XX”. Según sus biógrafos, la relación entre tía y sobrino fue muy estrecha al principio, pero, finalmente la madre, viendo la capacidad de su hijo, se lo arrebató a Aurora, lo que supuso un duro golpe para ella.

Ella misma relató en su peritaje cómo decidió elegir, en un momento determinado de su juventud, entre hacer un falansterio, o engendrar a la mujer del futuro. Finalmente, se decantó por el segundo proyecto, y buscó a un hombre de su entorno con las características que ella requería. Lo llamó “colaborador fisiológico”, y, sin manifestar ningún tipo de afectividad hacia él, se quedó embarazada. La relación de Aurora con el sexo opuesto fue problemática: con su padre pareció mantener una relación edípica; con el resto de ellos, el erotismo y la sexualidad no tenían cabida alguna, de hecho, rehuía, tanto la relación con las mujeres, a las que detestaba, considerándolas inferiores a ella y llegando a tener repugnancia física, como con los hombres, sin mostrar atracción física por ninguno, como se detalla en el peritaje¹. No hay muchos datos acerca de quién pudo ser el padre de Hildegart, lo cierto es que Aurora se quedó embarazada y se marchó a vivir a Madrid. Tuvo cierta relación con el padre de su hija durante los primeros meses de gestación, pero luego terminó por desaparecer todo contacto. El 9 de diciembre de 1914 en Madrid nació su hija, a la que bautiza como Hildegart, según la madre, traducido al castellano era “jardín de sabiduría”.

El estilo de crianza de Aurora con respecto a su hija tuvo mucho que ver con la eugenesia, pero con características particulares que dependieron también de la interpretación que ella hizo de los textos, y posiblemente, de su estado psicopatológico. Así, era no solo madre sino también maestra e instructora de su hija: además de la alimentación adecuada, y la estimulación psicomotriz constante, a los tres años ya sabía leer y escribir; con 10 años era capaz de entender 4 idiomas, finalizó el bachillerato a los 13 años y comenzó la licenciatura de Derecho tan joven, que debió pedir un permiso especial para comenzar a cursar los estudios. Todos estos hitos académicos fueron el resultado de un plan de estudio intensivo al que sometió a su hija: ella misma llegó a reconocer que no había tenido infancia, necesitó todo el tiempo para estudiar. Con tan

¹ El peritaje de Aurora se encuentra íntegro en el libro de Guillermo Rendueles. Ver bibliografía.

solo 17 años, comenzó a publicar en periódicos de la época, artículos relacionados con la situación política del momento, sobretodo con debates en torno al federalismo, fue expulsada del PSOE en 1932, por indisciplina, radicalizando su postura política. Aunque quizás, la aportación más interesante de Hildegart a la intelectualidad del momento, tuvo que ver con el estudio de la sexualidad. Comenzó a publicar artículos de opinión donde hablaba de la libertad sexual, la instrucción de los niños en la escuela sobre este tema, la consideración de la homosexualidad como opción, no como anomalía, el control de la natalidad y la anticoncepción, tanto en mujeres como en hombres, exponiendo el caso de la vasectomía, por ejemplo. En 1932 fundaron la Liga para la Reforma Sexual sobre bases científicas, que contó con la presidencia de Gregorio Marañón y la colaboración de César Juarros, entre otros¹. Estas publicaciones aparecieron como artículos de divulgación, con títulos como “Educación sexual” (1931); y monografías como “La rebeldía sexual de la juventud” (1931). En mayo de 1933 participó en las Primeras Jornadas Eugenésicas Españolas con la intervención “Maternidad Consciente”, donde planteaba cuestiones en torno al malthusianismo y neomalthusianismo así como los métodos anticonceptivos. La difusión de las ideas de Hildegart trascendieron nuestras fronteras, llegando a mantener correspondencia con Havellock Ellis. Para Hildegart, la maternidad no consciente era una forma de opresión del proletariado. Subyacía en sus escritos una dura crítica a la doble moral victoriana. Además, reclamaba la intervención del Estado en estas cuestiones, con el desarrollo de instituciones públicas para el cuidado de niños, así como la instauración del seguro de maternidad. Se relacionó con otras mujeres feministas como Carmen de Burgos, que escribió “La mujer moderna y sus derechos”.

El suceso: Aurora, ¿criminal o loca?

El 9 de Junio de 1933 Aurora asesinó a su hija a tiros mientras esta dormía. La noticia tuvo gran repercusión en prensa escrita, ya que ambas eran muy conocidas en el ambiente intelectual de la época. La madre, se delató como autora del crimen y se entregó en comisaría aquella misma mañana. Meses antes, Aurora había comenzado a experimentar la sensación de que alguna organización quería apropiarse de su hija y de sus ideas, para manipularla.... así, comenzó un largo historial de hechos que ella interpretaba desde esta perspectiva: las cartas que llegaban a casa podían estar relacionadas con esta organización, si la criada traía la compra, ella veía algo raro en esa transacción, y sospechaba.... La suspicacia fue aumentando poco a poco, alimentando un posible delirio, que tanto Prados Such como Sacristán, vieron claro en el peritaje posterior. Pero no solo por la difusión de las ideas del tandem madre-hija y la sonoridad del crimen adquirió tanta importancia este caso. La psiquiatría buscaba su sitio como especialidad médica, y fue precisamente a través de los peritajes psiquiátricos inscritos en el marco de intervenciones medico-legales donde encontró una de las estrategias de homologación al final del siglo XIX y principios del XX. Se hacía necesario dilucidar si los acusados estaban cuerdos o locos, y de ahí, su imputabilidad en los casos, y el grado de responsabilidad. Además, en el caso de Aurora Rodríguez, hubo una clara politización del peritaje: por un lado, Miguel Prados Such y Sacristán, de ideología republicana, realizaron un informe pericial completo, haciendo uso de los elementos

¹ Cesar Juarros inició una campaña para abolir la prostitución, ver HUERTAS Rafael, p. 251

teóricos de la época como el estudio del biotipo con una descripción detallada, así como un estudio exhaustivo sobre sus antecedentes familiares, señalando aspectos que tenían que ver con teorías degeneracionistas e incluso el uso del test de Rorschard para concluir que Aurora padecía una “paranoia pura”, por tanto, debía internar en un psiquiátrico, y no en la cárcel. Por otro lado, el fiscal presentó el informe de Vallejo y Piga, que defendieron la plena responsabilidad de Aurora, considerando que tuvo una personalidad anormal con un sistema de ideas sobrevaloradas, pero que conservaba las opciones de libertad como para ser imputada en el proceso judicial.

Aurora, sin embargo, siempre defendió su cordura, explicando cómo había llegado a ser consciente de todo lo ocurrido, y tratando de justificar con sus razones, el asesinato de su hija. En mitad del proceso judicial refirió que eran “*los psiquiatras españoles los que no podían comprender a la mujer del porvenir*”, otras veces vociferó “*no estoy loca, maldita paranoia, quiero ser vituperada pero no compadecida*”¹, resistiéndose a ser clasificada como loca. Tal fue su resistencia a verse tratada como loca, que llegó a afirmar en otro momento de su proceso judicial:

*“no hay excentricidad en lo que he hecho, a mi me parece lo más natural del mundo.... lo que ocurre es que soy un poco más celeste de lo corriente, soy la Aurora de nuevos seres que están por venir, y por eso los psiquiatras españoles no pueden comprender a la madre de la estatua humana”*².

Finalmente, se dictó sentencia siendo condenada a pena de cárcel durante 24 años, 8 meses y un día, sentencia que ella recibe de buen agrado. La idea de la reforma de las cárceles españolas fue incluso anterior al asesinato de su hija, ya que, parece ser que Aurora y Hildegart se habían planteado la posibilidad de solicitar un permiso al Director General de Prisiones para ingresar como reclusas voluntarias para observar, desde dentro, el funcionamiento de dichas instituciones. Esta actitud de Aurora estaba inscrita en un momento socio-político donde el debate sobre las condiciones de los penales españoles estaba en juego. Así, en los años 30, figuras como Victoria Kent, o Trigo pusieron de manifiesto el estado penoso de las cárceles, defendiendo la necesidad de hacer edificaciones más higiénicas, para “humanizar” la institución. Cuando Aurora ingresó en la cárcel, tal y como queda recogido en su peritaje y la historia clínica, puso de manifiesto su afán reformista desde el primer momento. Así, ella criticaba las condiciones en las que se encontraban las reclusas, y su intención era comenzar un movimiento con el resto de presidiarias para mejorar las condiciones de las mismas. Sin embargo, pronto se decepcionó, y comenzó a criticar la poca cultura de las mujeres internadas, e incluso sus conductas sexuales. Quiso teorizar sobre la construcción de Sanatorios Penales, donde la población presidiaria pudiera ser atendida desde el punto de vista sanitario, e incluso llegó a asegurar que toda la población debería pasar por estas instituciones para “*experimentar un proceso de depuración*”. Poco a poco, Aurora va perdiendo el interés en la cuestión reformista, y comienza a debilitarse dentro de la institución penitenciaria, en una fase de mortificaciones y despojos del yo, según los cambios que se producen en la estructura yoica tras el paso por una institución totalitaria, como describió Goffman, convirtiéndose en un pseudo-yo dócil:

¹ RENDUELES, Guillermo. p. 151.

² RENDUELES, Guillermo. p. 152

«mi fisonomía experimenta en el penal grandes cambios que nada tienen que ver con la edad: las facciones se me enfrían, la voz se desgarrá y pierde armonía, mi fuerza se pierde...»¹

La vida en el manicomio

Aurora salió de la cárcel antes de terminar de cumplir su pena, aunque se desconoce la causa de esta salida. A cargo de un tutor legal y por orden de la Audiencia ingresó finalmente en el manicomio de las Hermanas Hospitalarias de Ciempozuelos de Madrid, el 24 de diciembre de 1935.

Ella lo vivió como un rito iniciático: fue capaz de describir todo el proceso, desde que comenzó el internamiento, como la iban mirando los diferentes trabajadores, como fue siendo despojada de sus pertenencias, como pasaba de la imagen de criminal a la de loca. Ella misma prefería estar en la cárcel, porque aseguraba que de allí se podía salir, pero del manicomio, no se salía nunca. En el contexto de este ritual, pidió ser llamada allí “Ara Sainz” que, según ella, significaba Ara, piedra de altar, y Saiz diosa de la verdad.

Volvió a repetirse el mismo proceso que en la cárcel: desde el principio, fue muy crítica con las condiciones en las que vivían las enfermas, y con las reacciones del personal, sin embargo, esto iría perdiendo fuerza según iba pasando el tiempo en la institución. Comenzó teniendo sus propios autocuidados muy en cuenta, y se mostraba adaptada al orden manicomial, con una estética sobre lo femenino muy sublimada, muy limpia, ordenada, pero con una clara represión de los impulsos sexuales. Llegó a establecer muy buena relación con las monjas, mostrando gran preocupación por la ausencia de vacaciones de las mismas:

«Cuando me dijeron que no tenían vacaciones, que se pasan todo el año en contacto con las enfermas, he experimentado un dolor en el alma. Solicito para ellas un descanso de dos meses al año por lo menos»²

En la línea de este tipo de opiniones, no podemos perder de vista que, Aurora, quiso crear también una escuela de psiquiatras, ordenando los tiempos de trabajo, estableciendo viajes al extranjero para poder formarse, e incluso regulando las relaciones sexuales de los mismos, e incluso aconsejando sobre la cuestión del matrimonio de los mismos, así como los periodos vacacionales de los que deberían disfrutar.

Durante los años 1936 y 1937 fue relatando en la historia clínica lo acontecido con su hija: aseguraba que la criada con la que convivían estaba comprada por los marxistas, y que pasaba información confidencial a su hija, que le ocultaba telegrama. Su hija fue “captada”, querían apropiarse de lo que ella había construido. Comenzó entonces a sospechar que su hija planeaba fugarse de casa. Pensaba que su hija estaba destinada a ser un personaje muy importante en política internacional e incluso mundial; aseguraba que esa conspiración esperaba captar a su hija, y que Aurora finalmente, se suicidara. Justificó el asesinato de su hija, para librarla de la prostitución política, y la prostitución en general, así que, para ella, fue un paso necesario. La noche que sucedió el asesinato, se cerró el círculo, y ella tuvo la absoluta certeza que esto iba a ocurrir: tras

¹ RENDUELES, Guillermo. p. 160

² RENDUELES, Guillermo, p. 173.

la visita de alguien a su casa, ella pensó que la conspiración estaba servida, así que, actuó en consecuencia para evitarla.

En la historia clínica, aparecen datos que confirman la dificultad de Aurora en cuanto a la sexualidad: ella misma se describe como fragmentada, con partes masculinas y femeninas, en la historia clínica; Según su relato, tanto su cerebro, cabeza, cuello brazos y piernas eran masculinos. Sin embargo, tenía de mujer el corazón, la cadera, pechos y las nalgas.

A medida que pasó el tiempo en la institución, Aurora fue aislándose, tanto del resto de enfermas como de las monjas, de las que se cansaba con cierta regularidad. Cuidaba del jardín, y de los gatos que allí había, esto le reportaba cierta satisfacción. Pasaba mucho tiempo en su habitación ordenándola, y, en las diferentes entrevistas con el psiquiatra, aparecen referencias a lo difícil que se hacía hablar con ella.

A partir de 1938, las anotaciones de la historia clínica hacen referencia a la depresión que comenzó a padecer, pierde las esperanzas de salir del manicomio, es diagnosticada de Melancolía Involuntiva, y pide que la vuelvan a llamar Aurora, no Ara Saiz. Confeccionó un muñeco de trapo de tamaño gigante, al que añadió genitales masculinos y le dibujó un gran corazón rojo. Se metía con el muñeco en la cama, y lo arrullaba.

Tras los años de guerra y posguerra, la institución sufrió lo que todas, periodos de hambrunas, fugas del personal...etc. Finalmente, las anotaciones a partir de los años 40, son muy escasas, con una o dos anotaciones por año, donde prevalecía la negativa de Aurora a ir a hablar con el psiquiatra. En la primera etapa, creía fielmente en la reforma del medio manicomial, pero al final, en las últimas anotaciones, refería la decepción de terminar sus últimos años de vida en un manicomio. Sin embargo, seguía asegurando que no se arrepentía de lo que había hecho, aunque sí de la forma de que lo hizo. Insistía en culpar a la hija de lo acontecido, señalando que, si su hija hubiera hecho lo que ella pensaba, otros habrían sido los resultados.

En los últimos años de su vida, se quedó ciega, y pidió una hermana que pudiera leerle, pero las autoridades del manicomio no se lo facilitaron. Fue diagnosticada de un proceso tumoral que no quiso tratar, y falleció el 28 de diciembre de 1956.

Conclusiones

Tanto la biografía como la producción científica de Hildegart y su madre, Aurora, no da lugar a dudas de la importancia que tuvieron para el momento histórico en el que vivieron, siendo ambas figuras transgresoras tanto en el ámbito de la sexualidad como en el ámbito del papel social de la mujer. La relación entre ambas estuvo atravesada por la dificultad de Aurora de ver en su hija a un sujeto: para ella, era una prolongación de ella misma, un objeto diseñado por ella que le pertenecía. Sin embargo, la enfermedad mental de Aurora, y las consecuencias fatales que se derivaron de ella, no pueden silenciar, en mi opinión, la relevancia de las ideas sobre anticoncepción, libertad sexual, y cambio en el rol tradicional femenino que Hildegart divulgó durante su vida, y que no sabemos discernir en qué medida eran ideas de una o de otra.

Bibliografía

BOSCH, Esperanza, FERRER, Victoria - "Mujeres en escenarios complejos. El caso de Hildegart Rodríguez". Rev. Venezolana de Estudios de la Mujer. Caracas. Vol. 16, nº 37(2011), pp. 207-220
en:http://www.cihuatl.pueg.unam.mx/pinakes/userdocs/assusr/A397/A397_200.pdf

GARCÍA, Celia, JIMÉNEZ, Isabel - "Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca". Frenia. Madrid: Asociación- Instituto Frenia de Historia de la psiquiatría. ISSN: 1577-7200. Vol. X (2010), pp. 123-144

HUERTAS, Rafael - "Las heridas de la ciencia. A propósito del caso Hildegart". In La mujer de letras o la letra herida. Discursos y representaciones sobre la mujer escritora del S. XIX, Madrid: CSIC, 2008, ISBN 978-84-00-08653-4, 243-260.

RENDUELES, Guillermo - El manuscrito encontrado en Ciempozuelos, Madrid: ed. De la piqueta, 1989. 229 p. ISBN 84-7731-023-8

NASH, Mary - "Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939". In Historia de las mujeres: El Siglo XX. Madrid: Ed. Taurus, 2003, ISBN: 84-306-0392-1, 687-708.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A VIDA SEXUAL

I
PHYSIOLOGIA

PER
ANTONIO CACTANO D'ABREU FREIRE EGAS-MONIZ

LECCIONARIO EM MEDICINA



COIMBRA

FRANCA SIMÃO - EDITOR

1901

1ª edição da obra e provas académicas de Egas Moniz, *A Vida Sexual*
(figura inserida pelos editores)

HERRAMIENTAS EPISTEMOLÓGICAS Y FUENTES PARA HACER LA HISTORIA DE LA CATEGORÍA DE “HOMOSEXUALIDAD” EN LA MEDICINA PORTUGUESA EN EL SIGLO XX Y SUS SIMETRÍAS/ASIMETRÍAS CON SU HOMÓLOGA ESPAÑOLA

Francisco Molina Artaloytia

UNED (Espanha)/ Consejería de Educación y Empleo de la Junta de Extremadura
Profesor-Tutor de Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia (UNED)/Asesor Técnico Docente SGE
E-mail: pacofilosofia@gmail.com; framolina@merida.uned.es

Palabras clave: homosexualidad, epistemología histórica, Portugal, medicina, siglo XX

Resumo

A partir de los resultados de la Tesis Doctoral recientemente defendida, estamos en condiciones de proponer un repertorio de las principales fuentes históricas para recorrer la construcción de la “homosexualidad” como categoría en las ciencias biomédicas portuguesas del siglo XX, particularmente en la psiquiatría y la medicina forenses de la antesala y desenlace del *Estado Novo*. Esta investigación resulta fructífera si se añade la perspectiva comparativa con el caso español del franquismo. Para ello se utilizan con aprovechamiento metateorías (filosofías) de la ciencia especialmente útiles para el análisis de las tipologías humanas desde las perspectivas de la epistemología histórica, la filosofía analítica y el materialismo cultural. Ciertos lugares comunes de la historia de la psiquiatría y de la historia de las “homosexualidades” quedan recuperados por primera vez, o revisitados, como propuestas para ulteriores desarrollos.

Abstract

The construction of “homosexuality” as a category in twentieth century Portuguese biomedical sciences has recently been researched in my doctoral thesis, particularly in the areas of psychiatry and forensic medicine in the *Estado Novo*. The comparative research also investigated the term under Spanish Francoism. Metatheories (philosophies) of science were especially useful in analysis of human typologies, from a historical, epistemological perspective, with theories of cultural materialism and broader philosophical analysis. In this study, certain concepts in the history of psychiatry and the history of “homosexualities” have been unearthed for the first time, or revisited as proposals of earlier developments.

Introducción

La historia de la medicina es una tarea a la búsqueda de un marco conceptual adecuado. Posiblemente se trata de una labor continua y ello, además, no es solo propio de las ciencias biomédicas. Cuando el discurso biomédico ha versado sobre “hechos” o “identidades” con imbricaciones con cuestiones morales, sociales, políticas y religiosas (algo frecuente en la historia de la Psiquiatría) la necesidad de “pensar” más el marco de trabajo se hace más evidente. La categoría de “homosexualidad” en las medicinas ibéricas del siglo XX es un ejemplo notorio de concepto biomédico en connivencia con cuestiones interdisciplinares. Se suma además el hecho de que ambos países comparten el estar bajo regímenes autoritarios en una parte importante del siglo en estudio. Eso es determinante tanto para los discursos dominantes en el periodo como para la

investigación histórica relacionada con él. En esta comunicación presentamos parcialmente algunas de las conclusiones alcanzadas.

Desarrollo

La investigación realizada (Molina, 2016) ha intentado explorar de forma filosófica el discurso científico sobre la “homosexualidad” en los autoritarismos ibéricos del siglo XX, esto es, el franquismo y el salazarismo. ¿En qué consiste un análisis epistemológico y axiológico? Dicho en otras palabras estaríamos hablando de un análisis filosófico en una doble perspectiva, la propia de la teoría del conocimiento científico, en sentido amplio y con participación de los estudios sociales de la ciencia, y en la vertiente axiológica un estudio de los valores epistémicos, sociales, religiosos y morales de los científicos estudiados. Dada la recursividad propia de la filosofía, no renunciamos en ningún caso a hacer crítica racional, tanto epistemológica como ética desde una perspectiva humanizadora y emancipadora. Este cruce entre la crítica de la ciencia y la ética irá en la línea de la propuesta que "desenmascaramiento" que el filósofo canadiense Ian Hacking ha formulado en sus estudios de ontología social e histórica. Vamos a exponer algunas cuestiones contextuales y elementos para introducirnos en el problema abordado.

Una cuestión preliminar y metodológica de la mayor importancia es destacar que la construcción médica de “la homosexualidad”, proceso que en la segunda mitad del siglo XIX y primer cuarto del XX (aunque esta división pueda ser grosera) es un hecho constatable en las ciencias biomédicas luso-españolas del mismo periodo. Como en el resto de los países occidentales, se produjeron las alianzas entre el Derecho y la Medicina y se vio nacer el saber criminológico en toda su interdisciplinariedad. Asimismo se desarrolla la noción de defensa y peligrosidad social para los sujetos cuyas características hicieran prever potencialidad delictiva y se diseñaron medidas para esos sujetos. El imaginario social y médico para el caso español ya había sido estudiado por Vázquez y Cleminson (2011). Estos autores cubren la conformación y medicalización “truncada” que tiene lugar desde el siglo XIX hasta la Guerra Civil Española (1936) que constituye una brecha en la vida social, política y científica del pueblo español que sigue siendo objeto de numerosos estudios. Por lo que se refiere a la homosexualidad en el franquismo, se contaba con estudios que incluían aspectos biomédicos (Adam y Martínez, en Ugarte, 2008) dentro de un abordaje general, aunque no por ello menos profundo. Para Portugal, São José Almeida (2010) había recogido novedosa información sobre la disidencia sexual en el *Estado Novo*, pero hubimos de proceder a la reconstrucción de los principales discursos lusos sobre el particular. Para ello fue necesario retroceder hasta los primeros años del siglo XX. El punto fuerte metodológico radica en que mientras para España existe un antes y un después en el discurso científico sobre la homosexualidad marcado por la contienda civil (sin que tampoco queramos decir con eso que desaparecieran del mapa los discursos anteriores dado que se pueden encontrar continuidades), en Portugal el discurso médico dominante marcado por Matos, Moniz, D’Aguiar y Monteiro, sin olvidar la antropología criminal de Mendes Corrêa siguió teniendo su “autoridad” llegado el *Estado Novo* y a lo largo del mismo. De hecho, la plasmación jurídica de medidas anti-homosexuales (en Leyes de *Vadiagem*) es republicana y muy anterior al salazarismo. La dictadura desarrolló más el sistema sobre una base ya dada. En España las Leyes de peligrosidad social (Vagos y

maleantes) eran también de estirpe republicana pero no incluían la homosexualidad hasta que el franquismo lo hizo en 1954. En ambos países el discurso científico se fue internacionalizando a medida que avanzaban los regímenes. No se puede obviar que la patologización de la homosexualidad y su represión legal no eran algo específico de las dictaduras ibéricas sino que era un lugar común de la ciencia y el derecho de los demás países. Eso sí, con toda la arbitrariedad y dureza que puede provocar un sistema autoritario. Cuando en Portugal la cuestión era más bien menor, en España se reavivó intensamente el debate jurídico y científico de la mano de la reedición de la normativa de peligrosidad (en 1970) con vigencia varios años dentro de la democracia.

Existen algunas semejanzas que han de ser tenidas en cuenta. En primer lugar se trata de periodos autoritarios anormalmente largos en la historia europea y en las fases más totalitarias, coincidiendo con la II Guerra Mundial, tuvieron dificultades para posicionarse con los grandes movimientos fascistas europeos. La vocación atlántica de Portugal y el hecho de no haber contado con una sangrienta y genocida guerra civil (con su correspondiente posguerra) le facilitó su inserción posterior con las naciones occidentales. Portugal todavía tenía restos coloniales de alguna importancia mientras que las ensoñaciones imperiales españolas eran a todas luces delirantes. Además fueron dos autoritarismos de corte católico. La influencia de la Iglesia fue determinante especialmente en la educación preuniversitaria y la gestión de la moral de las clases más empobrecidas y los conatos de "clase media". Ambas dictaduras además se esforzaron en la forja de una antropología *folk* de las raíces rurales que ensalzaban las virtudes y nobleza de las gentes del campo mientras que se difundía una sombra de sospecha sobre la mala vida en las grandes ciudades. En ambas naciones la industrialización y los fenómenos de concentración urbana fueron muy detrás de lo acontecido en otras naciones europeas, que también conocieron, mucho antes, la idea de "los peligros de la gran ciudad". Mientras esto sucedía el latifundismo y el empobrecimiento de las clases rurales iba forzando el éxodo y la creación de grandes cinturones periféricos de las grandes ciudades.

Fueron además dictaduras fuertemente clasistas y fomentadas por los elementos sociales más reaccionarios y empoderados de las etapas anteriores que habían contemplado con estupor cómo los movimientos obreros habían puesto en peligro sus privilegios en etapas anteriores. En ambos casos los partidos socialistas y comunistas estaban perseguidos hasta el extremo.

La idea de un "hombre nuevo", propiamente fascista, de tintes mesiánicos, encumbraba una masculinidad exacerbada, especialmente militarizada en el caso español, que convivía, tanto en España como en Portugal con formas de matriarcado funcional mucho más acentuado en zonas marineras o tierras de emigrantes donde los varones abandonaban por largos periodos el hogar.

Desde el punto de vista de los aparatos de represión, ambos países contaban con fuerzas de seguridad muy agresivas que actuaban con impunidad y con ciudadanía que ejercían un control social importante por la vía del cotillero, la cháchara y la colaboración con el poder en sistemas altamente corruptos en los que cualquier acción valía para medrar socialmente o para proteger la propia imagen.

Desde el punto de vista de la medicina legal y de las demás influencias entre medicina y otros discursos normativos, sean el legal, el moral o el religioso, es importante señalar que en España la guerra civil introdujo una brecha insalvable.

Mientras que en Portugal las autoridades médicas republicanas continuaron siendo figuras de indiscutible prestigio en el salazarismo, la inmensa mayoría de la academia española tuvo que exiliarse o fue removida de sus puestos profesionales. Incluso figuras liberales y católicas conservadoras como Gregorio Marañón, eran miradas con sospecha. El nacionalcatolicismo español extirpó toda influencia filosófica y científica anterior y un halo de tomismo y pensamiento tradicionalista se adueñaron del panorama. Vale un ejemplo significativo, el nobel portugués Egas Moniz había publicado un exitoso libro de sexología, "A Vida Sexual" en 1901 que continuó siendo reeditado durante la primera mitad del siglo XX. La mayor censura que conoció fue el ser dispensado mediante receta médica en las farmacias. Hubo que esperar, sin embargo, a los finales de la dictadura franquista para que López-Ibor, también de renombre internacional, publicase su exitoso *Libro de la Vida Sexual*. Las cosas, sin embargo, no fueron buenas para las personas homosexuales en ninguno de los dos países.

Las actividades contra naturaleza ya estaban penadas en las leyes portuguesas republicanas y previas a la dictadura. En 1954, cuando Portugal precisamente reeditaba legislativamente la represión, España modificó la Ley de Vagos y Maleantes de la República única y exclusivamente para incluir en ella a los homosexuales, que desde el final del primorriverismo, habían gozado - si no de la complacencia social - de cierta tranquilidad legal. Desde el punto de la literatura médica Portugal estaba totalmente en sintonía con el resto de la producción sexológica forense contemporánea mientras que España conoció un silencio solo roto por voces de extrema dureza y radicalidad. Cuando Portugal empezó a decaer, ensimismado con sus problemas exteriores, su ciencia hizo lo mismo como un móvil cuya inercia se fuera apagando. Mientras tanto, y al mismo tiempo que las ciencias sociales (psicología, pedagogía) nuevas obras se conocieron en la academia médica española que se acercaban de nuevo a las corrientes europeas si bien, y en función de su posición social (profesores de la policía, jueces, juristas) siempre hubo quien se permitía escarbar en la historia de la medicina más reciente. Es el caso de Echalecu, profesor de la Academia Superior de Policía y especialista en psicología criminal. Es un caso de gran interés para nuestra investigación. Formado con los nazis utilizaba y conocía el psicoanálisis y la psiquiatría de la homosexualidad y se encargó de la docencia de los oficiales de policía. Alcanzó incluso renombre internacional cuando ya el fantasma del nazismo quedaba bastante atrás en la historia y tuvo responsabilidades en la Interpol. La desconexión con el discurso sexológico europeo hizo también que mientras que los médicos portugueses dedicaban un espacio importante al tratamiento del lesbianismo, los españoles apenas lo hicieran o lo hicieran en breves excursos.

Una lamentable similitud entre ambos países es la indiferencia con la que la oposición política de izquierdas miraba a los presos sociales (prostitutas, homosexuales, drogadictos...) Aunque el andar del tiempo vincularía la izquierda a las reclamaciones de liberación sexual, no puede decirse, en absoluto, que inicialmente hubiera ninguna condescendencia con el asunto. De hecho, ser homosexual era considerado una traba para formar parte de las organizaciones políticas clandestinas y antes y después de la II Guerra Mundial izquierdas y derechas intercambian la acusación de homosexualidad y afeminamiento para el enemigo.

El potente clasismo de ambos países hace que la represión de los y las homosexuales tuviera mucho que ver con la clase social de origen. Asimismo en ambos

países funcionaba el modelo mediterráneo de homosexualidad en la que se establecen los polos activo y pasivo y se produce una fuerte feminización del homosexual y masculinización de la lesbiana que acompañaran a su diferente orientación sexual una evidente inversión de género. El “mariquita” y la “bollera” (lesbiana), uno afeminado y la otra masculina, tenían garantizado pasarlo mal pero su funcionalidad en el sistema podía constituir una tabla de salvamento. Todo dependía en gran medida de la red de apoyo sociofamiliar de que dispusieran. La medicina forense se cebaría con aquellos a los que el sistema llevaba a prisión mientras que la psiquiatría privada y más especializada lo haría con los hijos de las clases altas que no podían tolerar la enfermedad en la familia. Con mucha frecuencia se corría un velo de ignorancia al respecto y se fomentaba el matrimonio para ajustarse al modelo social sin más. El tener un trabajo respetable y ser padre de familia podría salvar las circunstancias en el caso de una detención mientras que todo el peso de la ley podría caer sobre uno en otra situación. En el caso del lesbianismo encontramos una menor exposición a la represión policial y una mayor facilidad para el mimetismo.

En efecto, los sujetos clasificados por la medicina y las fuerzas de seguridad no eran meros receptores de la clasificación. Las clasificaciones son, en términos de Ian Hacking (2001), interactivas. Los sujetos clasificados interactúan con la clasificación, son conscientes de ella y por mecanismos de etiquetaje no solo llegan al auto-diagnóstico sino que reelaboran sus recuerdos y su identidad con las identidades sociales disponibles. Si a ello añadimos que había un potente eclecticismo y una gran vaguedad en los conceptos clasificatorios empleados se entenderán bien las estrategias que legos y expertos entablaban sobre este asunto. Excusas de borrachera, fingimiento o no de afeminamiento con vistas al destino penitenciario, alegar profesión de artista o amistad íntima que no ha sabido entenderse, considerarlo una fase o un error fruto de una irresistible pasión pasajera, la necesidad de sexo gratuito o la necesidad de ser pagado por ello, los noviazgos para mimetizarse con el medio son, entre otras, estrategias de tensión entre el sistema y los sujetos. La mayor formación académica y posición económica favorecía además tanto el conocimiento de los discursos expertos como las posibilidades de financiarse una defensa o una coartada. Tenemos constancia de pacientes que pactaron con sus psiquiatras falsas curaciones ante el fracaso de terapias aversivas o sujetos que según el rol sexual desempeñado no tienen mayor problema con una identidad masculina siempre que todo quede en sexo sin afecto y se ejecute el rol activo.

Los protagonistas teóricos que describen los especialistas, filtrados por una evidente carga teórica, contrastan con los protagonistas biográficos, reales, cuyos discursos han de ser cuidadosamente tamizados por la reelaboración de la propia identidad o ajustamiento más o menos disonante del *self*. Mientras tanto la teoría es borrosa, flexible, y permite la versatilidad de las autoridades en la aplicación de las medidas. Lo mismo vale para una cosa y para otra, un mismo hecho tiene interpretaciones opuestas. Eso genera una gran arbitrariedad diagnóstica y clasificatoria, pero al mismo tiempo dota a los sujetos de estrategias de distanciamiento.

Conclusiones

Este trabajo es una breve aproximación a los resultados de nuestra investigación. Hay que decir que somos muy conscientes de lo mucho que queda por explorar sobre

esta y otras cuestiones de carácter fuertemente transversal y que además tienen tanto el interés, como el sesgo, que da el hecho de constituir cuestiones especialmente sensibles por cuanto hubo víctimas reales, muchas de las cuales siguen vivas, de prácticas tanto discursivas como no discursivas que aplastaban la “disidencia”. Lejos de cualquier afán sensacionalista, nos debemos a por hacer una historia cultural y filosófica de una categoría desdibujada como la de “homosexualidad”. Ello contribuirá al fomento de unos saberes biomédicos, particularmente la psiquiatría, cada vez más orientados a la felicidad y la emancipación de los seres humano. A ello, estamos convencidos, puede contribuir la filosofía tanto como meta-discurso de la Medicina como en sus labores como saber “a la búsqueda”.

Fuentes y bibliografía

ADAM, A.; MARTÍNEZ, À. «Infanticidas, violadores, homosexuales y pervertidos de todas las categorías. La homosexualidad en la psiquiatría del Franquismo». En UGARTE, J. (ed.) *Una discriminación universal. La homosexualidad bajo el franquismo y la transición*. Barcelona/Madrid: Egales, 2008, 109-138

ALMEIDA, São José *Homossexuais no Estado Novo*. Oporto: Sextante Editora, 2010.

HACKING, I. *La construcción social de qué*. Barcelona: Paidós, 2001.

MOLINA ARTALOYTIA, F. «Estigma, diagnosis e interacción: un análisis epistemológico y axiológico de los discursos biomédicos sobre la homosexualidad en los regímenes autoritarios ibéricos del siglo XX». Tesis Doctoral. Departamento de Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia. Madrid, UNED, 2016.

VÁZQUEZ, F. y CLEMINSON, R. (2011) *Los invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España, 1850-1939*. Granada: Comares, 2011.

**PERTURBAÇÕES COMPORTAMENTAIS E PSICOPATOLOGIAS EM
PERSONAGENS DO NATURALISMO FRANCÊS:
A ESCOLA DE CHARCOT E SUAS INFLUÊNCIAS NA LITERATURA**

Rosário Neto Mariano

Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Professora Universitária

Email: mariarosariomariano@yahoo.fr

Palavras-chave: perturbações comportamentais, psicopatologias,
literatura naturalista, Charcot, histeria

Resumo

A Escola literária francesa designada como Naturalismo - que dominou os horizontes da Criação artística dos anos sessenta a finais da década de oitenta - teve como um dos principais princípios programáticos adotar como modelo de conhecimento a metodologia das Ciências experimentais, ao mesmo tempo que operou uma verdadeira revolução, ao introduzir na sua produção ficcional temáticas temáticas que, até então, eram marginalizadas ou omitidas. Assim, o foco na fisiologia e nas patologias e degenerescências humanas, sobretudo as do foro psíquico, constitui o seu campo experimental de excelência. Nesse sentido, os Trabalhos desenvolvidos por Charcot e a sua Escola vão ser absolutamente determinantes para a sua formação na área da Psiquiatria, tendo as perturbações mentais femininas uma clara posição de destaque.

Abstract

The Naturalist literary movement, which dominated the creative horizons of French novelists from the 1860's through the late 1880's, had as one of its main programmatic guidelines the adoption of a methodology derived from experimental science serving as a means to obtain knowledge, while at the same time operating a veritable revolution by introducing into its fictional output themes which, until then, had been largely neglected or plainly omitted. It will thus have Physiology and human pathology and/or degeneration (and here, mainly conditions related to psychiatric diseases) as its focus 'par excellence'. In that sense, the work of Charcot and his school would prove decisive for their formation in the field of Psychiatry, with mental disorders in women assuming a clear prominence.

—//—

Dada a considerável extensão, quer do corpus de obras literárias naturalistas, quer do respetivo acervo de personagens e patologias estudadas pelos seus autores, que naturalmente seria inviável abordar aqui, circunscreverei as minhas observações a narrativas literárias que privilegiam certas patologias mais recorrentes em protagonistas do género feminino. Paralelamente, irei dando uma particular incidência aos trabalhos científicos e clínicos de Charcot dedicados a essas mesmas patologias, sobretudo no quadro da histeria mas também de outras neuroses relacionadas com perturbações^{afetivas},

sexuais e da personalidade em geral, evidenciando a estreita relação existente entre a abordagem naturalista das personagens literárias e a formação científica dos seus autores, no âmbito das patologias psíquicas, para a qual muito contribuíram os inovadores Trabalhos desenvolvidos por Charcot e a sua equipa.

Constitui um tópico consensual que as obras literárias designadas como naturalistas – incidindo no período que medeia entre os anos sessenta e finais dos anos oitenta do século XIX – evidenciam um forte e sistemático interesse pela Fisiologia e pelas patologias e degenerescências humanas em geral, com especial incidência nas patologias mentais. Existe mesmo um certo “voyeurismo” por parte dos escritores naturalistas relativamente a taras, disfunções várias, degenerescências, perturbações do comportamento com aparatosas manifestações psicossomáticas, sobretudo quando causadoras de desordens familiares e sociais marcantes. Muitas destas patologias – neurastenias, histerias, adições, pulsões criminais -, ao ameaçarem o equilíbrio dos indivíduos, também colocavam em questão os modelos sócio-culturais instituídos e sancionados pelo poder político e pelas leis. Por seu lado, cabia às autoridades judiciais, religiosas e familiares, aos pedagogos e aos próprios médicos (alienistas mas não só) a legitimação de modelos adequados de ser e estar, numa determinada sociedade.

Para os escritores naturalistas, a Literatura deve, por sua vez, constituir um meio privilegiado de estudo de setores da sociedade e de domínios do humano até então marginalizados pela criação literária, ou relegados para as áreas das ciências médicas e jurídicas. Nesse sentido, as fontes concretas disponibilizadas por estas ciências, a metodologia desenvolvida para identificar a etiologia e os sintomas de diversas patologias, ou a rigorosa observação e documentação relativas aos contextos de manifestação e evolução desse tipo de doenças, constituem a matéria-prima privilegiada a partir da qual trabalham escritores como Jules e Edmond de Goncourt, Joris-Karl Huysmans, Émile Zola, Guy de Maupassant, entre outros¹. Zola, por exemplo, partidário da célebre equação segundo a qual o ser humano seria sobretudo o resultado de combinatórias entre a hereditariedade, a educação e o meio sócio-cultural envolvente, ao tentar explicar a acentuada incidência de indivíduos com grandes distúrbios mentais e patologias históricas e neurasténicas entre a sua geração, assim como de famílias desestruturadas pela presença de taras por vezes aberrantes - na época frequentemente interpretadas como sintomatologia de degenerescência de toda uma civilização - afirma a dado momento:

Nous sommes malades, cela est bien certain, malades de progrès. Il y a hypertrophie du cerveau, les nerfs se développent au détriment des muscles, et ces derniers, affaiblis et fiévreux, ne soutiennent plus la machine humaine. L'équilibre est rompu entre la matière et l'esprit².

Por conseguinte, os protagonistas dos seus romances e contos não são, em geral, paradigma de virtudes, de força anímica contra as adversidades e a corrupção generalizada - numa época de plena expansão do capitalismo -, ou de lucidez e

¹ Em Portugal, escritores como Carlos Malheiro Dias, Abel Botelho, Teixeira de Queirós, figuras destacadas do Naturalismo Literário, praticaram igualmente esta metodologia de trabalho.

² Cf. BECKER, Colette – Lire le Réalisme et le Naturalisme. Paris: A.Colin, 1998. p.95.

determinação no combate a fatores disfóricos hereditários, desencadeados e agravados por relações sociofamiliares hostis ou cruéis. Neles, os princípios do darwinismo social preconizado por Herbert Spencer, baseado no funcionamento das relações de poder e seleção natural dos mais fortes, ou seja, dos mais saudáveis, violentos ou prepotentes sobre os mais vulneráveis, adquirem uma representação cabal e premeditadamente crua e desumanizada, mas da qual o cinismo está geralmente ausente, ao contrário do que acontecerá em boa parte da Literatura de crítica social e de costumes, nos séculos XX e XXI. Com efeito, os perfis caraterológicos e os temperamentos destes protagonistas, aliados a contextos sociais e familiares sombrios e acentuadamente disfóricos - com elevada prevalência de práticas de violência física e psicológica sobre os mais débeis, carenciados ou desprotegidos - configuram uma verdadeira galeria de anti-heróis de ambos os géneros, mas com um especial enfoque no género feminino, embora nem sempre com o pretendido distanciamento científico, antes numa abordagem clara ou insidiosamente misógina ou, no mínimo, paternalista e condescendente. Recorde-se, por exemplo, a homicida Thérèse Raquin, ou as prostitutas Nana e Marthe, entre uma galeria imensa de outras personagens marcadas por estigmas sócio-familiares quase inelutáveis, em todo o caso, entregues cruelmente a si próprias pela sociedade indiferente ou sem estruturas alternativas de recurso.

Decorrendo naturalmente de todos estes aspetos, diversas noções, tais como “predisposição hereditária”, “família teratológica”, “perfil criminal”, “patologias industriais e urbanas”, “furor uterino”, “frigidez”, “neurastenia”, “episódio histérico” - este último, associado a sintomas tais como afasia, letargia, anestesia espontânea, contraturas musculares, atitudes passionais ou emocionais extremas (entre as quais o grito e a gestualidade exacerbada) - povoam obsessivamente os espíritos cultos da época, e muito particularmente os escritores naturalistas, com todo o seu didatismo programático baseado nas metodologias científico-experimentais de abordagem dos fenómenos naturais e sociais.

Tal facto explica essa curiosidade a um tempo científica, social e mórbida que levava intelectuais, escritores, artistas plásticos, fotógrafos, jornalistas, a frequentar as célebres “leçons du vendredi”, ministradas pelo não menos célebre médico neurologista e alienista Jean-Martin Charcot, no hospício de La Salpêtrière, em Paris. Entre eles, contam-se os irmãos Goncourt, Guy de Maupassant, Henry James, Alphonse Daudet, Barbey d’Aurevilly, André Brouillet - este último, autor do famoso quadro intitulado “La leçon de Charcot”, figurando uma paciente do clínico em pleno episódio histérico¹. Aliás, o insigne neurologista fazia-se acompanhar, em numerosos jantares, de diversos escritores e artistas, seguindo um costume de muito bom- tom na época, entre os médicos reputados, mas também motivado por uma genuína admiração pelas obras destes autores, que seguia atentamente - com particular curiosidade pelas representações caricaturais, grotescas e teratológicas patentes nas suas personagens ficcionais, literárias ou pictóricas.²

¹ Da mesma célebre paciente de Charcot, Augustine, múltiplas vezes divulgada em estudos de diversas áreas científicas e culturais, existe uma reprodução fotográfica da autoria de Régnard, que a incluiu no volume *Icographie Photographique de la Salpêtrière*, t. II. Paris: Progrès médical / Delahaye et Lecrosnier, 1879.

² Charcot admirava, na verdade, diversos tipos de criação artística, lendo regularmente as obras ficcionais de autores realistas e naturalistas e tendo-se tornado, inclusivamente, amigo pessoal de autores como os

Por seu lado, escritores e artistas demonstravam forte interesse pelo convívio com Charcot e pelo conhecimento privilegiado do meio hospitalar de La Salpêtrière, desejosos de se familiarizarem com os aspetos concretos de certas enfermidades e patologias, desde a etiologia às suas manifestações fisiológicas mais marcantes, ao mesmo tempo que tentavam encontrar respostas junto do Mestre, sempre seguido dos clínicos internos que o observavam e escutavam respeitosamente, nas célebres sessões que decorriam nos anfiteatros daquele hospital de referência.

Primeiramente, qualquer que seja a área disciplinar a partir da qual se estudem os trabalhos de Charcot e sua Escola, assim como as narrativas literárias naturalistas, é impossível rasurar os pressupostos culturais, hábitos mentais, preconceitos de vária ordem que, com mais ou menos filtros, acompanhavam ou modelavam os seus pontos de vista, análises e conclusões acerca do quadro de patologias mentais que, na época, revelavam maior prevalência no sexo feminino.

Desde logo, era sempre o homem que, como seria expectável na época, assumia e elaborava os discursos cultural, médico e clínico sobre a mulher. Talvez, como nunca, objeto de interrogação - numa sociedade obcecada pela doença individual e pela degenerescência coletiva -, a mulher, mais ainda do que o indigente sobrevivendo em tugúrios situados nas ilhas periféricas de Paris (e das grandes urbes europeias em geral), representa o Outro por excelência, foco de inquietação e inquirição, destinatária de terapias experimentais, hipóteses científicas e teorias pseudo-sociológicas.

Para os escritores naturalistas, a mulher - tuberculosa, anémica, asténica, psicasténica, ninfômana ou histérica - é a imagem viva e dificilmente recuperável de uma “eterna doente”: sobredeterminada, alegadamente, por enfermidades relativas ao seu aparelho reprodutor, e por neuroses decorrentes do seu psiquismo considerado frágil e mórbido, ela é objeto de figurações a um tempo patéticas e temíveis, que traduzem os fantasmas de uma sociedade ainda fortemente androcêntrica e sexista, mas já em lenta deriva no condicionamento da destinação da mulher, que progressivamente lhe escapa, reclamando liberdade e autonomia no ser e no agir.

Assim, se nas narrativas naturalistas as personagens masculinas são sobretudo associadas a crimes violentos e problemas de alcoolismo e sífilis, as personagens femininas surgem amiúde estigmatizadas pela sintomatologia histérica, pela neurastenia, a ninfomania associada à prostituição, a degenerescência física e mental, com frequência traduzida em afasia, demência senil e doenças como a tuberculose e a clorose.

Estas últimas povoam a iconografia da época, rica em rostos e corpos femininos enfermos e convalescentes, ampliando essa vertente mórbida vinda do Romantismo e

Irmãos Gocourt, Alphonse Daudet ou Zola, sendo ainda um grande admirador da obra literária de Gógol e da pintura de Goya, aliás em conformidade com o seu fascínio pela caricatura e por representações grotescas do corpo humano, por disformidades anatómicas raras ou simplesmente por estropiados ou anões, ao serviço dos quais colocava o seu notável domínio da anatomia. Veja-se, a este propósito, a obra de BANNOUR, Vanda – “ Le roman des grandes hystériques”. In Jean-Martin Charcot et l’hystérie. Paris: Ed. Métalié, 1992. pp.124 e ss. Veja-se ainda, CHARCOT, Jean- Martin, RICHER, Paul Marie Louis Pierre – Les difformes et les malades dans l’art. Paris: Lecrosnier et Babé, Libraires-Éditeurs, 1889. 41 pp.

associada, em parte, às teorias algo delirantes de Michelet e de Proudhon, acerca da condição e destinação feminina.¹

Colette Becker, especialista no Naturalismo e no Realismo franceses, observou a este respeito:

La femme est la grande hantise, omniprésente, fascinante, toujours dangereuse, menteuse, fourbe, capable (et coupable) comme Germinie Lacerteux (et Rose Malingre, la servante des Goncourt qui leur a servi de modèle) de tous les déchâtements pour satisfaire ses crises hystériques. Là est la raison de l'intérêt que médecins et écrivains lui portent désormais: être physiologique par excellence, la femme est proie de toutes les névroses. Essentiellement corps, sensations, impressions, elle est l'éternelle malade.²

A par da morbilização do psiquismo feminino, os escritores naturalistas, apoiando-se em trabalhos científicos e médicos contemporâneos - designadamente de Charcot, Paul Richer, Georges de la Tourette, Joseph Babinski, entre outros - morbilizam a sexualidade feminina, objeto por excelência do seu fascínio tal como do seu temor, pela ameaça que representava para a ordem social e familiar, mas também, no plano subliminar, para os próprios estereótipos relativos aos papéis sexuais, que a prática clínica tantas vezes colocaria em questão.

Duas das protagonistas mais célebres dos Goncourt- Germinie Lacerteux e la fille Élisabeth -, bem como Thérèse Raquin, de Zola, e Marthe, de Huysmans, configuram essa dupla morbilização psíquica e sexual, através de múltiplos sintomas histéricos, tais como: delírios, anestésias espontâneas, alucinações, uma passividade paraletárgica ou, pelo contrário, hiperatividade emotiva e sexual; por último, convulsões, perda temporária da consciência e outros sintomas epileptóides. Num outro caso, o da religiosa-noviça Soeur Philomène, criação dos Goncourt, a astenia emocional, a serenidade gentil mas algo amorfa que revela junto dos casos mais chocantes das enfermarias hospitalares que assiste, a indiferença relativa ao sentimento amoroso e, enfim, a fadiga neuro-muscular extrema, aliada a uma secreta ânsia de morte, constituem disfunções graves da afetividade e inadaptação evidente às realidades existenciais, que apenas superará em parte através do misticismo.

Reféns de meios sócio-familiares desfavorecidos, marcados pela violência física e psíquica ou conotados com várias formas de criminalidade, tais personagens representam indivíduos com baixíssimas probabilidades de ascender sócio-culturalmente, condenados a integrar o imenso contingente de serviçais, operárias ou modestas empregadas comerciais que migravam do país profundo para os grandes centros urbanos. Aí, ficavam à mercê da sorte e de patrões inescrupulosos, caindo frequentemente na indigência, na prostituição, no alcoolismo ou no crime, e acabando na reclusão penitenciária ou asilar, quando não em internamentos hospitalares

¹ A título de exemplo, refira-se as telas de André Brouillet (pintor de atos médicos em meio hospitalar), ou as de E. Münch na sua fase realista, representando raparigas enfermas de tês lívida, ou ainda o célebre retrato de James Tissot (1875-76), intitulado "Uma convalescente".

² Cf. BECKER, Colette, *idem*. P.98. Na realidade, a vida quotidiana da mulher, garantida por um complexo sistema de coações sócio-culturais, entrava cada vez mais em conflito com objetivos e práticas decorrentes da liberdade e determinação individuais.

definitivos, como tão exaustivamente mostraram os estudos de Michel Foucault e de Bronislaw Geremek.

É no ambiente doméstico mas igualmente nesses espaços de reclusão que os escritores naturalistas irão surpreender e estudar os seus casos humanos de eleição, revelando nos *Prefácios* às suas obras, ou na imprensa, alguns pontos de vista sobre esses perfis humanos. A partir dos seus textos não literários, tomamos amiúde consciência dos preconceitos culturais e sociais que os impedem de fazer uma análise isenta e justa das suas protagonistas, isto é, despojada de juízos morais deslocados e de estereótipos culturais impeditivos da necessária imparcialidade do escritor-cientista social que pretendiam ser e representar aos olhos da sociedade¹.

Zola, por exemplo, não obstante todos os estudos de caso que fazia a partir dos “faits divers” pesquisados em *La Gazette des Tribunaux*, e o seu vivo interesse pelas ciências exatas, nunca logrou superar a convencional tríade de opções que as suas protagonistas tinham ao seu alcance, a saber: a resignação aos papéis tradicionais, as neuroses ou a difícil e temerária autonomia confluindo na segregação social e na solidão. É claramente a primeira opção que ele exalta em obras como *La Joie de Vivre*, *La Faute de l'Abbé Mouret* e, sobretudo, *Fécondité*.

Por seu lado, os irmãos Goncourt revelam publicamente, no seu *Journal*, uma definitiva e funda suspeição relativamente à mulher, como se pode constatar destas afirmações: “La défiance nous est entrée dans l'esprit, pour toute la vie, du sexe entier de la femme. Une épouvante nous a pris de ce double fonds de son âme, de ces ressources prodigieuses, de ce génie consommé du mensonge.”²

Curiosamente, também neste domínio se verifica um certo paralelismo entre as posições dos escritores naturalistas – que os críticos, amiúde classificam como enfermando de um reacionarismo sexista e misógino – e o paternalismo autoritário, eivado de reservas e suspeitas, que, sobretudo na primeira fase dos seus trabalhos, norteava a abordagem terapêutica de Charcot relativamente às suas pacientes, a par, evidentemente, de uma genuína curiosidade científica, aliada a um labor intelectual e clínico incansável. A comprová-lo está sobretudo a profunda, determinada e metódica reestruturação que levou a cabo no famoso asilo-hospício de La Salpêtrière, tradicionalmente encarado por muitos como uma espécie de depósito de mulheres que a sociedade rejeitava e preferia esconder. Ora, o asilo-hospício de La Salpêtrière, o maior de França, que reunia mulheres afectadas por diversíssimas enfermidades – da loucura à demência senil, da neurastenia ao infantilismo, da epilepsia à ninfomania e à histeria -, chegou a ser designado como “la ville des femmes incurables”.³

Esse outro e imenso areópago de patologias, que o próprio Charcot batizou como “musée pathologique vivant”, onde se amontoavam e eternizavam as pacientes abandonadas pelas próprias famílias, e cuja taxa de cura era estimada em menos de 10%, será reorganizado por Charcot de acordo com as diferentes categorias de doenças. Para além disso, é transformado num centro de ensino teórico e clínico de referência, ao qual afluem estudantes e clínicos de diversas nacionalidades.

¹ Ver STATIAT, Nadine – “ Documents”. In GONCOURT, Edmond et Jules – Germinie Lacerteux. Paris: Ed. Garnier- Flammarion, 1990. pp. 263-289.

² Cf. STATIAT, Nadine – “ Documents”, idem. p.274.

³ Expressão retirada da obra de DIDI-HUBERMAN, Georges – *Invention de L'hystérie. Charcot et l'Iconographie de la Salpêtrière*. Paris: Ed. Macula, 1982. p.17.

No que à patologia histérica diz respeito, o famoso clínico separou-a de outras formas de enfermidade ou de alienação mental, conferindo-lhe um estatuto nosológico autónomo, ou seja, instituindo diferentes e rigorosos critérios de classificação daquela patologia. Por outro lado, afastou toda e qualquer terapêutica que considerasse próxima do charlatanismo e que não demonstrasse resultados clínicos benéficos para a saúde e o bem-estar possível dos pacientes.

É neste quadro científico e clínico que Charcot dedicará uma particular atenção, ao longo de cerca de três décadas, ao fenómeno da histeria, tratando sobretudo mulheres mas seguindo igualmente pacientes do sexo masculino, de entre os quais o mais notável terá sido o compositor russo Tchaïkovski. Relativamente à etiologia da doença, irá evoluir de uma inicial origem uterocêntrica – ainda herdeira da teoria de Hipócrates -, para explicações preferencialmente focadas em afeções neurológicas, trabalhando com anatomopatologistas e seguindo atentamente os trabalhos de Ribot e de Broca, sobre a fisiologia do encéfalo e as lesões causadoras da afasia. Contudo, após resultados inconclusivos, acabará por situar a histeria na categoria das perturbações psicopatológicas, suscetíveis de abordagem terapêutica através da hipnose e da psicologia experimental, tal como as praticavam Joseph Babinski e Pierre Janet, respetivamente.

A partir sobretudo da década de oitenta, nas suas Lições, Charcot refere um número crescente de casos de histeria masculina entre os seus pacientes, quase todos oriundos de estratos sócio-económicos muito baixos ou desfavorecidos, como era o caso de operários e artesãos, admitindo igual número entre mendigos, vagabundos, presidiários e utentes dos centros de acolhimento dos sem-abrigo. Porém, no que respeitava a população masculina atingida pela histeria ou mesmo pela histeroneurastenia, Charcot identifica rapidamente como fatores determinantes a miséria, com toda a sua dureza e crueldade, a par de grandes perturbações morais, traumatismos recalcados e até intoxicações alcoólicas ou outras.

Ora, é impossível não admitir que esses mesmos fatores se verificavam entre a maioria das suas pacientes hospitalares, muitas delas doentes crónicas, com crises recorrentes, que voltavam ao internamento após breves saídas, aparentemente incapazes de enfrentar a vida dita normal e a segregação e os estigmas que a sociedade lhes impunha.

Por seu lado, as protagonistas dos romances naturalistas atrás referidos, entre outras, são exemplos cabais desses históricos de vida terríveis e absolutamente determinantes, quer das patologias históricas ou histeroneurasténicas que manifestam, quer de outras enfermidades associadas, como a tuberculose, a clorose, o alcoolismo – na verdade, sintomas colaterais de males mais íntimos: traumas físicos e psicológicos, maus tratos e abandono na infância e na adolescência, exploração laboral, violência sexual e doméstica, condições de vida insalubres ou miseráveis, repressão emocional, sexual e verbal, acompanhadas de longos e forçados recalamentos das expressões corporal e verbal – exutórios naturais do mal-estar existencial no ser humano.

Equivalente repressão verbal, emocional e corporal se verificava entre pacientes femininas oriundas de estratos sócio-económicos elevados, como o constatou, sem equívocos, um dos seus discípulos, Philippe Jaquinot, com base nas suas observações clínicas. Para ele, como pouco depois para Freud, na sequência de profundas frustrações sociais, emocionais, sexuais, acompanhadas de uma repressão prolongada da linguagem

comunicacional, o corpo entrava em violento desequilíbrio, revoltava-se, procurando nas posturas da crise histérica a expressão hiperbólica das suas pulsões e aspirações recalçadas, em consequência de um meio sócio-cultural repressivo e retrógrado. Jaquinot, tal como Freud, centrará excessivamente na sexualidade a origem dessas pulsões recalçadas e nem mesmo verbalizadas, mas tiveram sem dúvida o mérito, entre outros, de escutar e observar longamente as suas pacientes, tal como viria a ser prática corrente entre os adeptos da psicologia experimental e da psicanálise.

Ao concluir este estudo, poderemos afirmar que Charcot, não obstante o extremo rigor dos seus métodos, e a sua incansável investigação médica, ter-se-á mantido, durante demasiado tempo, fiel aos seus pressupostos organicistas (anatômico-neurológicos) e ao preconceito cultural da sobredeterminação fisiológica do psiquismo feminino.

O eminente Mestre e clínico virá a falecer já na década de noventa, antes de ter podido prosseguir a via mais psicologista, que descobrira recentemente sobretudo a partir dos trabalhos de Pierre Janet, e na qual vislumbrava novas hipóteses terapêuticas para esse enigma que tanto o interpelara, e cujos efeitos dolosos e dolorosos longa e persistentemente tentara minorar e suavizar. Das centenas de mulheres sem nome e sem voz, que seguira naquele inferno branco das enfermarias de La Salpêtrière, ficaram-nos os rostos e corpos impressionantes das célebres pacientes Augustine e Blanche : as fotografias da época mostram-nos o seu olhar alucinado, os esgares e gestos suspendendo o grito no limite, os corpos tensos como arcos, ou já letárgicos, ausentes, mas sempre em demanda da alma sequestrada.

Enfim, não muito longe desses cenários, Rose Malingre, a criada de família dos irmãos Goncourt, deixava-se devorar viva pela pleuresia, as adições ao álcool e ao sexo, os episódios histéricos, a humilhação pública, a neurastenia, a anorexia. Desse vulto quase anónimo ficou-nos a figura trágica e pungente de Germinie Lacerteux, protagonista do romance homónimo e de uma história semelhante, obra-prima de Jules e Edmond de Goncourt.

Sem as obras dos escritores naturalistas – misto de pesquisa científica, inquérito sociológico e transfiguração artística -, todos esses vultos femininos doentes, que se arrastavam nas águas-furtadas de Paris, teriam simplesmente desaparecido sob sete palmos de terra, sem flores nem memória, sem mesmo uma simples lápide assinalando as duas datas em que o mundo, indiferente, as vira nascer e morrer.

Fontes e Bibliografia selecionadas

BANNOUR, Vanda – Jean-Martin Charcot et l'hystérie. Paris: Ed. Métalié, 1992. 253 pp. ISBN 2-86424-123-4.

CHARCOT, Jean-Martin – Histeria. Lecciones del martes. Trad. e ed. esp. De Angel Cagigas. Jaén: del lunar, 2003. 94 pp. ISBN 84-95331-14-4.

CHARCOT, Jean- Martin; RICHER, Paul Marie Louis Pierre – Les difformes et les malades dans l'art. Paris: Lecrosnier et Babé, Libraires-Éditeurs, 1889. 41 pp.

DIDI-HUBERMAN, Georges – Invention de L'hystérie. Charcot et l'Iconographie de la Salpêtrière. Paris: Ed. Macula, 1982. 303 pp. ISBN 2-86589-004-X

STATIAT, Nadine – “ Documents”. In GONCOURT, Edmond et Jules – Germinie Lacerteux. Paris: Ed. GF- Flammarion, 1990. 308 pp. ISBN 2-08-070549-0.

O GÉNIO DE CAMILO CASTELO BRANCO (1825-1890) E A SUA ATRIBULADA RELAÇÃO COM OS MÉDICOS DO SEU TEMPO

Porfírio Pereira da Silva

Biblioteca Municipal de Viana do Castelo

Profissão: Técnico Superior

Email:porfiriosilva@sapo.pt

Palavras-chave: história da loucura, imaginários literários, psiquiatria, filosofia

Resumo

Ao lermos António Sardinha (1887-1925), por altura do centenário do nascimento de Camilo Castelo Branco (1925), a definição do génio de Camilo, por si atribuída, levá-lo-ia a afirmar que tal definição, nas suas manifestações tão desencontradas como variadíssimas, só nos poderia ser dada pelo estudo psicológico da hereditariedade do escritor. Se nas Jornadas anteriores nos propusemos a estabelecer um paralelo entre a genialidade do escritor e a loucura do seu filho Jorge, cedo nos apercebemos que a atribulada relação deste génio da literatura portuguesa com os médicos de então, merecia da nossa parte, para além da nossa fulgural admiração literária por este grande romancista, uma abordagem imparcial por aquilo que António Sardinha definira como “o final iniludível duma longa descendência de desequilibrados.” É através do imaginário literário (cartas e artigos) que se pode inferir em Camilo algum “estigma mental” de agressividade, e quiçá de “loucura”, espelhado no conflito permanente com os médicos do seu tempo.

Abstract

When we read Antonio Sardinha (1887-1925), by the time of the centenary of the birth of Camilo Castelo Branco (1925), the definition of the genius of Camilo, attributed by himself, would lead him to affirm that such definition, in its Disjoined as varied, could only be given to us by the psychological study of the writer's heredity. If in the previous days we proposed to establish a parallel between the genius of the writer and the madness of his son Jorge, we soon realized that the troubled relationship of this genius of Portuguese literature with the doctors of that time deserved, besides our energetic literary admiration for this great novelist, an impartial approach of what Antonio Sardinha had defined as “the inescapable end of a long line of unbalanced offspring.” It is through the literary imagination (letters and articles) that one can infer in Camilo some “mental stigma” of aggression, and perhaps of “madness”, reflected in the permanent conflict with the doctors of his time.

Introdução

Se ligarmos o fim de Camilo ao desnorteamento da sua existência, entenderemos melhor que os homens não são diferentes das ideias que os regem. Camilo sofreu paixão e morte, porque o individualismo frenético do seu ambiente cultivou e engrossou o individualismo frenético que o escritor reflectia como herança estrutural...

Com esta pequena nota de abertura, assinada por António Sardinha, acabamos por impor a nós próprios, um certo contraditório, ao que, nas jornadas anteriores, nos

sugestionaria, nos tempos que correm, a definição de “Génio de Camilo”, aventada pelo mesmo António Sardinha, que nas suas manifestações tão desencontradas como variadíssimas, só nos poderia ser dada pelo estudo psicológico da hereditariedade do escritor, mesmo que não se procure ressuscitar os velhos processos lombrosianos; e a resposta de Alberto Pimentel à pergunta se a doença houvera prejudicado a obra de Camilo: *Não só não prejudicou como até lhe imprimiu uma feição genial*.

Desenvolvimento do tema

O presumível contraditório por nós assumido, fruto da releitura que temos vindo a fazer de estados emocionais de Camilo, através de cartas e outros meios, e menos pelo lado criativo-literário, somos, contudo, confrontados com a opinião de António Sardinha, através de um extenso apontamento, a que deu o título “O Génio de Camilo”, publicado «*In Memoriam de Camillo*», obra comemorativa do centenário do nascimento deste insigne historiador, romancista e poeta, quando afirma, a dado momento, que *Camilo, na sua espontaneidade fecundíssima, foi sempre governado por uma “disputa de mortos” como certamente diria Léon Daudet. Na verdade, se considerarmos a obra literária desse escritor como a libertação das imagens ancestrais que lhe povoam o subconsciente, Camilo Castelo Branco aparece-nos como da estirpe dos Shakspeare e dos Balzac. Mais dos Balzac que dos Shakspeares...¹, porque – segundo ele –, em Balzac Camilo encontrou a fórmula para a libertação dos seus demónios interiores, quiçá, avivados através da linhagem irrequieta de inadaptados que são os ascendentes de Camilo, cheios de tatuagens sociais e morais, a que não faltava nem a nota infamante do judaísmo...². É o mesmo Sardinha que lhe confere esse ajuste balzaquiano: Havia em Camilo, como em Balzac, um intenso sentido da história. Mas Camilo sofria, tanto na sua inteligência como na sua sensibilidade, as consequências do duelo que nele travavam incessantemente duas hereditariedades hostis, referindo-se à acentuada luta entre o Camilo regido por “avós bem plantados no coração eterno da pátria”, e o Camilo sacudido, “num *sabbat* violento, pela constante intervenção da sua ancestralidade israelita”³.*

Paulo Osório, por exemplo, prejudicado pelo excessivo espírito clínico com que por vezes encara a psicologia atormentada de Camilo, insiste no elemento do judaísmo da parte dos antepassados do romancista, como factor predominante e/ou preponderante na determinação do temperamento de Camilo:

«Espiolhando bem as costelas de criatura a quem genealogistas diversos tão várias profissões atribuíram, vem-se a saber da existência, em seu nobre sangue, de laivos judeus, oriundos de duas cristãs novas que respectivamente conviveram com seu pai e seu avô. Para o cadastro patológico que é lícito formar nesta família, convém não perder o indício que nos pode dar um facto tal, por isso que é hoje já vulgar na ciência que a raça hebraica é, dentre todas as raças, uma das que maior contingente fornecem para o grupo das doenças nervosas...⁴.

¹ Cit. SARDINHA, António – *O génio de Camilo*. In, “*In Memoriam de Camillo*”, p. 634.

² Cit. Idem, *ibidem*, p.

³ Cf. Idem, *ibidem*, p. 636.

⁴ Cit. OSÓRIO, Paulo – *Camillo Castello Branco: Esboço de Crítica*, p. 10.

Não nos admiramos com esta desconstruída rotulação, principalmente no que concerne à expressão de “laivos judeus” na procura da hereditariedade, quando J. Lúcio de Azevedo traz-nos à coacção, no seu dizer, a pena do medíocre foliculário Vicente da Costa Matos, autor que, na linguagem pedante daquele período (1625) de decadência literária, pedia a expulsão dos heréticos, e coligia as opiniões correntes sobre a gente de Israel, opiniões que simultaneamente revelam o ódio inspirado por ela, e o estado triste da mentalidade contemporânea:

Os judeus, dizia ele, são feios de rosto, e assim os tem Deus assinalado, como expressão do seu desprezo; exalam cheiro mau, que só com o baptismo se dissipa; ao falarem, cospem-se por si e uns aos outros nas barbas, em castigo de haverem cuspidos a Cristo, quando o martirizaram; os do sexo masculino são menstruados, provavelmente também por castigo; e outras semelhantes inépcias. Além disso, increpa-os de homossexuais, e de haverem introduzido o vício no país...¹.

Mais tarde, ao citar Charcot, *as nevroses resultam de dois factores: um, essencial e invariável: a hereditariedade nevropática; outro, contingente e polimorfo: os agentes provocadores*, Paulo Osório acaba por ainda juntar à hereditariedade nevropática os factores congénitos, adquiridos na vida fetal, que a excessiva concisão daquela fórmula exclui:

Quanto ao primeiro factor, essencial e invariável, é notório como em Camilo ele influiu. Eu penso que dificilmente se encontrará estirpe mais opulenta para a guarda avançada dum caso esplendido de génio. E pelo que se refere aos factores adquiridos na vida fetal, basta recordar as primeiras palavras desta nosografia: “Camilo Castelo Branco foi gerado no período mais doloroso dum amor violento”. Citar agora, um a um os agentes provocadores seria repetir o que está dito, contar de novo toda essa biografia acidentada, essa vida errante, de paixão e amargura...².

Paulo Osório, acabou por ancorar-se na certeza de que os sintomas mórbidos observados em Camilo poder-se-iam dividir metodicamente em três grupos:

1.º—Nevralgias, impressão do ferro em brasa na cabeça, insónia, fobias, abulia, obsessões e impulsões, irregularidade no trabalho, tendência para a auto-observação, vagabundagem, e primeiras perturbações visuais; 2.º – Espasmo nervoso no esófago, versatilidade, instabilidade, egoísmo, grande poder imaginativo, interpretação mística dos factos mais simples, desigualdades psíquicas, exagero de todas as sensações, perturbações auditivas – ainda algumas perturbações visuais (como a diplopia) –, assomo de megalómano e perseguido, sonhos, pavores nocturnos, pesadelos e tendência para o suicídio; 3.º – Dores fulgurantes, silvos nos ouvidos, surdez, ataxia, perturbações visuais mais adiantadas (tais como a epífora, a ambliopia, a nevrite óptica, a imobilidade da pupila e a amaurose). Conclui que os sintomas no primeiro grupo

¹ Cit. AZEVEDO, J. Lúcio de – *História dos Cristãos Novos Portugueses*, p. 179-180

² Cit. OSÓRIO, Paulo – *Camilo, a sua vida, o seu génio, a sua obra*, p. 248-249.

denunciam-nos o *neurasténico*¹; no segundo como pertencendo ao quadro de *histeria*; e no terceiro, Paulo Osório atribui-lhe o *tabes*², uma doença orgânica do sistema nervoso, na sua forma clínica cérebro-bulbar³.

Estas considerações aventadas por Paulo Osório, acabariam por suscitar em Miguel Bombarda um esboço crítico, onde o ilustre psiquiatra, procurou refutar a tese apresentada, principalmente quando ventila a nosologia⁴, o exame psicopático, de Camilo:

(...) O autor procura demonstrar que Camilo era um neurasténico, e para isso vale-se, valha a verdade, do avolumamento de muito pormenor que não contém, longe disso, a significação que se lhe quer conceder. É assim que se faz um montão de fobias onde nem uma talvez se possa apurar: porque a verdade é que a fobia não é só o simples horror à doença ou à morte, porque então seria neurasténico, mais ou menos, todo o ser humano, do mesmo modo que não é fonófono quem não tem ouvido musical, como enfim senão acha possuído, do neurasténico horror à luz aquele que dela foge, fisicamente sofrendo dos órgãos visuais...⁵.

Para Miguel Bombarda, psiquicamente, Camilo não era neurasténico. Sem se querer pronunciar, porque não possuía o conhecimento bastante do homem nem da sua obra, sempre acabaria por vinculá-lo à ataxia⁶: *(...) E fisicamente, como doença que o levou ao desespero final, julgo não poderá haver dúvida para nenhum médico que Camilo era um atáxico. A ataxia acorrentou-o à dor nos últimos anos da vida, e foi ela que o conduziu ao suicídio...⁷.* Para o mesmo psiquiatra a ataxia não era um mal neurasténico, tendo em conta que, para os médicos da época, a ataxia locomotora, do mesmo modo que a paralisia geral, não era mais que um derradeiro golpe sífilis.

Nesta troca de mimos entre médicos, com Camilo a premeio, o insigne escritor não só se incompatibilizou com muitos dos médicos do seu tempo, como acabaria por provocar alguma escaramuça entre eles.

Vejamos outro exemplo, que nos reporta até ao ano de 1879, altura em que, pela segunda vez, a Princesa Rattazi – de seu nome de solteira Maria Letícia Wyse), filha de um diplomata inglês Tomás Wyse e de Lectícia Bonaparte, filha de Luciano Bonaparte, sendo seu tio-avô o grande Corso –, veio a Portugal, por forma a colher impressões para um livro célebre que intitulou *Portugal à vol d’oiseau* e que saiu em 1880. Ora, dessa segunda vez, veio ao Porto, festejada por uns e outros. Camilo foi chamado pelo seu livreiro editor a ir ao beija-mão. Eximiu-se na carta seguinte com o seu salpico de chiste e de pessimismo:

¹ Neurose com enfraquecimento da força nervosa, perturbações mentais do tipo tristeza, apatia e, muitas vezes, com indisposições físicas como dores de cabeça, perturbações digestivas, etc.

² Doença nervosa de origem sífilítica que prova ataxia progressiva dos membros locomotores, pela degeneração dos cordões posteriores da espinal medula.

³ Cf. Idem, *ibidem*, p. 249-250.

⁴ Parte da Medicina que descreve, estuda e classifica as doenças.

⁵ Cit. BOMBARDA, Miguel – “Psychologia de soffrimento... nos que não soffrem”. In, *A Medicina Contemporânea*, Anno XIII, N.º 28, Série II – Tomo VIII, 9 de Julho de 1905, p. 217-218.

⁶ Incoordenação patológica dos movimentos do corpo e desordem nos fenómenos psicológicos.

⁷ Cit. Idem, *ibidem*, p. 218.

Meu prezado Chardron:

Com muito prazer iria cumprimentar a Senhora Princesa se o meu crescente desbarate de saúde me não obrigasse a sair daqui amanhã para Ponte de Lima, onde me espera um médico que me quer aplicar a dosimetria – um sistema moderno mediante o qual se morre à antiga.

Eu fiz um voto de nunca mais voltar ao Porto.

Sempre que aí vou, retiro em pior estado.

Não obstante, se não fosse esta saída para Ponte de Lima, iria prestar à insigne escritora a cortesia devida aos seus talentos. Queira o meu amigo apresentar a S. Alteza as minhas desculpas e os meus respeitos.

Do seu amigo obrigado

Camilo Castelo Branco.

Esta curiosa carta presta-se a comentários. Assim, pode encarar-se aquela vinda do escritor a Ponte de Lima como momentânea fantasia, apenas como pretexto ocasional para se livrar da estopada de ter de se deslocar de Seide por motivo do que se lhe afigurava tão fútil. Mas se era verdadeiro, qual seria o médico da vila que então gozava de tal prestígio que mereceu a honra da atenção de Camilo? E Camilo teria feito, efectivamente, essa jornada para se sujeitar à tal aplicação do tal sistema da dosimetria? O par de interrogações lançou em nós...

Sobre uma das perguntas suscitadas por esta carta de Camilo, viria a obter-se uma resposta infalível, por sugestão de José Benvindo Martins de Araújo: – Quem era o médico de Ponte de Lima que foi consultado por Camilo? É o próprio Camilo que, em carta dirigida a Tomás Norton¹, um dos limianos com quem, juntamente com João Gomes de Abreu, Camilo se carteava, acaba por revelar o médico a quem, dado o seu prestígio e reputação clínica, recorreu:

Obrigado à dedicada benevolência dos seus cuidados pela minha irreparável saúde. Não há que esperar na velhice quando a mocidade foi desbaratada, contraindo empréstimos adiantados às forças da vida porvindoura. Não me admiro deste esfacelamento: o que me espanta é viver. Há 4 meses consultei em Vizela um médico conterrâneo de V. Ex., Freitas. Capitulou de esgotamento nervoso a minha enfermidade, e mandou-me tomar fósforo pelo sistema de Bourgrave. Veja V. Ex.^a com o fósforo tenho eu de reconstituir um regenerado sistema nervoso! Mas o pior foi que, antes de renovar a massa encefálica, ia arranjando uma intoxicação de arseniatos que por pouco o não aliviava a V. Ex.^a de ler este boletim sanitário...² – carta datada de 6.^a feira, 7 de Novembro de 1884.

Temos, por conseguinte, que em Agosto (três meses antes) Camilo encontrou-se nas águas de Vizela, onde costumava veranejar, com o célebre doutor Freitas – António

¹ Tomás Mendes Norton, avô paterno de Luís Norton (Sócio da Academia Portuguesa de História e do Instituto Histórico Brasileiro).

² Cit. NORTON, Luís – *Doze cartas inéditas de Camilo Castelo Branco*, p. 43.

Inácio Pereira de Freitas¹ – a quem consultou, que com certeza o examinou e que o medicou.

Outra carta, de 12 do mesmo mês e ano, refere-se ainda ao Dr. Freitas:

V. Ex.^a é ingrato à terapêutica do Freitas. Os grânulos cabalísticos do homem, ingeridos nas vísceras do cancro, mataram-lho. O cancro é um micróbio, em forma de vírgula, com o feitio de caranguejo, que V. Ex.^a terá a curiosidade de ver no Zodíaco (Câncer). Verdade é que o Freitas intoxicou o parasita inconscientemente; matou-o por acaso como o Colombo descobriu a Índia ocidental; mas nem por isso devemos esbulha-lo de ter subido pelos alcatruzes do bambúrio a uma eminência de glória que V. Ex.^a parece querer empalhar-lhe, atribuindo a sua cura à Natureza, mãe fecunda de todos os cancros e de todos os Freitas.

Seramente, o meu incessante penar de 20 anos, tenho estudado a infâmia com que os charlatães de todas as seitas médicas mangam com os enfermos – com a dor física, esta coisa que, por ser horrorosa, deveria ser sagrada. Tenho encontrado dois médicos catedráticos que, com os olhos quase lacrimosos como os do Freitas, me disseram que me deixasse morrer nos braços da “Alma Mater”, esta coisa que nos desova cá fora e depois nos retrai ao seu ventre, como quem engole um porco vômito, cheio de fezes, de apostemas, de cancros, do diabo...².

A relação de Camilo com o Ricardo Jorge, António Maria de Sena e o subsequente Júlio de Matos, aquando do internamento do seu filho Jorge, em 1886, dos quais falamos nas Jornadas anteriores, não foi de todo pacífica. Se Ricardo Jorge teve um papel importante no internamento do filho de Camilo, ao passar o atestado que as formalidades regulamentares exigiam para a mesma admissão, aduzindo-lhe um problema degenerativo hereditário, chamando à coacção a ancestralidade do avô paterno e de dois tios como alienados, e Camilo, apesar de homem de talento, um nevrologo e um sifilítico, também não é menos verdade que Ricardo Jorge, perante uma menor assiduidade na sua correspondência com Camilo, informando-o do estado de saúde do Jorge, mereceu da parte do escritor, em carta dirigida a Eduardo Costa Santos, o seguinte desabafo: *Não sei nada do Dr. Ricardo. Parece que está zangado com a gente. Paciência. Não tem razão...³.*

Dois anos antes, Camilo escrevera a Tomás Norton:

(...) Como me sinto sem forças para escrever falo-lhe da minha doença. Fui antes de ontem ao Porto para consultar um especialista de nevroses, Ricardo Jorge. Não cheguei a falar ao médico por que a noite foi tão cruel que tive de retirar de manhã, aterrado com uma coisa nova – a asfixia. Isto é irremediável, e cheguei a

¹ António Inácio Pereira de Freitas nasceu em S. Miguel de Vizela (Guimarães), em 1 de Fevereiro de 1842, filho do farmacêutico José de Freitas Oliveira e de sua mulher D. Cecília Rosa da Silva Pereira. Em 1866, concluiu a licenciatura na antiga Escola Médico-Cirúrgica do Porto, com a tese «*Das águas minerais em geral e da sua aplicação em particular nas moléstias cirúrgicas*». Cerca de um ano depois veio para Ponte de Lima, onde exerceu clínica durante trinta e oito anos. – In, *Figuras Limianas*, coord. ABREU, João Gomes d'. Ponte de Lima: Município de Ponte de Lima, 2007, p. 241-242.

² Cit. NORTON, Luís – *Doze cartas inéditas de Camilo Castelo Branco*, p. 48.

³ Carta a Costa Santos recebida a 20 de Outubro de 1886.

termos de encarar alegremente a morte, apesar de levar muitas saudades de um filho de 21 anos que aos 12 endoudeceu em Coimbra onde eu estava com ele, e com outro – um doudo d’outra espécie de que não sei nada, senão o que me ressoa do estrondo das suas extravagâncias. Este rapaz herdou há 3 meses da mulher e da filha 150 contos. Se ele viver 6 anos, e eu tiver a desgraça de lhe sobreviver, hei-de recebe-lo em minha casa para ele não pedir esmola ou sair nas encruzilhadas. Tem 20 anos. A minha pior enfermidade são estes dois filhos. / Desejo-lhe a V. Ex.^a a suprema felicidade de se honrar no procedimento dos seus¹.

Tal como o afirmara Alberto Pimentel, a vida de Camilo havia de ser até ao fim «uma elegia continuada». Sofria a nevrose do génio romântico; era um emotivo. Segundo Luís Norton, Sócio da Academia Portuguesa da História e do Instituto Histórico Brasileiro, o próprio Camilo confessava viver mais pelo coração do que pelo cérebro. Era fiel aos seus sentimentos de amizade e de amor paterno. Foi com desespero de pai que acompanhou a loucura do seu filho primogénito, Jorge Camilo, que faleceu em S. Miguel de Seide aos nove dias de Setembro de 1900. O outro filho, Nuno Plácido Castelo Branco, viveu até ao dia 23 de Janeiro de 1896. Este era extravagante, o estroina².

Camilo Castelo Branco chegou a escrever a Ricardo Jorge, que chegava a atingir a baliza do ridículo o desgraçado da sua estatura quando invocava reminiscências da sua velha graça para se fingir superior ao seu descompensado infortúnio. Há muitos anos que ele, tão alegre nos seus livros, se indemnizava dessa ficção, chorando amargamente no recesso da sua vida solitária. Eram as lágrimas proféticas desse martírio que ele nunca pôde antever com a perspicácia da sua imaginação tão fértil, tão prostentada em desgraças. Quando, a relanços de trevas, se lhe prefigurava o horrendo transe da cegueira, acudia-lhe como um anjo redentor a intensão resoluta, heróica e briosa do suicídio, como se pode inferir das suas próprias palavras:

Hoje que apenas tenho olhos para ver a condensação das trevas, não tenho a fácil coragem de me matar. As lágrimas de uma mulher trinta anos adorada, e as mãos valiosas de dois amigos têm sido para mim a âncora lançada ao prego desta inoportável tormenta. Quando essas mãos benfazejas esmorecerem, e essas lágrimas se gelarem na face morta de Ana Plácido, então terei a coragem do suicídio – esse heroísmo banal que tem levantado muitos miseráveis à estatura dum Catão³.

O estigma das avaliações menos positivas ao estado psicológico ou comportamental em Camilo Castelo Branco, para além de ter começado muito cedo, era muitas vezes sinalizado, a tinta ferrosa, pela sua própria pena. Atentemos a uma carta dirigida ao seu amigo José Barbosa e Silva – aquele que, até morrer, foi um dos seus mais dedicados e compreensivos amigos, sempre de bolsa aberta para o socorrer –, em 11 de Setembro de 1856, a propósito da Freira do Convento de S. Bento da Ave-Maria,

¹ Cit. Idem, *ibidem*, p. 60.

² Cf. Idem, *ibidem*, p. 34.

³ JORGE, Ricardo – *Camilo Castelo Branco: Recordações e impressões...*, p. 370-372.

do Porto, Isabel Cândida Vaz Mourão, com quem manteve uma prolongada relação amorosa:

Meu Caro Barbosa.

Causa-te espanto uma carta minha depois de outra que ontem receberias? Também a mim me maravilha escrever-ta. São 11 horas da noite, e chego ao Porto, com estes restos de coração atravessados numa roda de navalhas. É o caso:

Eu nunca disse a Isabel Cândida as minhas intenções a respeito de ir para Viana, por que previa o abalo, e receava os efeitos por ela e por mim, que sou um imbecil, quando sou causa e ao mesmo tempo testemunha duma grande dor. Era minha intenção deixá-la recolher ao convento, e depois cá de fora escrever-lhe uma carta, longamente meditada, de modo que o golpe fosse dado com punhal dum só gume: isto é – tencionava mentir-lhe, dizendo que a minha ida era simplesmente uma tentativa para o melhoramento da minha saúde.

Hoje, indo eu levar-lhe minha filha, que se achava aqui há 3 dias, recebeu-a chorando, sem querer dizer-me a razão por quê. Muito instada, prorrompeu numa acusação quase violenta à minha ingratidão, e acabou por me dizer que sendo ela minha amiga era a última que devia saber que eu saía do Porto. Da violência passou para a mansidão das lágrimas suplicantes, e por fim acabou por ser assaltada dum terrível incómodo que me assustou. Neste estado, foi-me impossível dizer-lhe uma só palavra de consolação. Minha filha chorava, e o médico Ferreira que eventualmente ocorreu neste ensejo, fez-me sentir que a organização enfraquecida da pobre mulher podia sucumbir a semelhante choque. Eu estava parvo, e parvo sai quando a noite já adiantada me obrigou.

Aqui tens uma situação bem especial – uma das minhas diabólicas situações, em que o coração revive em toda a compaixão que as minhas próprias desgraças não têm podido desvanecer para com os outros. Isto é uma fatalidade de que não há partido a tirar. É-me impossível, já agora, ser meu. Há-de haver sempre em mim um pensamento bom que me escravize ao mal. Sou como aquele que mede a profundidade do abismo, e não tem a resolução de recuar...¹

O médico referido nesta mesma carta, era um amigo íntimo de Camilo, Joaquim José Ferreira, nascido em Coimbra, onde concluiu o curso em 1846, tomando pouco tempo depois o partido médico de Celorico de Basto. Em 1854, transferiu-se para o Porto, onde teve justa nomeada de habilíssimo clínico e de impudente namorador. De excessivo esmero no vestuário, era conhecido pelo Ferreira janota. As suas relações de amizade com Camilo Castelo Branco datam de 1849, o período frenético da boémia portuense. Joaquim José Ferreira foi testemunha de Camilo no processo de adultério (1861), exigindo, para depor, que a sessão fosse secreta. Nesse mesmo ano, pretendendo Camilo fazer uma cura na Casa de Saúde deste mesmo médico, como já acontecera de outras vezes, em carta de 29 de Janeiro dirigida a Joaquim Ferreira Moutinho, confidenciar-lhe-ia a suspeita da má disposição do Dr. Ferreira a seu respeito, pedindo a Joaquim Moutinho para sondar no sentido de conhecer os seus reais sentimentos.

¹ BARBOSA, Luiz Xavier – *Cem cartas de Camillo*, p. 17-18.

Como escreveria Maximiano Lemos, fazendo denotar alguma peculiar conflitualidade de Camilo para com o Dr. Ferreira, com ressalva deste incidente (talvez uma fantasia de Camilo), Joaquim José Ferreira manteve-se fiel à amizade cimentada nos delírios da juventude: em 1888 participou na conferência médica, realizada no Porto, sobre a preocupante saúde do escritor, com os colegas Ricardo Jorge, José de Andrade Gramaxo e Manuel Lopes Santiago, e em 1890 foi dos poucos que acompanhou o cadáver do infeliz amigo ao cemitério da Lapa¹.

Segundo Maximiano Lemos, durante a sua vida, Joaquim José Ferreira *manteve sempre as melhores relações com o grande romancista, mas este nunca teve em qualquer médico por muito tempo confiança*².

Terminaremos em dois registos que melhor poderão definir o desnorteamento da existência de Camilo e a doença que, “longe de lhe alimentar o génio, só lho mutilou e desfigurou, acabando por extingui-lo”:

*Camilo Castelo Branco foi um nevropata hereditário e ao desvio patológico da sua função nervosa devem atribuir-se os seus males físicos, as suas desigualdades de carácter – e o seu génio. A doença, causa primeira de todo o drama da sua vida, incompatibilizou-o com o meio e daí os ódios que concitou contra si no largo período de combate de quarenta anos, ódios que, ainda mal instintos, têm sido o maior entrave à realização da homenagem devida à memória do seu nome e ao mérito altíssimo da sua obra*³.

– escreveu Paulo Osório, em jeito de conclusão, ao seu “esboço de crítica”, sobre Camilo Castelo Branco.

Conclusões

Tornando o facto tão actual como à época, Miguel Bombarda ao afirmar que:

*o sofrimento, debaixo dos seus múltiplos aspectos – condições, modalidades, efeitos –, tem sido objecto de muitas e profundas análises. Mas onde os psicologistas têm parado é no estudo da acção que a dor, qualquer que seja a sua forma, vem a exercer sobre aqueles que lhe são menos espectadores. O lugar-comum de que a dor alheia move à própria dor e a bondade dum coração é aferida pelo seu compadecimento é, aos parece, o extremo limite até onde se tem ido neste campo que se ofereceu hoje à nossa consideração e que antevemos fértil em observações ilustrativas (...)*⁴, acaba por reforçar a ideia de que a acção do médico era, todavia, em estados desses tão altamente poderosa, que fazia lástima que andassem ao abandono tantos miseráveis, *que uma psicoterapia regrada, longe das brutalidades da sugestão teatral e do hipnotismo, poderia ressuscitar à*

¹ Cf. LEMOS, Maximiano – *Camilo e os médicos*, p. 294-305.

² Cit. Idem, *ibidem*, p. 303.

³ Cit. OSÓRIO, Paulo – *Camillo Castello Branco: Esboço de Crítica*, p. 149.

⁴ Cit. BOMBARDA, Miguel – “Psychologia de soffrimento... nos que não soffrem”. In, *A Medicina Contemporânea*, Anno XIII, N.º 28, Série II – Tomo VIII, 9 de Julho de 1905, p. 217.

felicidade da vida (...). É que não há uma base física que se possa apalpar, nem ao menos uma base que se figure como representação do espírito...¹.

Fontes e bibliografia

AZEVEDO, J. Lúcio de – *História dos Cristãos Novos Portugueses* (1921). 2.^a ed. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1975.

BARBOSA, Luiz Xavier – *Cem cartas de Camillo*. Lisboa: Portugal-Brasil Limitada Sociedade Editora, 1919.

JORGE, Ricardo – *Camilo Castelo Branco: Recordações e impressões-Camilo e António Aires*. Lisboa: Editorial Minerva, s/d.

LEITÃO, Joaquim – *Genio da desgraça*. Lisboa: Ottosgráfica, 1925.

NORTON, Luís – *Doze Cartas Inéditas de Camilo Castelo Branco*. Lisboa: Portugália Editora, 1964.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e Manuel Curado, pelo incentivo. Ao Médico Psiquiatra Adrián Gramary, companheiro de Jornadas, pela forma como se prontificou em nos disponibilizar o acesso, para consulta, ao Processo Clínico – *Caderno de Admissão* de Jorge Castelo Branco, 1.^a Secção (Homens), N.º 705, 1886-1887, existente no Arquivo do “Hospital do Conde de Ferreira – SCMP”, onde, à data, era seu director.

¹ Cit. Idem, *ibidem*.

HIGIENISMO E ALIENISMO NA OBRA DE JÚLIO DINIS

Luís Timóteo Ferreira

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra

Professor do Ensino Básico

Email:timoteo.ferreira@live.madeira-edu.pt

Palavras-chave: Júlio Dinis, higienismo, alienismo, medicina, literatura

Keywords: Júlio Dinis, sanitarianism, alienism, medicine, literature

Resumo

A despeito das contínuas reedições e adaptações ao teatro, cinema e televisão, ao longo de mais de um século, a obra de Júlio Dinis tem permanecido secundarizada, ou mesmo esquecida, desde o currículo escolar até aos estudos literários, culturais e históricos. O que se pretende neste artigo é relevar a influência e a transparência de concepções médicas na obra de Júlio Dinis, uma releitura da sua obra em complementaridade ao que já foi, em tempos, escrito sobre o autor. De forma propedêutica, sustentar-se-á que a construção das personagens e da acção das suas narrativas, para além de revelarem as características de um imaginário literário da medicina, constituem uma decisão racional, próxima a uma teoria da criação literária, de transposição estética de concepções médicas de cariz higienista e alienista. Esta transposição, não sendo mecânica, é crucial para uma compreensão alargada do pensamento do escritor e do médico.

Abstract

Despite of the continuing reprints and media adaptations (theatre, film and television) for over a century, the work of Júlio Dinis has remained forgotten, or at least with secondary importance, since the school curriculum up to literary, cultural and historical studies. What is intended in this paper is to trace the influence and the transparency of medical concepts in his work, a new reading in complementarity to what has been written about Júlio Dinis. In this propaedeutic essay, it will be sustained that the construction of the personages and the action of Júlio Dinis narratives, in addition to reveal the characteristics of a literary imaginary of medicine, constitute a rational decision, next to a theory of literary creation, of aesthetic transposition of medical conceptions based on hygienist and alienist theories. This transposition, by no means mechanical, is crucial for a broad understanding of the physician writer thought.

Introdução

Introdução

Procurar-se-á situar esta análise exploratória da influência do higienismo e alienismo na obra de Júlio Dinis na sua relação de complementaridade com os estudos e ensaios conhecidos. A possibilidade interpretativa que Fernando Catroga admitiu para uma nova abordagem do pensamento de Antero de Quental é aqui reivindicada para Júlio Dinis: “existe uma boa regra epistemológica que ensina ser tão válido dizer algo de novo em relação ao que estava inédito, como ousar propor novas leituras acerca do

que se julga sobejamente conhecido.”¹. Procurar-se-á demonstrar que a construção das personagens e da acção narrativa de Júlio Dinis constituem uma decisão racional de transposição estética de concepções médicas dos *corpora* de conhecimentos higienistas e alienistas. Esta matriz não invalida outras leituras; no entanto, é ela que irá complementar e alargar a compreensão da ideologia do autor.

O problema da relação entre literatura e medicina

Não é minha intenção fazer qualquer tentativa de reabilitação da obra de Júlio Dinis, pseudónimo do médico portuense Joaquim Guilherme Gomes Coelho, apesar da constatação da sua secundarização na cultura portuguesa. A mais recente referência ao esquecimento a que é votada a sua obra foi feita por Vasco Pulido Valente, numa crónica do *Público*², no contexto da crítica dos nossos intelectuais oitocentistas ao clientelismo político. Na verdade, pode até parecer contraditório e exagerado falar em esquecimento já que existem iniciativas culturais³ e alguma produção académica, todavia pouca, que se têm debruçado sobre a sua obra. Curiosamente, desde o início do séc. XX, quando Egas Moniz⁴ escreveu a biografia de Gomes Coelho, muito pouco foi dito sobre o tema, como se a exiguidade dos textos do médico, reduzida praticamente à dissertação inaugural e aos temas da prova de concurso para a Escola Médico-Cirúrgica do Porto, justificasse a pouca importância que, eventualmente, pudesse ser dada às ideias médicas do escritor. São esparsas e antigas as referências à medicina⁵, ou às ciências a ela ligadas, ou ao seu contexto romântico e pré-pasteuriano, ou ainda à influência do positivismo na obra de Júlio Dinis. Estas referências, embora relevantes do ponto de vista de um imaginário literário da medicina⁶, circunscreveram-se a aspectos pontuais e pouco integradores para uma compreensão mais alargada. Isso, talvez, tenha contribuído para a ideia generalizada de que Júlio Dinis fora *quase* um realista, *quase* um naturalista, um *escritor de charneira* entre o romantismo e o realismo; e que Maria Lúcia Lepecki nele tenha visto a “fusão romântico-realista”⁷.

Não tendo a pretensão de resolver questões de delimitação dos estilos literários, creio ser imprescindível recolocar o problema da relação entre medicina e literatura para uma melhor compreensão do significado da sua obra literária e do seu pensamento médico. Algo que é semelhante a recolocar o problema da compreensão do fenómeno ideológico individual como lugar de tensão entre vários discursos, onde o discurso científico, no caso em apreço, tem sido claramente negligenciado. Uma nova ou

¹ CATROGA, Fernando – *Antero de Quental. História, Socialismo, Política*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

² <https://www.publico.pt/2016/02/28/politica/noticia/uma-tradicao-nacional-1724626>

³ Em 2016 decorreu o *IV Encontro Dinisiano* promovido pela Câmara Municipal de Ovar e existe um *Museu Júlio Dinis – Uma Casa Ovarense* na mesma cidade onde estanciou o escritor.

⁴ MONIZ, Egas – *Júlio Denis e a sua Obra*. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.

⁵ Cf. LEMOS, Maximiano – *Gomes Coelho e os médicos*. Porto Tip. a vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1922; PINA, Luís de – A medicina na obra de Júlio Dinis. *Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto*. Vol. 2. n.º 4 (1939). pp. 1-35; e NETO, Aníbal Rego Vilas-Boas – Júlio Dinis e a deontologia médica. *A Medicina Contemporânea*. Vol. 52. (1940). pp. 3-12.

⁶ Cf. REIS, Carlos – “Nada de sustos: representações literárias da ciência e da Medicina.” In PEREIRA, Ana Leonor and PITA, João Rui – *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

⁷ LEPECKI, Maria Lúcia – *Romantismo e Realismo na obra de Júlio Dinis*. Lisboa: Instituto de Cultura Portuguesa, 1979. p. 16.

renovada assunção de que a obra literária de Júlio Dinis é sobredeterminada pelas ideias higienistas e alienistas não significa negar muitas das anteriores conclusões, seguramente consensuais, mas antes assumir que estas ficariam incompletas se não integrassem aquelas, numa causalidade multi-referencial que em nada diminui a especificidade da criação estética.

O lugar de Júlio Dinis na cultura portuguesa

A obra de David Justino sobre a cultura portuguesa sob o Fontismo, a mais recente obra de um renomado académico a dedicar um capítulo sobre Júlio Dinis, tem como principal hipótese de trabalho “o papel decisivo da ideologia e das estratégias de ação política que configuram o conceito de projeto, enquanto conjunto coerente e sistematizado de opções orientado para um propósito coletivo”¹. Inserindo Júlio Dinis nos críticos românticos à modernidade e ao capitalismo, à ideologia liberal e ao progresso, não deixa de o apontar como um autor de transição. Na verdade, David Justino segue de perto as análises de Sousa Viterbo² – por exemplo, a ideia de que Júlio Dinis fora um pintor da realidade e não um fotógrafo – e de José-Augusto França³, retendo basicamente a oposição cidade-campo como o ponto central da ideologia e mitologia pessoais de Júlio Dinis. A sua preocupação é equacionar os matizes da crítica ao liberalismo e ao progresso presentes na obra dinisiana e os projectos de regeneração do país que o lado positivo daquela crítica a literatura recriava. Nada obsta a que assim se releve mais uma das interfaces entre a literatura e a sociedade. No entanto, o passo que David Justino dá ao relacionar um projecto regenerador social, reinventado literariamente, com a estrutura narrativa e temática de oposição cidade-campo, com a doença de Henrique de *A Morgadinha* e com a própria doença de Gomes Coelho, falha ao ignorar a matriz propriamente médica da questão:

“O ideal do progresso pelo regresso à terra, pela instrução e pelo respeito da tradição, concretizava-se assim na felicidade reencontrada dos principais personagens. A terra era o verdadeiro pilar regenerador. Tê-lo-á sido na «cura» de Henrique (...) Entre a ficção e a realidade, é difícil não pensar que era esse ideal que Júlio Dinis ansiava para o seu país.”

Se Gomes Coelho procurou a tranquilidade provinciana de Ovar e da Madeira, e se aceitarmos que a criação literária tem de radicar, ainda que não exclusivamente, em autênticas convicções ideológicas e vivências pessoais, então não seria despiciendo conjecturar a respeito das ideias médicas, higienistas e alienistas, que estariam implicadas neste contexto discursivo, não como curiosidade biográfica ou literária, mas como enunciados estruturantes de uma ideologia e mitologia pessoais.

A análise que José-Augusto França faz da obra de Júlio Dinis é mais completa e aprofundada e, provavelmente, a mais abalizada em termos historiográficos; muito

¹ JUSTINO, David – *Fontismo: Liberalismo numa Sociedade Iliberal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2016. 9789722059343

² VITERBO, Sousa – "Palavras Preliminares." In DINIZ, Júlio – *Inéditos e Esparsos*. Lisboa: Typ. A Editora, 1910.

³ FRANÇA, José-Augusto – *O Romantismo em Portugal. Estudo de factos socioculturais*. 2ª ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1993.

embora entre 1974, data da primeira edição, e 1993, data da segunda, praticamente nada parece ter sido acrescentado. Antes, encontramos um brevíssimo, porém significativo, estudo de António José Saraiva¹, um artigo de Liberto Cruz² e um estudo de maior fôlego de Irwin Stern³. Entre as duas edições, contam-se três pequenos estudos, de Jacinto Prado Coelho⁴, de Óscar Lopes⁵ e de Isabel Pires de Lima⁶; dois estudos de relevo, de Maria Lúcia Lepecki⁷ e de Maria Lúcia Marchon⁸. Entre o final da década de 90 do séc. XX até hoje, contam-se apenas duas obras⁹ de abrangência limitada e seis teses de doutoramento. As perspectivas dos médicos sobre a obra de Júlio Dinis são bastante mais antigas, remontando à primeira metade do séc. XX.

Pode dizer-se, sem que se incorra numa generalização redutora, que as obras referenciadas, para além das questões literárias mais específicas, como a estrutura dramática ou a técnica narrativa por exemplo, sempre que procuraram fazer uma abordagem mais abrangente da obra de Júlio Dinis e relacioná-la com as grandes coordenadas do seu tempo, não se afastaram muito dos temas já abordados por José-Augusto França, pese embora a qualidade analítica e de aprofundamento da obra de Maria Luísa Lepecki que, dentre todas, deve ser destacada. Os principais eixos temáticos sobre os quais se desenvolveram a maior parte das análises são a oposição cidade-campo ou o ruralismo e bucolismo das narrativas e, a partir daí, o modelo de regeneração económica do país através da propriedade rural e da agricultura; a construção idealizada, e tendentes ao bem, das personagens, sobretudo as personagens femininas, elaboradas como modelos de mulher-filha-esposa-mãe e protagonistas do tema do amor, do casamento e dos finais felizes¹⁰; a observação dos costumes e da psicologia individual e social a partir de narradores omniscientes que, aliada à uma técnica narrativa distinta da dos românticos, inaugurava “o primeiro romance da vida urbana portuguesa contemporânea”¹¹; o tema da equidistância da obra de Júlio Dinis em relação ao romantismo, por um lado, e ao realismo e naturalismo, por outro.

Causa alguma surpresa o facto de que nenhum destes textos tenha ido além de referências meramente pontuais à medicina e apenas indexadores da profissão e formação de Gomes Coelho. Refutando os indícios sugeridos por Egas Moniz – e

¹ SARAIVA, António José – "Júlio Dinis e a Introdução do Romance Moderno em Portugal." In SARAIVA, António José – *História da Literatura Portuguesa I - Das Origens ao Romantismo*. Lisboa: Editorial Estúdios Cor, 1966.

² CRUZ, Liberto – Júlio Dinis e o sentido social da sua obra. *Colóquio/Letras*. n.º 7 (1972). pp. 31-39.

³ STERN, Irwin – *Júlio Dinis e o Romance Português (1860 - 1870)*. Porto: Lello & Irmão, 1972.

⁴ COELHO, Jacinto do Prado – "O monólogo interior em Júlio Dinis." In COELHO, Jacinto do Prado – *A Letra e o Leitor*. Lisboa: Moraes, 1977.

⁵ LOPES, Óscar – "A crítica inintencional em Júlio Dinis." In LOPES, Óscar – *Cifras do tempo*. Lisboa: Caminho, 1990.

⁶ LIMA, Isabel Pires de – Júlio Dinis: o 'romance rosa' moderno. *O Tripeiro*. Vol. VIII. n.º 11-12 (1986). pp. 322-329.

⁷ LEPECKI, Maria Lúcia – *ob.cit.*

⁸ MARCHON, Maria Lúcia Diana de Araújo – *A arte de contar em Júlio Dinis: alguns aspectos da sua técnica narrativa*. Coimbra: Livraria Almedina, 1980.

⁹ CHAVES, Maria Adelaide Godinho Arala – *Júlio Dinis - um Diário em Ovar 1863-1866*. Porto: Campo das Letras, 1998; CARVALHO, Joaquim Jorge – *Júlio Dinis - As Pupilas do Senhor Escritor*. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2016.

¹⁰ Por exemplo: Berta e Jorge (*Os Fidalgos*), Margarida e Daniel, Clara e Pedro (*As Pupilas*), Cristina e Henrique, Madalena e Augusto (*A Morgadinha*), Cecília e Carlos (*Uma Família*).

¹¹ STERN, Irwin – *ob.cit.* p. 143.

repetido por outros – de um Júlio Dinis psicanalista *avant la lettre*, José-Augusto França não problematiza, para outros temas, a sua formação científica: “É sem dúvida uma perspectiva que a cultura médica do autor autoriza mas que não é fundada em provas – e nada nos seus cadernos ou cartas o deixa supor”¹. Qual, então, a cultura médica de Gomes Coelho que nos autorizaria ver plasmados na sua obra literária os elementos especificamente médicos, higienistas e alienistas? Na verdade, os estudos sobre Júlio Dinis nunca foram capazes de destacar esta cultura médica e de fazer a ponte entre ciência, ideologia e literatura.

Higienismo e alienismo em Júlio Dinis

Luís de Pina, professor da Faculdade de Medicina do Porto e autor de alguns trabalhos históricos sobre a ciência médica, afirmou que Júlio Dinis “foi um higienista, não só moral, mas geral”². Pode aceitar-se, com a complacência que a exiguidade deste ensaio implica, que o que se entende por higienismo, já no contexto pré-pasteuriano, incide na esperança de saúde física pessoal e colectiva; e que o que se entende por alienismo incide no controlo de uma ideia de normalidade mental e moral dos indivíduos. Um e outro articulam-se numa vigilância sobre a cidade na sua dimensão sanitária e comportamental. Um e outro radicam as suas utopias preventivas e terapêuticas na matriz iluminista de educação universal do povo e de responsabilidade social do Estado.

Como é sobejamente sabido, em Portugal, o património intelectual do alienismo esteve durante largos anos institucionalmente unido ao do higienismo nas escolas médicas. Gomes Coelho, professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto desde 8 de Agosto de 1865, após o terceiro concurso, substituiu, em Maio de 1867, o insigne José Frutuoso Aires de Gouveia Osório, primeiro lente proprietário da 11ª cadeira, Higiene Pública e Medicina Legal, disciplina criada pela carta de lei de 26 de maio de 1863. Nesse mesmo ano fez parte do júri de Medicina Legal com José Frutuoso e José de Andrade Gramacho³. Que o seu conhecimento não adveio apenas das responsabilidades académicas, prova-o a sua dissertação inaugural⁴, defendida sob a presidência de António Ferreira de Macedo Pinto, lente da antiga 8ª cadeira (clínica médica, medicina legal e higiene pública) e irmão de José Ferreira de Macedo Pinto, lente de medicina legal, higiene pública e polícia médica na Universidade de Coimbra.

Esta genealogia intelectual pode não ser suficiente para demonstrar o interesse de Gomes Coelho pela higiene pública e medicina legal. Porém, no seu primeiro romance a ser escrito⁵, *Uma Família Inglesa*, o narrador invocava o “douto Feuchtersleben” para caracterizar o pessimismo, o mau humor, a misantropia, a hipocondria, a atrábilis, as digestões difíceis, de Mr. Morlays, amigo e convidado de

¹ FRANÇA, José-Augusto – *ob.cit.* p. 427.

² PINA, Luís de – *ob.cit.* p. 5.

³ MONIZ, Egas – *ob.cit.* p. 48.

⁴ COELHO, Joaquim Guilherme Gomes – *Da importancia dos estudos meteorologicos para a medicina e especialmente de suas applicações ao ramo operatorio*. Porto: Typographia de Sebastião José Pereira, 1861.

⁵ A cronologia da publicação das suas obras é a seguinte: *As Pupilas do Senhor Reitor* (1867), *Uma Família Inglesa* (1868), *A Morgadinha dos Canaviais* (1868), *Os Fidalgos da Casa Mourisca* (1871); *Serões da Província* (1870), *Poesias* (1874), *Inéditos e Esparços* (1910), *três volumes de Teatro Inédito* (Vol. I, 1946; vols. II e III, 1947), *Cartas e Esboços Literários* (1947).

Mr. Richard Whitestone. É de notar a forma autêntica como refere o hoje esquecido psiquiatra austríaco¹. Feuchtersleben foi autor de uma das obras das mais editadas e de maior sucesso na Europa e na América: *Zur Diätetik der Seele* (1838), *On Diethetics of the Soul* (1852), *Hygiène de l'âme, hygiène morale* (1853), *Hygiene da Alma* (1873, tradução de Ramalho Ortigão). Feuchtersleben escreveu também *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde* (1945), *The Principles of Medical Psychology* (1847), obra que representa um ponto de chegada da psiquiatria alemã do romantismo e que procurará manter uma difícil unidade entre mente e corpo que o final do século fará pender para o organicismo².

Carlos Whitestone é a primeira das personagens dos romances de Júlio Dinis que, embora não na situação de doença (hipocondria) em que se encontra Henrique de Souselas (*A Morgadinha*), revela um desequilíbrio moral e comportamental como Daniel (*As Pupilas*), que é médico, e do melancólico Jorge (*Os Fidalgos*), embora o estado de doença neste romance seja sobretudo representado pelo velho D. Luís e os seus preconceitos. Estas situações de desequilíbrio criadas por Júlio Dinis estão presentes noutras personagens: Cecília e o pai, Manuel Quintino (*Uma Família*); Clara (*As Pupilas*); Ermelinda, Augusto e até Madalena (*A Morgadinha*). Em *Uma Família Inglesa* asseverava: “Os fenómenos de equilíbrio moral parece obedecerem a leis comparáveis às do equilíbrio físico”. Se em algumas, Ermelinda, por exemplo, o desequilíbrio provocado pela religiosidade ultramontana das beatas e dos missionários encontrava terreno fértil numa jovem que “era de uma organização nervosa”, noutras, as principais, o desequilíbrio da doença advinha dos hábitos citadinos, dos desgostos sentimentais e da imaginação. Henrique, Daniel, Carlos e Maurício, todas estas personagens, levadas pelas suas ídoles apaixonadas, cometem leviandades e imprudências a ponto de caírem doentes ou a ponto de “perderem” as suas enamoradas; retratam-se sob influência de situações-limite que exercem sobre os seus caracteres uma influência moralizante; enfim, encontram a felicidade e o amor em ligações afectivas acertadas, constituindo família. Não estaremos muito longe da verdade se afirmarmos ser esta a estrutura fundamental das principais obras de Júlio Dinis. Paixão e imaginação desregradas ou excessivas, padecimentos morais e até físicos, regeneração individual, amor, casamento, felicidade e vida no campo – é sobre este eixo que estas histórias se desenrolam.

É surpreendente como terá passado despercebido aos estudiosos da obra de Júlio Dinis o léxico (Fig. 1) por ele utilizado para caracterizar todas as situações de doença ou desequilíbrio, como também muitas outras, quando se sabe – a crer em Egas Moniz, que analisou muitos dos seus manuscritos – que revia exaustivamente os seus textos e pouco deixava ao acaso³. Seria esclarecedora uma exploração consistente do léxico dinisiano, não tanto pela frequência observada (dado quantitativo), mas antes pela co-ocorrência e, sobretudo, pela significância da sua utilização mesmo com baixa frequência (dado qualitativo). Um exemplo do primeiro caso seriam os termos

¹ BURNS, Charles L. C. – A Forgotten Psychiatrist - Baron Ernst von Feuchtersleben, M.D., 1833. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. 47. n.º 3 (1954). pp. 190-194.

² MARX, Otto M. – German romantic psychiatry - Part 2. *History of Psychiatry*. Vol. 2. n.º 5 (1991). pp. 1-25.

³ MONIZ, Egas – *ob.cit.* p.92

imaginação, doença e loucura, usados com uma frequência muito alta; e do segundo, os termos *degeneração e alienação*.

	Uma Família Inglesa	As Pupilas do Senhor Reitor	A Morgadinha dos Canaviais	Os Fidalgos da Casa Mourisca	Serões da Província
ABSTRACÇÃO	3	3	2	7	3
ABSTRACTO	1	1	-	2	1
ABSTRAÍDO	-	-	1	-	-
ALIENAÇÃO	-	-	1	-	-
ALIENADO	-	-	-	-	1
ALIENAR	-	-	-	1	-
ALUCINAÇÃO	-	-	-	3	2
ALUCINADO	-	1	4	3	2
CARACTERES	12	5	10	11	7
DEGENERAR	4	1	7	2	2
DEGENERAÇÃO	1	-	1	-	-
DEGENERADO	-	-	-	-	1
DELÍRIO	2	3	5	4	7
DOENÇA	32	23	37	16	19
FISIONOMIA	16	7	20	10	27
FISIONOMICO	1	2	-	-	-
FISIOGNOMONICO	-	-	-	-	1
HIGIENE	1	-	-	-	3
HIGIENICO	-	-	2	-	3
HIPOCONDRIA	-	-	2	-	-
HIPOCONDRIACO	-	-	1	-	-
IMAGINAÇÃO	28	13	25	20	23
INSTINTO	6	10	22	31	16
INSTINTIVO	3	2	5	2	-
INSTINTIVAMENTE	3	6	13	7	2
LOUCO	9	8	16	12	7
LOUCURA	15	18	21	36	6
ENLOUQUECER	-	-	3	2	1
MANIA	-	1	17	3	3
MONOMANIA	-	1	1	-	-
MANIACO	1	-	-	-	-
MELANCOLIA	14	7	27	13	11
NERVOSO	7	10	6	12	5
NERVOS	1	2	2	1	4
SAÚDE	6	10	17	10	10
TEMPERAMENTO	3	2	3	4	3
VÍCIO	2	1	3	8	1
VICIOSO	-	-	-	5	-

Figura 1 – Frequência de léxico específico

Henrique (*A Morgadinha*) é um exemplo, embora único, de personagem que concentra a significância do léxico: aos vinte e sete anos, naquela "enlanguescedora vida da capital", apoderou-se dele "uma espécie de vácuo interior, um mal-estar, doença infalível nos celibatários sem família". A hipocondria "apoderou-se dele de corpo e alma"; achava-se "predestinado para a apoplexia e para a tísica, para o cancro e para a alienação". Um velho médico, "em vez de se rir dele", disse-lhe: "Homem! O senhor está realmente mal. Esse estado de imaginação não pode prolongar-se mais tempo, sem romper por aí alguma doença que o sacrifique". Seguindo os preceitos higiénicos do seu médico, Henrique parte para o campo, para uma aldeia próxima à Ermida da Nossa Senhora da Saúde onde se desenrolará o romance e a sua cura. Henrique possuía "hábitos de livre-pensador"; era vaidoso e temia o ridículo, "imaginava-se sempre num palco, diante de espectadores que o viam e aplaudiriam, se desempenhasse bem o papel de homem perfeito"; habituado às "etiquetas da civilização urbana", possuía um "instinto de perfeito homem de corte".

Alienismo e higienismo exploraram à exaustão um eixo discursivo que ordenava doença e civilização. Da grande discussão havida no século XIX sobre o papel do

progresso e da civilização no crescimento das doenças mentais, diz-nos Robert Castel¹ que se poderia citar praticamente todos os alienistas. Assim, duas coordenadas dos discursos higienistas e alienistas se cruzam: as doenças provocadas pela civilização – é o que diz a morgadinha sobre Henrique: “Os hábitos da civilização afeiçoam a seu modo a natureza humana e criam moléstias novas, que nem por isso são menos naturais.” –; e a necessidade de uma higiene moral e dos afectos que só a estabilidade da família, do casamento e da mulher poderiam garantir². É preciso não esquecer que Júlio Dinis prolongou a crítica de Herculano aos romances de costumes, traduzidos da e inspirados na literatura francesa, e que muitos revelavam aos seus olhos qualidades duvidosas e imoralidades que atingiam o novo público do liberalismo: as mulheres³. É o pseudónimo de Diana de Aveleda que mais revela esta preocupação com a educação moral das mulheres.

Higienismo e alienismo elaboraram os seus conceitos e práticas – higiene do meio e instituição carcerária, higiene moral e privada – no âmbito de uma medicina política que tomava em consideração as doenças como um fenómeno social e de civilização. Há transparência na obra literária de Júlio Dinis de um ideal higienista de saúde física e mental que invoca uma etiologia moral e afectiva (mas não exclusiva) das doenças. Este ideal higienista é fulcral na compreensão da sua ideologia, tendo influenciado a sua produção estética a partir da identificação de um mal-estar na arte e na literatura, estabelecendo a ligação de uma utopia de conservação da saúde e aperfeiçoamento moral do homem a um projecto de regeneração cultural e pedagógica que o romance popular seria o seu veículo.

António José Saraiva afirmara que “os enredos de Júlio Dinis exprimem quase sempre não só um problema de sentimentos, mas também de um ideal social”⁴. Este ideal social não pode ser compreendido sem o ideal médico, higienista e alienista. Da mesma forma, se a “oposição entre a cidade e o campo constitui o nó da ideologia de Júlio Dinis – ou melhor, da sua mitologia pessoal”⁵, como o afirmou José-Augusto França, ela não pode ser devidamente compreendida se não a enquadrarmos nas teorizações sobre o clima e a meteorologia que (ainda) constituíam à época ciência corrente. Se a idealização literária do campo radica numa ideologia que valoriza a agricultura e a propriedade rural, é quase incompreensível como mais de meio século de escritos médicos sobre o clima tenha passado ao largo dos estudos sobre a obra literária de um médico que escreveu a sua dissertação inaugural sobre a meteorologia médica. Ao contrário do que afirmou David Justino, que a “doença que o fez sair do Porto e mais tarde recolher-se na Madeira, fê-lo também descobrir e construir a visão idílica dos

¹ CASTEL, Robert – *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1977. pp.120-121.

² Sobre o papel da mulher e do casamento, ver FEDELI, Maria Ivone Pereira de Miranda – *A mão que balança o berço. Funções do feminino em Júlio Dinis*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas, 2007. Tese de Doutoramento; e SILVA, Ana Cláudia Boavida Salgueiro da – *O Romance Matrimonial. A representação do casamento na obra romanesca de Júlio Dinis*. Évora: Universidade de Évora, Instituto de Investigação e Formação Avançada, 2014. Tese de Doutoramento.

³ FRANÇA, José-Augusto – *ob.cit.* p. 234.

⁴ SARAIVA, António José – *Para a História da Cultura em Portugal*. 3ª ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 1972. p. 80.

⁵ FRANÇA, José-Augusto – *ob.cit.* p. 427.

pequenos meios de província”¹, tal foi na verdade obra da especulação racional sobre a terapêutica da doença. Esta dimensão terapêutica do campo, da moral, da mulher, do amor e da literatura, registre-se, é o que o faz não se ocupar dos males da sociedade, pois o seu interesse não é o diagnóstico – esse já está feito, os manuais alienistas e higienistas já o fizeram – mas sim a terapêutica.

Num conjunto de pequenos textos, inseridos em *Inéditos e Esparsos*, intitulado *Notas - Colhidas de um livro manuscrito*, transcreve esta passagem e Octave Feuillet: «"S'il y avait un lieu dans l'univers ou l'homme put n'avoir sous les yeux que l'aspect des grandes scènes de la nature et l'espectacle d'honnêtes gens, il serait difficile que son âme, si bouleversée qu'on la suppose, n'y recouvrât pas un peu de paix et de confiance"». E adiciona uma nota reveladora:

"O romancista convencido desta verdade, deve empregar o poder criador da sua imaginação em realizar esse lugar bem-aventurado, onde se possa passar mentalmente algum tempo da vida e colher parte dos benéficos frutos que tão ridente realidade prometeria. O autor das linhas citadas assim o faz e eu conheço, por experiência, o efeito salutar dos seus livros."

O lugar ameno, o *locus amoenus*², seja físico ou literário, é uma higiene moral e mental e uma higiene do amor. Foram precisamente estes os aspectos valorizados pelos contemporâneos de Júlio Dinis – e muito para além deles. Como historiador, precavendo-se dos riscos do presentismo e do anacronismo, trata-se de compreender uma criação literária do passado, cujo contexto já nos escapa, a partir das noções e categorias de interpretação coevas, que é o que faz sentido na busca da genealogia dos conceitos e da semântica histórica.

Conclusão

Uma breve revisão dos estudos e recentes e passados permitiu introduzir os grandes temas da obra dinisiana por forma a demonstrar, ou sugerir, que a perspectiva agora avançada não invalida, antes complementa, o que tem sido escrito. É imperioso fazer um levantamento definitivo da presença de concepções médicas na obra de Júlio Dinis. Só a partir deste levantamento será possível evidenciar um imaginário literário da medicina que não se limita a ser captado apenas na crítica à medicina ou na ilustração das relações de poder entre práticas científicas e outras pseudocientíficas – o que foi o catalisador das análises da personagem *João Semana* –, mas que pode revelar uma decisão racional de transposição estética de concepções ideológicas e científicas. Suspeito que de uma tal abordagem sairá uma imagem menos romântica e quiçá mais realista e naturalista de Júlio Dinis, ao menos quanto à influência do discurso científico sobre a produção literária.

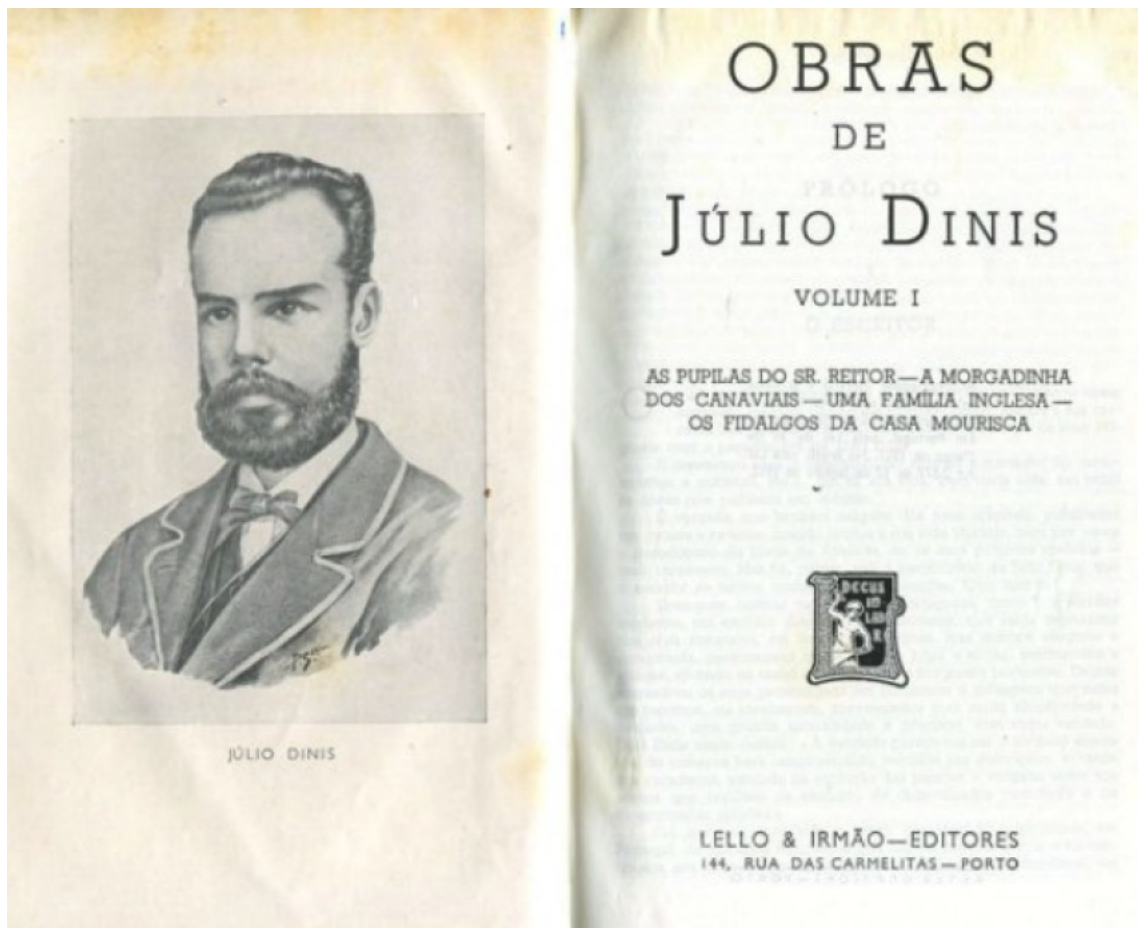
¹ JUSTINO, David – *ob.cit.* p.191.

² VICENTE, Fernanda Monteiro – *O Locus Amoenus na produção narrativa de Júlio Dinis*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Línguas e Cultura, 2011. Tese de Doutoramento.

Referências bibliográficas

- BURNS, Charles L. C. – "A Forgotten Psychiatrist - Baron Ernst von Feuchtersleben, M.D., 1833." *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. 47. n.º 3 (1954). pp. 190-194.
- CARVALHO, Joaquim Jorge – *Júlio Dinis - As Pupilas do Senhor Escritor*. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2016.
- CASTEL, Robert – *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1977.
- CATROGA, Fernando – *Antero de Quental. História, Socialismo, Política*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.
- CHAVES, Maria Adelaide Godinho Arala – *Júlio Dinis - um Diário em Ovar 1863-1866*. Porto: Campo das Letras, 1998.
- COELHO, Jacinto do Prado – "O monólogo interior em Júlio Dinis." In COELHO, Jacinto do Prado – *A Letra e o Leitor*. Lisboa: Moraes, 1977. pp. 125-137.
- COELHO, Joaquim Guilherme Gomes – *Da importancia dos estudos meteorologicos para a medicina e especialmente de suas applicações ao ramo operatorio*. Porto: Typographia de Sebastião José Pereira, 1861.
- CRUZ, Liberto – "Júlio Dinis e o sentido social da sua obra." *Colóquio/ Letras*. n.º 7 (1972). pp. 31-39.
- DINIS, Júlio – *Obras Completas de Júlio Dinis*. Porto: Lello Editores, 1990.
- FEDELI, Maria Ivone Pereira de Miranda – *A mão que balança o berço. Funções do feminino em Júlio Dinis*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas, 2007. Tese de Doutoramento.
- FRANÇA, José-Augusto – *O Romantismo em Portugal. Estudo de factos socioculturais*. 2ª ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1993.
- JUSTINO, David – *Fontismo: Liberalismo numa Sociedade Iliberal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2016.
- LEMONS, Maximiano – *Gomes Coelho e os medicos*. Porto Tip. a vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1922.
- LEPECKI, Maria Lúcia – *Romantismo e Realismo na obra de Júlio Dinis*. Lisboa: Instituto de Cultura Portuguesa, 1979.
- LIMA, Isabel Pires de – "Júlio Dinis: o 'romance rosa' moderno." *O Tripeiro*. Vol. VIII. n.º 11-12 (1986). pp. 322-329.
- LOPES, Óscar – "A crítica inintencional em Júlio Dinis." In LOPES, Óscar – *Cifras do tempo*. Lisboa: Caminho, 1990. pp. 35-50.
- MARCHON, Maria Livia Diana de Araújo – *A arte de contar em Júlio Dinis: alguns aspectos da sua técnica narrativa*. Coimbra: Livraria Almedina, 1980.
- MARX, Otto M. – "German romantic psychiatry - Part 2." *History of Psychiatry*. Vol. 2. n.º 5 (1991). pp. 1-25.

- MONIZ, Egas – *Júlio Dinis e a sua Obra*. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.
- NETO, Aníbal Rego Vilas-Boas – "Júlio Dinis e a deontologia médica." *A Medicina Contemporânea*. Vol. 52. (1940). pp. 3-12.
- PINA, Luís de – "A medicina na obra de Júlio Dinis." *Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto*. Vol. 2. n.º 4 (1939). pp. 1-35.
- REIS, Carlos – "Nada de sustos: representações literárias da ciência e da Medicina." In PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.
- SARAIVA, António José – "Júlio Dinis e a Introdução do Romance Moderno em Portugal." In SARAIVA, António José – *História da Literatura Portuguesa I - Das Origens ao Romantismo*. Lisboa: Editorial Estúdios Cor, 1966. pp. 190-192.
- SARAIVA, António José – *Para a História da Cultura em Portugal*. 3ª ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 1972.
- SILVA, Ana Cláudia Boavida Salgueiro da – *O Romance Matrimonial. A representação do casamento na obra romanesca de Júlio Dinis*. Évora: Universidade de Évora, Instituto de Investigação e Formação Avançada, 2014. Tese de Doutoramento.
- STERN, Irwin – *Júlio Dinis e o Romance Português (1860 - 1870)*. Porto: Lello & Irmão, 1972.
- VICENTE, Fernanda Monteiro – *O Locus Amoenus na produção narrativa de Júlio Dinis*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Línguas e Cultura, 2011. Tese de Doutoramento.
- VITERBO, Sousa – "Palavras Preliminares." In DINIZ, Júlio – *Inéditos e Esparsos*. Lisboa: Typ. A Editora, 1910.



Folha de rosto de uma edição das obras de Júlio Dinis
(figura inserida pelos editores)

VIAGEM Á LOUCURA POPULAR DA GALIZA (E LATINOAMÉRICA)

M^a.J. Louzao Martinez^{1*}; M. Piñeiro Fraga^{2};
M.A. Miguelez Silva^{2*}; T. Angosto Saura^{3*}**

¹City mottagningen. Psykiatriska kliniken i Norrköping. Suecia

²SERGAS-Vigo, España

³Hospital Vithas N^aS^a de Fátima, Vigo, España

* Médico Psiquiatra; **Enfermera especialista en Salud Menta

Email: jolouzao@gmail.com; marpifra@hotmail.com; miguelang333@hotmail.com; tas@jet.es

Resumen

Este trabajo se basa en el estudio de lo que denominamos “locos populares”, es decir aquellos personajes que han tenido una gran aceptación popular a pesar de que han exhibido conductas extravagantes y desadaptativas probablemente motivadas por una posible enfermedad mental. Estudiamos sus biografías y los rasgos comunes, realizamos un intento de comprender las causas que han podido influir en su conducta y sobre todo las características de la comunidad en la que vivieron y que ha favorecido su buena aceptación social. Nos hemos centrado fundamentalmente en casos de Galicia que vivieron en la misma época en ciudades muy distintas y distantes entre sí. Realizaremos además una descripción comparativa con casos de otros países de los que hemos tenido noticia.

Abstract

The following work is based on the study of what we call “socially accepted mad people“, meaning those characters who have had a great acceptance in their communities despite the fact that they have shown maladaptive and bizarre behaviours, probably due to a mental illness. We study their biographies and the common traits among them. We try to understand the causes that might have influenced their behaviour. Now we intend to delve into which characteristics in their society have favoured their social adaptation. The study is mainly focused in cases that have coexisted in time in different and distant cities in Galicia. Similar cases from other countries will also be taken into account with the scope of making a comparative description.

“E, já se sabe, numa comarca que se preze, sempre há um louco o uma louca, e se não os há houve-os, que se são furiosos dão aviso dos tremendos impetus sem norte que murmuram e oscilam lá pelos contornos do sossego da alma, para que às vezes possam pôr-lhe cerco e ainda mandar espías, com muito lindo traje por dentro dos seus muros” Rafael Dieste (1899 – 1981). Fragmento de “La Asegurada” em *Histórias e Invenções* de Felix Muriel, (1943)

Introducción

Queremos presentar parte de un trabajo que estamos realizando sobre la aceptación popular de la locura. Nuestra intención es ir recogiendo casos de todas las regiones y países con el fin de evaluar que factores intervienen para que un determinado paciente haya acabado en un manicomio de por vida o bien durante un tiempo corto, pero reiteradamente, en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y, sin embargo,

existen otros casos que se les permite permanecer en la comunidad más o menos integrado y aceptado, a pesar de presentar conductas disruptivas de diferente gravedad. Nuestra pregunta es:

- 1.¿Qué características debe tener una comunidad para aceptar una persona con conductas tan insólitas como las que vamos a describir hoy?
- 2.Y que características sintomatológicas debe tener un paciente para ser aceptado en su locura por la comunidad?.

Sabemos que lo que llamamos comunidad no solo tiene que ver con el número de habitantes de un territorio, sino también con las relaciones sociales que existen entre ellos, el sistema de creencias y las normas sociales que las rigen, es decir cada comunidad va a tener algo singular que la distingue de otras, por lo que va a ser estrictamente necesario conocer el contexto en el que viven las personas para conocer que decisiones tomar en relación a su salud, como viven su propia enfermedad y la de los que les rodean.

Cada comunidad va a tener su propia cultura que tiene que ver con su propia visión del mundo que se ha transmitido a lo largo de Siglos. Esta cultura le va a proporcionar una forma distinta de analizar, como si fuera un especie de lente particular, a través de la cual va a interpretar los acontecimientos diarios, tanto de la salud como de la enfermedad, por ello toda intervención comunitaria debe tener un conocimiento adecuado de la compleja naturaleza de sus relaciones humanas creencias y estructura de la vida cotidiana.

Centrada en este análisis particular nació la Psiquiatría Comunitaria en los años 30, de esta nació la Psiquiatría social, de la unión entre la psiquiatría, la antropología y la sociología que pondría un énfasis especial en que el hombre es un ser en relación con otros. Es el auge de la obra de Ruth Benedict, M.Mead y Edward Sapir cuyo resumen para el tema que nos ocupa estaría en esta frase de R.Benedict:

“Cada cultura valora y privilegia ciertas conductas y tipos de personalidades. No se puede evaluar una cultura usando los estándares de otra. La cultura de cada pueblo es única y sólo puede ser comprendida desde sus propios términos. Señaló que cada cultura ejerce presión en sus miembros para conformar los patrones de la sociedad y tiende a premiar a quienes lo hacen”. Ruth Benedict. Patrones de la cultura, 1934

En nuestro artículo empleamos el término “loco” como un nombre genérico para la gama de personas que vamos a presentar y a las que de algún modo se las considera anormales o si se quiere estafalarias, dado que se salen de la norma de conducta habitual para su época. Pero no nos gusta esta palabra, “loco”, para hablar de ellos ya que como sabemos está cargada de connotaciones de exclusión social, aunque es la que emplean para definirlos sus coetáneos. Por otro lado no se nos ha ocurrido otra distinta que proporcione la dimensión social de los problemas mentales, no obstante albergamos el deseo de que se entienda que no es utilizada con un sentido peyorativo ni ofensivo.

Características de la muestra:

- 1.*Personas con conducta pública llamativa fundamentalmente callejeros.*
- 2.*Deben presentar algún tipo de cuadro delirante o conducta susceptible de ser*

interpretada como congruente con un delirio.

3.No déficit intelectual manifiesto.

4.Los medios de información se han mostrado interesados en los casos.

En la mayoría de los casos que vamos a presentar creemos que existe **una relación peculiar** entre ellos y su época ya que su conducta podría haber provocado un ingreso o al menos una intervención social punitiva, que sin embargo esta relación ha evitado; muy pocos estuvieron a tratamiento psiquiátrico o llegaron a ingresar en un hospital en el apogeo de su fama, de lo que se deduce una buena aceptación social. En este sentido nos surge la duda:

¿Es una cuestión de tolerancia, por la que la sociedad acepta realmente la libertad de estas personas incluyéndolos en su día a día o se trata de una marginación encubierta en la que los deja vagabundear sin llegar a incluirlos socialmente o proponerse ayudarlos?.

Todos los casos fueron protagonistas de las vidas cotidianas de sus lugares de residencia, relacionándose en menor o mayor medida con el resto de sus coetáneos, aunque siempre a su manera. La mayoría expresaba ideación delirante de grandeza a pesar de vivir pobremente. Todos tenían una relación altruista con el dinero, no ejerciendo la mendicidad y solo aceptando la ayuda de los otros a cambio de algo. Eran respetados y hasta a veces ayudados puntualmente pero: ¿Estamos ante una relación entre iguales o un trato basado en la caridad y/o discriminatorio? ¿Es mejor el recuerdo que se le dispensa hoy en día que el trato que recibieron entonces? ¿Fueron capaces de respetarlos como seres humanos diferentes o los consideraron diferentes simplemente por su extravagancia?. De muchos de ellos se hicieron reportajes e incluso tienen representaciones callejeras en las ciudades y ahora son personajes de los cuales los ciudadanos se sienten orgullosos al descubrir alguna parte de su vida anterior o su problemática.

Nosotros hoy vamos a presentar un grupo de personajes que han vivido o han tenido relación con Galicia. Hemos encontrado otros, fundamentalmente de Latinoamérica, la mayoría mujeres gracias a amigos de esos países.

La fascinación por algunos casos de locura ha existido en todas las épocas sobre todo en los novelistas. Miguel de Cervantes no solo elige la locura de D. Quijote para fustigar las lacras morales de su tiempo sino que se interesa por muchos aspectos de la expresión de la locura como sucede en “*El licenciado vidriera*”, donde encontraremos un auténtico alegato contra el estigma de la locura.

Siguiendo esta línea hemos investigado locos populares que han sido reflejados en la literatura de autores gallegos más actuales pero que, hasta donde sabemos, no han sido reales. Algunos novelistas gallegos han plasmado en sus obras personajes estrafalarios en el que podemos detectar una enfermedad mental diagnosticable, aunque, en la mayoría de los casos, no se habla de una enfermedad mental concreta.

En una revisión no exhaustiva hemos escogido de las obras de escritores gallegos los siguientes:

Casos Literarios:

Paquito “el relojero”

Talvez el loco popular gallego literario más famoso, mejor descrito y sobre todo un personaje relevante en la Trilogía de Gonzalo Torrente Ballester “*Los Gozos y las Sombras*”

Tiene cerca de 50 años. Es quien afina los pianos que hay en el pueblo y aunque está loco, tiene la mejor memoria del pueblo; recuerda con precisión de horas todas las fechas exactas. También tiene una gran habilidad mecánica. Es una víctima más de Cayetano el cacique de Pueblanueva lugar donde transcurre la novela. En una escena de la novela el cacique quiere curarlo y Paquito responde que tiene derecho a estar loco. Estuvo ingresado en el Manicomio de Conxo pero fueron a buscarlo porque allí se moría, aunque el médico dijo que se le podía curar. Para curarlo el personaje central de la novela, Carlos Deza, que es Psiquiatra, le prohíbe beber y recomienda a la población: “*es necesario que todos ustedes se olviden de que está loco y le traten como a una persona normal*”.

En un alegato sobre la homeostasis que provoca su locura responde Paquito:

-¿Qué vais a hacer sin mí? ¿A quién vais a pegar cuando tenéis ganas de pegar? Y a usted, Cayetano, ¿quién le va a llevar los recados a sus queridas? ¿Y quién va a componeros los relojes por dos cuartos? ¿Y quién os dirá los discursos de Azaña de memoria? ¡Los niños no tendrán a quién apedrear cuando estoy borracho! ¡Y cuando alguien rompa un vidrio, no habrá a quién echar la culpa! ¡Por favor, caballero, soy un loco necesario! ¡Que no me curen!. Lloraba con un llanto agudo que parecía risa. -¡Don Carlos, usted es un hombre de corazón!... ¡Diga que no puede curarme!...-Si quieren curarme, tomaré el arsénico.

Al final de la novela acaba ingresado en Conxo después de intentar matar al cacique Cayetano para vengar las afrentas que este realiza a sus amigos.

Rafael Dieste: *La Asegurada*, en *Hª e invenciones de Felix Muriel*¹

Eloísa es una mujer joven, recién casada su marido se marcha a la emigración prometiéndole volver. Pero pasa el tiempo y no recibe noticias de su marido. Acaba enloqueciendo. Se dedica a vagabundear e ir preguntando continuamente a todas las personas que se encuentra si ha llegado el barco en el que debe regresar. Un día confunde a un viajero, Felix Muriel, con el marido. Con dificultades este la desengaña y ella se pierde entre la niebla, despeñándose accidentalmente por un acantilado y falleciendo.

Álvaro Cunqueiro

En los relatos de Álvaro Cunqueiro contenidos en los libros “*Escola de Menciñeiros*”, “*Xente de aquí e de acolá*” e “*Historias Gallegas*”, hay relatos

¹ “Historia e Invenciones de Felix Muriel”. Rafael Dieste. 1947

imaginativos relacionados con aspectos de locura cotidiana pero no escribe sobre un loco real aunque aparecen personas a las que llama locos. *Felpeto loquero y músico* o *Amadeo de Sabres* (Historias Gallegas) y *Borrallo de Lagoa* (Escola de Menciñeiros) y otros más. En este novelista se unen maravillosamente lo mágico, la realidad y el costumbrismo en los personajes que describe. Algunos de ellos claramente “tolos” (locos en gallego) pero de una locura cotidiana y no extraña al ambiente que le rodea que los acepta con sus extravagancias.

Wenceslao Fernandez Flórez (1885-1964). “El loco de Vos” de la novela *El bosque animado*¹.

Se trata de un personaje de la citada novela con Delirios de grandeza. W. Fdez Florez lo define de esta forma:

El loco de Vos entró con una sonrisa en su cara llena de arrugas y cogió el borde del sombrero con su mano dura de labrador. Le perturbaba la manía de ser un gran señor y de tratar a grandes señores, y a los que tenía por tales los visitaba las pocas veces que conseguía burlar la vigilancia de la familia y apoderarse de algo que llevar como presente, porque entendía que no era propio de un prócer presentarse en ninguna casa con las manos vacías.

La gente devolvía después estos regalos, con la única excepción de un caballero que veraneaba en Fraís, que había degollado y comido con despreocupada alegría los dos pollos de un regalo del loco.

Casos reales gallegos:

Xaquín das herbas: (¿- 1958)

La información que tenemos es a través de noticias periodísticas² y de la información de personas que lo conocieron³.

Xaquín o Xoquín das Herbas fue un personaje real, aunque lo que se cuenta de él a veces suena a mitológico. Durante más de dos décadas (entre el año 1936 y 1958) vivió entre los árboles de A Fraga y siempre huyó de la gente, aunque terminó ganándose el aprecio de muchos de sus vecinos. Dentro de las sospechas de su identidad se decía que era un canteiro anarquista y que vino a esconderse a esta zona al empezar la Guerra Civil española. También que era un combatiente italiano de las Brigadas Internacionales debido a que llevaba un medallón que no se quitaba y que ponía Joaquín Carlo Herbas.

Dicen que le gustaba mucho leer. Cuando murió se hizo una colecta y todo el mundo quiso contribuir.

Se hacía su ropa con restos de pieles y siempre llevaba unas curiosas polainas para resguardarse del frío. Nunca pidió comida o aceptó algún plato caliente, porque prefería buscar insectos, hierbas silvestres y raíces para confeccionar su dieta. Hay un

¹ “El Bosque animado”. W Fernandez Florez.1943

² Noticia de La Voz de Galicia (Edición de Ferrol) (30.01.14)

³ Entrevista telefónica (22,04,16) con D. Antonio Castro, Concejala socialista del Concello de As Pontes

árbol centenario con un gran hueco en el tronco y que está al pie de la denominada Ponte Vella de la que se dice que era su morada principal.

Nunca tuvo, ni quiso tener una casa convencional o un trabajo al uso, se piensa que era para que no lo descubrieran aunque realizó algunos trabajos de cantería y aseguran que era muy bueno También ayudó a algunos agricultores en las tareas, pero siempre con la condición de pasar completamente inadvertido. A medida que se hizo mayor se sentaba cerca de algún camino. Seguía sin pedir comida o dinero, pero como ya no tenía fuerzas para trabajar aceptaba los trozos de pan que le daban los vecinos. Murió el invierno del año 1958 en el bosque. Y desde entonces en As Pontes se le sigue recordando: se le han hecho canciones, cuadros e incluso se reclamó una plaza con su nombre.

Parece que el Sacerdote de As Pontes se negó a enterrarlo si no pagaban la tumba y entre los vecinos hicieron una colecta para conseguir enterrarlo.



Carmen Romero¹. (1926-)

90 años. Pontevedra. Actualmente vive en una Residencia de ancianos. Ha estado ingresada varias veces en la UHP de Pontevedra y en H.P “El Rebullón” siempre para preservar su salud física después de periodos de inanición. De buena posición económica, paseaba por la ciudad vestida de una forma elegante pero desfasada.

¹ Información verbal Dra Acuña Gallego (Psiquiatra del CHOPO).

Licenciada en Filosofía e Historia. Presentó una Tesis doctoral sobre la moda en el S.XVIII.

Asegura que tiene 112 títulos nobiliarios que le habrían sido transmitidos por su padre, a su vez heredero directo del Rey Carlos I de España y V de Alemania.

Era unha muller moi lista, culta, adiantada ao seu tempo, que fora unha das primeiras pontevedresas en acadar unha licenciatura, que viaxaba moito, que se relacionaba con intelectuais e artistas, con preferencia polos pintores e toureiros. Naquela época, o ser progresista e saír das normas da sociedade, sobre todo se se era muller, non estaba ben visto. Tamén contounos que nun tempo chegou a dar conferencias en círculos intelectuais de Madrid¹.



Asegura que tiene 112 títulos nobiliarios que le habrían sido transmitidos por su padre, a su vez heredero directo del Rey Carlos I de España y V de Alemania.

Era unha muller moi lista, culta, adiantada ao seu tempo, que fora unha das primeiras pontevedresas en acadar unha licenciatura, que viaxaba moito, que se relacionaba con intelectuais e artistas, con preferencia polos pintores e toureiros. Naquela época, o ser progresista e saír das normas da sociedade, sobre todo se se era muller, non estaba ben visto. Tamén contounos que nun tempo chegou a dar conferencias en círculos intelectuais de Madrid².

¹ A. Roel Villanueva “Pobriña da tola”. PontevedraViva.com. 11.04.2015.

² A. Roel Villanueva “Pobriña da tola”. PontevedraViva.com. 11.04.2015.

A María del Carmen Romero Veiga, nuestra particular emperatriz, nunca le oí hablar de dinero; solo exigía el reintegro a su patrimonio del Diario de Pontevedra, que le habrían usurpado violentamente. Sin embargo, en su tarjeta de presentación que tengo delante, firmada de su puño y letra, se atribuía un total de ciento doce títulos nobiliarios.

Hija única, a los cuatro o cinco años perdió a su madre y a los trece o catorce murió su padre.

Acostumbrada a vivir en la abundancia y derrochar el dinero a manos llenas, cada vez que se quedaba sin fondos malvendía una propiedad y volvía a sumirse en su disparatada existencia. Algún avispado que no voy a citar se aprovechó miserablemente de su locura y le compró un solar a precio de risa.

Un día nos dijo a mediados de los años ochenta que ella necesitaba para sus gastos un millón de pesetas al mes..... Durante la década de los años sesenta fue una opositora frustrada que nunca consiguió su objetivo de obtener una plaza como catedrática de Instituto. Más tarde también lo intentó sin éxito como archivera¹.

El Caballero de París (1899-1985)

José María López Lledín, nació en Fonsagrada (Lugo) a finales de 1899. Conocido en La Habana como “*El Caballero de París*”, ciudad a la que llegó con 12 años y donde murió en 1985. Tuvo diversos trabajos, principalmente en importantes hoteles de la capital cubana, los cuales desempeñó con buen rendimiento.



¹ Rafael L Torre. Unos amoríos fallidos. Faro de Vigo. 17.11.2013

Descrito por una de sus hermanas como persona de gustos exquisitos en cuanto a la lectura y la música, se dice que su locura comenzó en 1920 tras ser arrestado por un crimen que no había cometido y el cual se desconoce aún en la actualidad. Son varias las teorías que se postulan, desde robos hasta asesinato. Todas coinciden en que después de su estancia en prisión su vida cambió para siempre, pasando a ser errante y estafalaria. Habiendo entrado como José María, fue liberado, después de la revolución cubana, ya como *“El Caballero de París”*. Pero tampoco se sabe a ciencia cierta cuál fue el origen de su apodo. Tras su período en la cárcel “Castillo del Príncipe” su apariencia cambió por la de un hombre desaliñado. Dejó de cortarse el pelo y vestía siempre con capa de lana y ropa negra a pesar incluso del calor. Solía deambular por las calles, donde también dormía, y había perdido el contacto con su familia, que intentó ayudarlo en su regreso a Galicia, cosa que él siempre rechazó. Portaba siempre periódicos, documentos y plumas de madera. No pedía limosnas ni contestaba con malas palabras. A pesar de su aire solemne y aristocrático es, sin embargo, recordado por su humildad y modestia en el trato.

Debido a su deterioro físico y tras más de 25 años deambulando por la ciudad, fue ingresado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana en diciembre de 1977 donde recibió el diagnóstico de Parafrenia. Nunca recibió tratamiento farmacológico. Su psiquiatra, el Dr. Calzadilla¹ fue autor de su biografía. En ella relata diferentes anécdotas de su vida y recuerda su última conversación en el lecho de muerte, en la que se despidió diciendo *“Ya no soy el Caballero de París. Estos no son tiempos de aristócratas”*.

Su historia inspiró a periodistas, escritores y artistas, siendo muchos los que honraron su memoria. Destacan la canción de Antonio María Romeu cantada por Barbarito Diez o la escultura callejera en bronce del escultor José Villa en la entrada del Convento de San Francisco de Asís.

As Marías de Compostela

Maruxa (1898-1980) e Coralía (1914-1983) de apellidos Fandiño Ricart son parte de la historia viva de Compostela, más conocidas como “as dúas en punto” o “as dúas Marías”. Su estatua en la alameda despierta el interés de todos los que por allí pasan. Para compostelanos, estudiantes, turistas o peregrinos, las Marías son uno de los símbolos de la ciudad².

Eran dos hermanas que paseaban por las calles compostelanas con sus ropas vistosas y sus maquillajes exagerados, lo que contrastaba con una ciudad gris en la que la gente vestía de oscuro³. Se acercaban a los estudiantes y coqueteaban con ellos de una forma que escandalizaba a la sociedad de la época. Maruxa era la más atrevida mientras que Coralía era tímida.

Su historia no está clara debido a los múltiples secretos y anécdotas que las rodean; algunos llegan incluso a rozar la leyenda. Vivieron una postguerra terrible en la que fueron numerosos los registros domiciliarios para buscar a los “anarcosindicalistas” tal y como eran llamados sus hermanos. Se piensa que fueron torturadas en diversas

¹ Yo soy el caballero de París. Luís Calzadilla Fierro. Diputación de Badajoz. 2002

² Lombera C. (coord.): As Marías. Consorcio de Santiago 2007.

³ Otero Cepeda E.: As Marías: irmás Fandiño Ricart. Mulleres de luz inmensa na Compostela gris.
<http://www.culturagalega.org/album/detalle.php?id=213>

ocasiones por la policía y que una de ellas pudo haber sido violada. La represión también las apartó de su oficio de costureras ya que tras la guerra dejaron de recibir encargos. Su situación económica no era buena aunque ellas trataran de ocultarlo. Aún así, fueron muchos los que colaboraron para ayudarlas. Lo hacían de forma oculta ya que por un lado, estaría mal visto hacerlo públicamente y por otro ellas tampoco lo aceptarían.

Teniendo en cuenta todos estos datos es posible entender en parte su actitud. Aún así no podemos afirmar cuál es la realidad de su historia. Se dice que no siempre fueron así, que cambiaron a raíz de lo sucedido.

Rivadulla Corcón¹ quien dirigió el documental “*Coralia e Maruxa. As irmás Fandiño*” opina que ellas “manifestaron su locura mostrándose rebeldes contra la sociedad” y las ve como un pilar fundamental en esa época de represión.



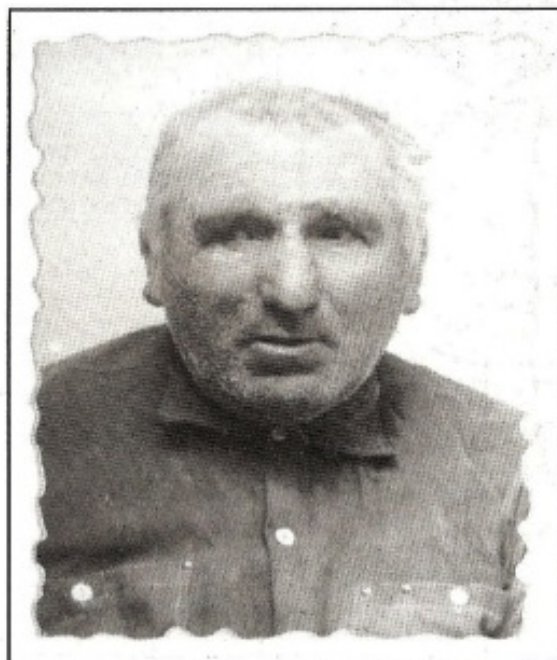
¹ Pérez M. : “Entrevista a Henrique Rivadulla Corcón. As dúas Mariás: Unha vida de resistencia fronte á represión franquista” www.vieiros.com 14/04/2008

Pepito Meijón¹ (1899-1980)

José Meijón Area nació en Marín, Pontevedra en agosto de 1899 y murió en diciembre de 1980. El libro “Marín en el Tiempo²” recoge gran parte de su biografía

Aún hoy en día es recordado en su villa natal por las numerosas obras esculpidas en piedra que realizó. Sus grabados están localizados en diferentes zonas del pueblo: calles, caminos, lavaderos, puentes, templos, muros, entre ellos el del cementerio municipal, y las rocas de las playas; muchas veces sitios de difícil acceso. El propio Concello de Marín se refiere a ellos como “petroglifos contemporáneos” y los considera parte del patrimonio cultural que debería ser catalogado.

"Canto hai que non te vín"



PEPITO MEIJON DE MARIN

¹ Información oral de los vecinos de Marín: José Emilio Esperón Rodríguez (Exalcalde) y Chelo Maky.

² Mayan Taboada Laureano. Marín en el tiempo. Diputación de Pontevedra.2009



La temática de la obra abarca desde elementos cósmicos a animales, mensajes religiosos o apocalípticos. Repetía en numerosas ocasiones las esvásticas (como símbolo primitivo y universal) y hacía referencias a Franco y la Falange.

El artista marinense Manuel Soto fotografió sus grabados y los expuso en el museo Manuel Torres. Un discípulo suyo, Javier Blanco Castiñeiras también los utilizó en uno de sus relatos.

Numerosos seguidores de Meijón defienden su obra y piden que sea respetado. Quieren acabar con el estigma de loco que lo acompañó durante su vida. Pepito era cantero de profesión. Tenía un amuleto para protegerse del diablo y la corriente eléctrica, a quienes temía. Solía llevar un saco a la espalda en donde guardaba las herramientas necesarias para trabajar la piedra.

Quienes lo conocieron o aquéllos que convivieron en la misma época lo describen como una persona inteligente pero solitaria, siempre con su cincel. Hablaba de que las piedras le gastaron el falo, huía de los ojos de los santos y se sentía amenazado por la electricidad. Se dice que su enfermedad se desencadenó en las Guerras de Africa (años 20 del siglo pasado): *“le tocó ir a matar moros¹”*

¹ El País. 22.05.2012. Artículo de Silvia R Pontevedra.

Algunos casos latinoamericanos: Colombianos y Mexicanos

COLOMBIA: Gracias a la colaboración de colegas colombianos podemos mostrar varios casos.

Jovita¹ (1910-1970) (Cali, Colombia)

Jovita Becerra Feijoo fue un personaje muy célebre de la ciudad colombiana de Cali. Se vestía con trajes de colores vivos que le regalaban mujeres de la alta sociedad de Cali y después, salía a andar la ciudad, su 'reino'. a veces la veían hablando sola y con los ojos brotados o se bañaba en el Río Cali. Decía que era la reina de Cali y actuaba como tal.

En la Feria, encabezaba los desfiles repartiendo besos encaramada en los camiones de los bomberos y a veces se sacaba fotos con los presidentes de su época: Eduardo Santos, Rojas Pinilla, Carlos Lleras Restrepo e incluso con actrices de la época: María Félix. Sin pagar viajaba en autobús o entraba en fiestas o en la Plaza de toros donde tenía un lugar preferente, incluso llegó a hacer el saque de honor de un partido de fútbol importante entre el Cali y el América.



Según refieren sus biógrafos parece que el desencadenante de su locura fue un fracaso en un concurso de canto en la radio en que el locutor-presentador se burló de ella, no obstante nombrándola Reina de la simpatía a partir de aquí inició de su leyenda y de su personaje.

También cuentan que la locura se desencadena con dos muertes muy seguidas: la de un sobrino al que estaba muy unida y la de su madre poco después. Durante muchos años fue el centro de las fiestas de Cali. Vivía pobremente pero en una ocasión que hicieron una colecta para comprarle una casa ella rechazó el dinero pensando que era un motivo para que la secuestraran.

Falleció a causa de un paro cardíaco en el baño de su habitación, en el barrio el Hoyo al norte de Cali. Su sepelio ha sido recordado como uno de los más concurridos en la historia de la ciudad.

¹ TAFUR GONZALEZ, Javier. Jovita o la biografía de las ilusiones. Ediciones la Sílabla. 10ª Edición. Cali. 2013

Para Jovita, que le gustaba vivir sola sus pertenencias más preciadas eran sus cajas de cartón llenas de vestidos y atados de recortes de periódicos. La imagino ahí, hablando sola mientras se viste con colores y flores y pulseras para salir a la calle. El mundo de Jovita es místico, mágico- dice Javier Tafur.

En la ciudad de Cali, en su memoria, en el año 2007, le dedicaron un parque que lleva su nombre y en el que hay una colorida estatua con su imagen.

La Pola¹ (¿-1974)(Pereira, Colombia).

Su verdadero nombre era Lina Osorio Dávila, nacida en Andes, Antioquia. Fue profesora en este municipio, en Bolombolo y en Jericó. Se casó con Ricardo Sánchez, tuvo siete hijos y emigró al Valle del Cauca. Su esposo fue asesinado en plena época de la violencia en Ceilán, Valle y ella fue a dar a Cali y Palmira, donde, tiempo después y ya con su nuevo compañero sentimental aprendieron a elaborar confitería montando un negocio de estos productos: Bombones y unas chupetas llamados “liberalitos”, más tarde se fue a vivir a la ciudad de Pereira (Risaralda).

No tenemos datos sobre su nacimiento aunque sabemos que en 1957, empezó a evidenciarse su enfermedad mental y empieza a decir que era la heroína de la independencia colombiana Policarpa Salabarrieta “La Pola” acudiendo a todos los desfiles vestida con ropas militares ya en la cima de su locura, ondeando la bandera colombiana mientras que la muchedumbre se deleitaba con su figura obesa metida en un uniforme.



¹ La verdad sobre la muerte de La Pola. Mario Montoya Agudelo. Periódico La Nación, 15.2.2009 y el libro del mismo autor Pereira Viva- Tomo III.2012

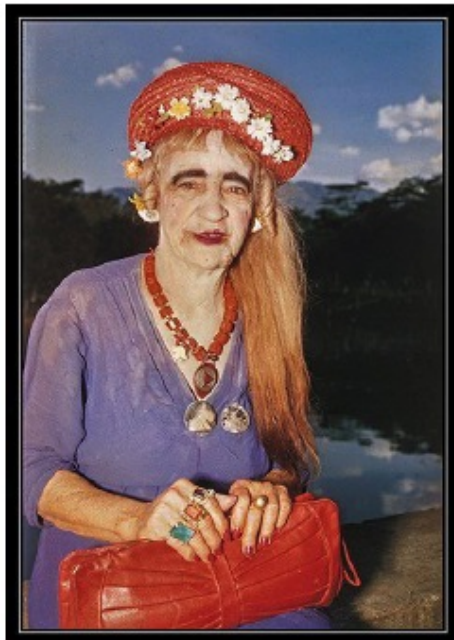
Se dice que era de mal genio y que sometía a sus caprichos a su compañero. Cuando este falleció en Pereira, se dispuso su sepelio en Marsella pues un hijo de La Pola trabajaba en este municipio. Falleció el 9 de noviembre de 1974 y fue sepultada en el Cementerio de dicho Corregimiento.

Muñeca Moderna¹ (Medellin)

Andaba la calle, muy digna y circunspecta y le fascinaba ir a tiendas (almacenes de cadena) donde había cafeterías o al Bosque de la Independencia, una especie de Jardín Botánico, al que íbamos los domingos para los niños montar en burro, comer patatitas fritas, con algún refresco, después de la familia haber ido a la misa.

Esta foto debe ser más o menos de 1956, era una mujer con un delirio erotómano, que cambiaba de amores, con alguna frecuencia; en un tiempo era la novia de Jorge Negrete, el cantante mexicano, quien tuvo amores con María Félix, la María Bonita de Agustín Lara; después el novio era un campeón ciclista durante toda una década en la vuelta a Colombia y, en este momento, era la novia del General Francisco Franco, porque recuerdo que ese collar que lleva puesto en la fotografía, era de un plástico verde intenso y nos decía que era uno de esmeraldas, que le había mandado el Generalísimo.

Era una mujer muy querida por la gente del Medellín de entonces y que sus funerales se los pagaron los estudiantes de medicina, ya que al frente de la facultad había unas cafeterías al aire libre a dónde íbamos entre clase y clase y ahí departía con los jóvenes que estudiaban nuestra profesión.



¹ Información del Dr Jesus Dapena. Psiquiatra y Psicoanalista.

Bogotá: Locos itinerantes¹

En esta ciudad se recuerda a cuatro locos populares como patrimonio intangible de la ciudad. Se han realizado estatuas de de tres metros para recrear sus figuras que son trasladadas cada cierto tiempo a diferentes lugares de la ciudad en una ceremonia que llaman “Locos itinerantes”.

La loca Margarita² (1860-1942)

Margarita era una mujer desdentada que vestía siempre de rojo, de pies a cabeza. Llegó a Bogotá desde Fusagasugá huyendo de la violencia. Su marido, un patriota de la guerra de los mil días, y su hijo un liberal fusilado a manos del ejército conservador. Reconocida y aceptada en las casas de las damas de la alta sociedad, contaba con el increíble don de la adivinación. Predijo jornadas de lluvia y la muerte de su admirado General Uribe Uribe, a quién intentó muy tarde advertir de su destino. Minutos después del atentado que acabó con su vida, llegó al lugar de los hechos, y en medio de su dolor, empapó su cuerpo con la sangre del general. Su amor por el líder inmolado fue la causa final de su locura.



¹ Locotá: Años cuarenta. <http://www.bogota.gov.co/ciudad/personajes/locota-anios-40>. Consultada 15.02.17

² https://es.wikipedia.org/wiki/Margarita_Villaquir%C3%A1 Consultada 15.02.17

El negro Chivas¹ (1925-¿)

Luís Antonio Chivas, chocoano de nacimiento, llegó a Bogotá para cumplir su sueño de estudiar derecho en la Universidad Libre. Alto e imponente, vestía trajes de paño viejos y acabados. Las dificultades económicas propias de un estudiante reciente llegado a la ciudad lo marcaron de manera definitiva. La noticia de la muerte de sus padres y no poder asistir a su entierro, fue el primer golpe. La traición de su mulata con un blanco, la cual dejó en Quibdó en promesa de matrimonio, se convirtió en el segundo y en el más certero de todos. Loco de amor bautizó a su enemigo como 'as deoros' y en medio de su delirio lo identificó con el sol. Lo miraba a plena luz del día y le gritaba: "te llevaste a mi novia, te llevaste a mi mujer, me la quitaste, ¿cuando me la vas a devolver?". Al final, además de loco, se quedó sin lágrimas y con las pupilas desorbitadas.



Pomponio:

Personaje extravagante y de lenguaje florido, hijo de la alta sociedad, fue objeto de burlas desde su infancia por comer en exceso, particularmente queso. Con los años quienes querían colmar su paciencia sabían que con la pregunta '¿Pomponio, quiere queso?' traían a la memoria aquellos difíciles momentos de infancia. Su amor por una mujer fue la causa de su locura. Algunos dicen que ella lo abandonó en el altar. Otros, que una vez más fue objeto de burlas y engaños, esta vez por parte del hermano de la chica y sus amigos quienes se hicieron pasar por ella, ridiculizándolo y propinándole al final una brutal paliza. Relegado de su familia y de la sociedad, finalmente se apartó del

¹ https://es.wikipedia.org/wiki/Luis_Antonio_Chivas. Consultada 15.0217

mundo. Años después, y a pesar de su locura, se convirtió en el cartero más prodigioso de Bogotá. Sorprendía su capacidad para organizar exactamente el orden de entrega de la correspondencia en tiempo record.



El Bobo del Tranvía (1914-1955)

Su capacidad para perseguir tranvías asemejaba a la destreza de un deportista de alto rendimiento. Aunque colaboró por años en la organización de pasajeros en el sistema de tranvías, este título y su locura nacieron del amor fraternal del Bobo hacia su hermana. Objeto de engaños y mientras estaba comiendo bizcochos, ella se escapaba en el tranvía con un grupo de amigos. Loco de la angustia por descuidarla persiguió muchos tranvías, hasta que finalmente fue atropellado por uno de ellos. Este accidente y el amor fueron los detonantes de su locura.

De los locos bogotanos, algunos terminaron sus días en un manicomio. Margarita en una cama de hospital protegida por Lorencita Villegas de Santos, primera dama de Colombia esposa del Presidente de este país Santos Montejó. Lo que no cabe duda es que dejaron su huella en las calles del centro de Bogotá y que permanecen fuertemente arraigados en la memoria histórica de esta ciudad.



Mexico:

La loca de San Blas¹

Rebeca Méndez Jiménez(1949-2012):

Este caso se hizo conocido a raíz de dedicarle una canción el grupo mexicano Maná *“En el muelle de San Blas”*.

Su historia comienza en 1971², cuando días antes de casarse con su novio Manuel, éste se fuera a pescar y nunca regresó. Rebeca, el mismo día en el que estaba previsto su boda, acudió al muelle de San Blas, en Nayarit (México), y esperó a su prometido vestida incluso de blanco.

Pasaron muchos años, y ella siempre estaba en el muelle esperando muchas tardes a aquel marinero. Pero esas esperas no fueron en balde, ya que la tristeza, la desesperación, la nostalgia y la soledad la fueron atrapando hasta el punto de enloquecerla... tanto fue así, que empezó a acudir al muelle vestida de novia y con un ramo de flores en las manos para esperar a su amado. *“ Mi amado llega mañana y llega por el muelle...Yo le prometí esperarlo..... esperarlo con éste vestido, así me reconocerá”* A partir de aquel entonces cada domingo se le veía por el muelle y la gente empezó a llamarla “La loca del Muelle de San Blas”.

Algunos pensaron que estaría mejor en un hospital para enfermos mentales, pero ella no lo permitió, alegando que pertenecía al mar, que su cuerpo y alma estaba enraizados en el mar y que nunca se separaría de él, porque ahí llegaría su amor y no se cansaría de esperarlo.

Se ganaba la vida barriendo las calles y pidiendo monedas a los turistas que llegaban al muelle... dicen que a cada persona que le daba algunas monedas les decía: “Mañana va a llegar, mi novio llegará al muelle y nos vamos a casar”.

¹ <http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/871337.html>

² <http://www.taringa.net/post/info/14974926/Una-historia-real-En-el-muelle-de-San-Blas.html>

Durante algún tiempo vivió con un hombre hasta que este falleció. En ese momento se fue a vivir con su familia a Jalisco donde falleció a los 63 años.



Conclusiones

Los “locos populares” han existido siempre y han formado parte activa de nuestras sociedades.

Los casos que acabamos de relatar nos permiten conocer detalles de la vida de personajes cuya historia ha perdurado en el tiempo pero todos ellos comparten diversos puntos en común:

1. La aceptación social de los protagonistas y sus peculiaridades, con acogimiento por parte de la ciudad y de los ciudadanos así como la defensa de su “modus vivendi” a pesar de que en la ubicación espacio-temporal hay ciertas diferencias; “*El caballero de París*” vivió en Cuba durante la época de la revolución, mientras que otros vivieron durante la dictadura franquista: en el caso de las Marías en una Compostela conservadora y en el caso de Pepito Meijón en una villa marinera, base de la Escuela Naval Militar fundada por Franco.

2. La construcción, alrededor de ellos, de una historia mítica casi siempre exculpatoria de la locura, llegando a hacer difícil distinguir la realidad de la leyenda pero que permite una mayor aceptación.

3. El proceder de los personajes que en ningún momento intentan convencer a nadie de sus ideas y que además carecen de grupo social. Sin embargo y tras su muerte han surgido seguidores y personas que han querido homenajearlos, bien por honrar su memoria o recordar su arte.

4. La ausencia de agresividad en sus comportamientos

5. La ausencia de conductas disruptivas gravemente perturbadoras. Algunos consiguieron encontrar un equilibrio en su salud mental a través de sus comportamientos: las Marías con sus paseos y vestuario, el Caballero con la entrega de sus tarjetas y Pepito Meijón con la expresión de su arte en la piedra.

6. La vestimenta y el aspecto siempre son llamativos: Bien por exceso o por inadecuación, pero siempre son parte de su identidad y su dignidad.

EL CATALÉPTICO DE LA HABANA (1885): VIEJAS Y NUEVAS NOTICIAS

Mónica Minoshka Moreira Martínez; David Simón Lorda*;
Elisabeth Balseiro Mazaira**; Jessica Otilia Pérez Triveño**;
Manuel Fernández de Aspe****

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. Ourense. España

*Médico Psiquiatra; **Médico residente de Psiquiatría

Email: dsimlor@gmail.com; monica.minoshka.moreira.martinez@sergas.es;

elisabet.balseiro.mazaira@sergas.es; jessica.otilia.perez.triveno@sergas.es

manuel.fernandez.de.aspe@sergas.es

Palabras clave: catalepsia, catatonía, Cuba, emigración, musicoterapia

Abstract

The aim of this paper is to present and contextualize a clinical case of catalepsy that occurred in Havana-Cuba in 1885. It is about a soldier from A Peroxa-Ourense-Galicia, who remained in a state of "catalepsy" for more than a year, and who seemed to respond to the sound of the music from their homeland (Galician bagpipe). Newspapers scattered the news about this case in La Habana and in Galicia.

We studied this case ten years ago but recently we have founded new information about the evolution and clinical care that the soldier received by Cuban medicine and the community of Galician emigrants.

Introducción

El objetivo del trabajo es exponer y contextualizar un caso etiquetado como de catalepsia y ocurrido en La Habana-Cuba en 1885. Era un soldado español nacido en A Peroxa, Ourense-Galicia, que permaneció en estado de "catalepsia" durante más de 1 año, y que al parecer respondió a los estímulos con música de su tierra de origen (gaita gallega). El caso fue recogido por la prensa habanera y gallega de la época. Se abarca desde el análisis psicopatológico hasta una aproximación a la Musicoterapia como tratamiento de patología mental.

Caso clínico: "El Cataléptico de la Habana"

Corría el año 1885 cuando uno de los reclutas destinados a Ultramar, Camilo Martínez, natural de A Peroxa, un pequeño ayuntamiento del sur de Galicia, próximo a Ourense, se encontraba internado en el Hospital Militar de San Ambrosio en la Habana (Cuba).

Camilo tenía por esas fechas 22 años, cuando a los pocos meses de residir en el país caribeño enferma del anteriormente conocido "mal del destierro", nostalgia que sufrían con frecuencia los hijos de la tierra gallega (Simón y González, 2005).

Con el paso del tiempo su mal empeoró. Se iba enlenteciendo e inmovilizando progresivamente. Comenzó por expresar cada vez menos palabras, después solo estornudaba o tosía, hasta que finalmente quedó totalmente en silencio y postración. Permanecía inmóvil, durmiendo, con una leve respiración. Era necesario introducirle forzosamente alimentos por la boca para asegurar su nutrición. En la postura que se le colocaba así permanecía, inalterable.

El médico encargado del caso, el Dr. Tolezano, probó sin mucho éxito diversas técnicas para tratar su mal. Se le administraron tratamientos con electroterapia (corrientes de Gaiffe), hidroterapia (se probaron duchas frías), también se le trató con bromuros a altas dosis. Pero el estado del soldado permanecía inmodificable.

Así pasaron unos largos 14 meses hasta que Carlos de la Torre, un joven médico y futuro naturalista, solicitó estudiar este caso, ya muy conocido por diversas publicaciones de la época. De la Torre estaba inmerso en el estudio de pacientes, en su mayoría soldados y dependientes de comercio, inmigrantes con problemas mentales derivados de la “nostalgia por la patria”. Conocedor de los estudios que se estaban llevando a cabo en La Salpêtrière (París) por Charcot, en los que se aplicaba música en este tipo de enfermos, decidió indicar para este joven soldado una intervención novedosa. Solicitó una sesión diaria de gaitas y tamboril, e indicó que se le hablara en su lengua gallega.

A los pocos días de iniciar con esta peculiar intervención, el soldado comienza a moverse acompañando el ritmo de la música y emocionándose al escuchar su lengua natal. Se repitieron las Muñeiras (el tipo de canción y baile más típico de Galicia) y las conversaciones en días alternos, observando que poco a poco el hombre comenzaba a contestar con vocablos, hasta finalmente salir de ese prolongado estupor que lo mantuvo en cama tanto tiempo. Sabemos que Camilo Martínez pudo sobrevivir a su proceso morboso y regresar a su pueblo natal en Galicia, aunque en un estado de "demencia" (Marqués, 2012).

Además del interés que despertó en la prensa de la época, en la comunidad gallega de Cuba, también a través de lo que se aporta en el blog citado, vemos que en julio de ese mismo año, el Dr. Carlos de la Torre y Huerta había publicado el caso en un artículo titulado “*Un caso notable de Catalepsia*”, en **La Enciclopedia**, una prestigiosa revista cubana dedicada a la Medicina que circuló en La Habana durante el trienio de 1885 – 1887. Incluso llega a ser recogido en 1896 en el famoso libro **Anomalies and Curiosities of Medicine** de Gould and Pyle. también.

Su historia fue extendida a través del Océano. Periódicos gallego-cubanos describían la historia de este “profundo sueño” del militar gallego, así como del “*gaiteiro*” que le hizo “despertar”. En **Galicia Moderna**, en agosto de 1885 se publicó su historia en “*El Cataléptico del Hospital Militar*”. Poco después, Valentín Lamas Carvajal publicó un artículo irónico sobre ello titulado “*A Gaitoterapia*”, en **O Tío Marcos da Portela (Ourense)**, una de las publicaciones más populares en Galicia y en lengua gallega en aquel período. A partir de ahí, Lugrís y Armada Teixeira lo reprodujeron en la portada de **A gaita gallega (La Habana)** el 13 de diciembre de 1885. Parece además que a través de la prensa los espiritistas cubanos solicitaron que el enfermo fuese visitado por médicos de orientación espiritista, algo que no hemos podido confirmar que sucediese.

Contextualización histórica y migración gallega

La Guerra Larga (1868-1878), saldada con la Paz de Zanjón, había sido un primer aviso serio de las aspiraciones independentistas cubanas. En España en 1885 se produce la muerte de Alfonso XII, asumiendo la regencia del país su mujer María Cristina. Mientras que en Cuba nos encontramos en un periodo de entreguerras en el que el sentimiento independentista cubano fue ganando adeptos. Esto fue debido al

nacimiento de una burguesía local y a las limitaciones políticas y comerciales impuestas por España que no permitían el libre intercambio de productos, fundamentalmente de azúcar de caña, con los EE. UU. y otras potencias. Los beneficios de la burguesía industrial y comercial de Cuba se veían seriamente afectados por la legislación española. Las presiones de la burguesía textil catalana habían llevado a la promulgación de leyes que garantizaban el monopolio del textil barcelonés gravando los productos extranjeros con aranceles de entre el 40 y 46%, y obligando a absorber los excedentes de producción

El fuerte valor económico, agrícola y estratégico de Cuba había provocado numerosas ofertas de compra de la isla por parte de varios presidentes estadounidenses que el gobierno español siempre rechazó. Cuba no sólo era una cuestión de prestigio para España, sino que se trataba de uno de sus territorios más ricos y el tráfico comercial de la Habana era comparable al que registraba Barcelona en la misma época. Los intereses de los EEUU en hacerse con el control de la isla llevarían al desarrollo de una campaña de desprestigio de España a través de la prensa, a la vez que ofrecía su apoyo al movimiento independentista cubano. Al producirse el hundimiento del acorazado Maine en 1898 el gobierno de los EEUU culparía a España de la catástrofe, lo que culminará con la guerra de independencia cubana y la pérdida de la colonia española.

Desde la segunda mitad del siglo XIX, Galicia pasaba por una grave crisis en el sector industrial doméstico, los tejidos domésticos no pueden competir con los tejidos de algodón y la importación o contrabando de los linos europeos hilados y tejidos por medios mecánicos. Muchas familias se encontraban en situaciones difíciles porque no había otros sectores de actividades para compensar la mano de obra de este sector. Al lado de la caída de la industria rural se presenta la crisis del sector agrícola entre los años de 1850 a 1860 que desestabilizó la economía rural gallega. Esta situación económica obligó a la población a buscar del otro lado del océano las soluciones necesarias. Sin embargo, estos factores no fueron los únicos que caracterizaron a la emigración gallega en el Siglo XIX, encontrándose también la emigración del servicio militar y otros.

Esta esta época, fue determinante la formación de los centros culturales y mutualismo de los gallegos en América. Lo primero fue la *sociedad de beneficencia gallega de la Habana* con el objetivo de socorrer a los gallegos necesitados, prestarles asistencia médica, y en su caso repatriarlos, a costa de la contribución de los socios y de los eventuales legados de benefactores. Este centro nació en el año 1879 por la iniciativa del periodista Waldo López Insua. Además de los objetivos citados arriba, el centro proyectaba la construcción de una biblioteca y una escuela de adultos con la enseñanza de las letras española y gallega, la historia y la geografía de España y de Galicia a los hijos de los emigrantes. Todas sus actividades se orientaron en la preservación de los lazos culturales entre los emigrantes gallegos en Cuba. Esta iniciativa de los gallegos de la Habana fue imitada por otras comunidades gallegas de América, así se fundaron centros en Argentina, Uruguay, Brasil, Méjico, Chile, etc.

Si en vez de suceder los hechos en 1885 hubieran sido en 1888, tal vez Camilo Martínez hubiera sido internado en *La Benéfica*, la Casa de Salud que se abrió en ese año bajo los auspicios del Centro Gallego de La Habana, que ofertaba asistencia

sanitaria a todos los asociados y que pronto se convirtió en la institución más importante de la colectividad gallega emigrada a Cuba.

El fenómeno migratorio siguió siendo una constante en el primer tercio de siglo XX y seguirá preocupando a las autoridades sanitarias gallegas.

Los trabajos acerca de la relación entre salud/enfermedad mental y emigración en los años 30 del siglo XX suponen un acercamiento pionero al tema en Galicia, que será después continuado ya muchos años más tarde por Cabaleiro Goás, y más recientemente por otros profesionales gallegos (Santiago Lamas, Emilio González, Ramón Area y Alejandro García...).

Una de las últimas aportaciones en este campo en la emigración gallega a Cuba es la publicación del artículo sobre el caso de «**El Caballero de París**», un emigrante de Lugo llamado José María López Lledín (30 de diciembre de 1899; Lugo, España - 11 de julio de 1985; La Habana, Cuba). Este hombre, emigrante gallego en la ciudad de La Habana de la década de los 50, y que se convirtió en el loco oficial de la capital cubana, conociéndose que llegó a perder la razón en los años 20 tras ser condenado a prisión en el Castillo del Príncipe por un crimen que no había cometido. Recordado en la cultura popular del país a través de canciones como el danzón “De París un Caballero” de Barbarito Díez o “Que lindos son tus paisajes” de Celia Cruz y Willy Chirino, y ya casi un símbolo de la ciudad, conmemorado a través de una escultura de bronce con su figura en la Habana Vieja (González y Simón, 2008).

La catalepsia o catatonía

Informado y documentado el caso que nos atañe como “catalepsia”, podríamos relacionarlo propiamente con la “catatonía”, patología que bien puede ser debida a procesos de tipo psicótico, cuadros afectivos o incluso orgánico-cerebrales. Su asociación con el concepto de la “nostalgia”, puede ser complejo de identificar con las clasificaciones diagnósticas actuales. Bien es conocida su relación con procesos afectivos, identificándose esta palabra, “nostalgia”, con un estado de añoranza/tristeza por estar ausente de la patria, del hogar, de los seres queridos. Etimológicamente se trata de una palabra de raíces griegas *nostos* – regreso, y *algos* – dolor. La nostalgia está arraigada en la esencia del ser humano y una muestra de ello se expresa en las diferentes creaciones artísticas. Puede acompañar la vida de cada sujeto como así lo hace la tristeza, pero aun generando vivencias similares, mantiene la esperanza y el anhelo de un reencuentro futuro.

La catatonía fue inicialmente descrita por Karl Ludwig Kahlbaum, quien lo identifica como un síndrome psicomotor que incluye síntomas motores, afectivos y comportamentales. Posteriormente, iniciándose el siglo XX, Kraepelin y Bleuler lo incluyen en la definición de la demencia precoz, y la consideraron como un subtipo motor de la esquizofrenia. La catalepsia es considerada por Bleuler intrínseca al síndrome catatónico; sin embargo, hoy en día no es necesario para el diagnóstico. A raíz de los resultados de diversos estudios, aun siendo de poblaciones muy diferentes y con métodos heterogéneos, los análisis concluyen que se pueden describir dos tipos de patrones catatónicos, uno consistente en catalepsia: posturas extrañas, mutismo y negativismo (estuporosa); y otro con ecolalia o ecopraxia, obediencia automática y movimientos estereotipados (delirante).

Originalmente, Kahlbaum había descrito hasta 17 signos propios de la catatonía. Posteriormente, otros autores ampliaron esta lista llegando incluso a describir cuarenta signos asociados. No obstante, solo es necesario uno o dos de los signos asumidos como cardinales para cumplir criterios diagnósticos según los sistemas de clasificación vigentes: CIE-10 y DSM-V.

La catalepsia como tal es entendida como la pérdida puntual de la contracción voluntaria de los músculos del cuerpo. A lo largo de la historia, su definición fue asemejándose más a la “flexibilidad cérea”. Son considerados ambos, signos del síndrome catatónico, diferenciándose uno de otro en tanto que la catalepsia está caracterizada por la adopción y el mantenimiento voluntario de posturas inadecuadas o extravagantes; y la flexibilidad cérea consiste en el mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior.

Musicoterapia y medicina

La música constituye un elemento fundamental en buena parte de las manifestaciones culturales humanas, trascendiendo una combinación de sonidos armoniosa para ser una práctica inherente a un grupo social determinado. Es por ello que el sonido es capaz de producir impactos en la conducta humana, individual y colectivamente, pudiendo convertirse en una expresión de los estados anímicos. En distintas sociedades y distintos continentes y culturas, los seres humanos han expresado musicalmente sus actividades y ha adecuado el ritmo de sus cantos y danzas a las acciones vitales. En medicina, la música era recomendada para prevenir y curar sobre todo las afecciones del ánimo. Su indicación se vincula inicialmente a los *Regimina sanitatis* y al tratamiento del dolor.

La Musicoterapia posee finalidades funcionales, tanto a nivel preventivo en ámbitos sociales, educacionales, familiares y en los momentos de la vida, como terapéuticas. Posiblemente, la música en la actualidad sea más necesaria de lo que podamos imaginar.

Dentro del término de Musicoterapia se pueden incluir: la danzaterapia, el psicodrama y la Musicoterapia en sí misma. Etimológicamente significa “terapia a través de la música”.

Tayer Gaston defendía que la música podía “provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan” (Gaston, 1957, p. 23). Juliette Alvin la entiende como “el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales” (Alvin, 1967). Roland Omar Benenson considera que la Musicoterapia es “la técnica de comunicación que utiliza la música y los sonidos para producir fenómenos regresivos y abrir canales de comunicación a través de los cuales se puede comenzar el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente” (Benenson, 1981, p. 38). Recientemente la *National Association for Music Therapy* de EE. UU. ha ampliado el término como: “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental” (Poch, I, 1999, p. 40).

En relación a la enfermedad psiquiátrica esta nueva visión tiene a Alemania, cuna de la música romántica, como núcleo principal de las especulaciones sobre la musicoterapia para las afecciones mentales y de su puesta en práctica.

Desde la práctica, Esquirol (1772-1840) siendo director del asilo “Maison Royal de Charenton”, recomendó la aplicación de la música en el tratamiento de las enfermedades mentales. Tenía que ser interpretada con pocos instrumentos y los intérpretes debían estar escondidos de forma que sólo se percibiera el sonido.

El médico italiano Giorgio Baglivi (1668-1707) con su obra *Dissertatio de historia, anatome, morsu et effectibus tarantulae*, constituye una referencia en el desarrollo de la musicoterapia en España.

Otra publicación, el libro de Francisco Xavier Cid, representa el escrito español más importante sobre el “tarantismo” y la musicoterapia en el siglo XVIII, incluyendo 35 historias de “atarantados” tratados con música.

Desde la experiencia, el doctor Rafael Rodríguez Méndez (1845-1919), catedrático de Higiene, aplicó la música en el manicomio de Sant Boi de Llobregat. Era partidario del llamado “Tratamiento Moral” instaurado por Pinel, y explicaba que “Uno de los primeros pasos en la dirección del manicomio fue reorganizar la orquesta (toda compuesta de enfermos), que ensaya varias horas al día y que durante el paseo colectivo de los pacientes por los jardines toca piezas distintas, valiéndose de los aires nacionales en los casos de profunda melancolía, especialmente con los gallegos”.

Ya centrados en el instrumento musical objeto, en los *Anuarios da Gaita* de la Escola Provincial de Gaitas de Ourense, se encuentran referencias en un artículo del año 2002, *La gaita flamenca y el mundo pictórico de Brueghel*. Firmado por Luis González, se apuntan referencias en las obras del pintor Brueghel sobre la relación entre los gaiteros y la curación de las enfermedades mentales en el siglo XVI en Europa.

Conclusiones

Respecto a la “catalepsia por nostalgia”, los diagnósticos de hoy en día pueden ser una falacia categorial para estos casos. El concepto de “nostalgia”, en la órbita de los trastornos afectivos, aún está en revisión hoy día. Relacionándose con la saudade portuguesa y la morriña de Galicia. La catalepsia hoy se asimila más bien a una “flexibilidad cérea”. Pueden aparecer en cuadros de catatonía, dentro de patologías neurológicas o en cuadros psicóticos o afectivos graves.

Reafirmar la importancia que puede tener el conocimiento de la biografía de un paciente para aplicar terapias más individualizadas, sin despreciar la oportunidad de recordar el contexto histórico-social de una comunidad gallega emigrada en Hispanoamérica en el s. XIX; y entender su situación desde el campo sanitario y psiquiátrico.

Reconocer los efectos terapéuticos en la música ya recogidos históricamente, a pesar de las dudas de sus mecanismos de intervención en procesos físicos y mentales.

Bibliografía

BERRIOS, German. E. -The history of mental symptoms. Cambridge: University Press, 1996.

MARQUÉS DE ARMAS, Pedro — “Un caso notable de catalepsia en La Habana”. Hotel Telégrafo, 10 de abril de 2012. [lectura: 01/09/2015] [URL: <http://hoteltelegrafo.blogspot.com.es/2012/04/un-caso-notable-de-catalepsia-en-la.html>]

-

MARQUÉS DE ARMAS, Pedro — “El sueño del soldado”. Hotel Telégrafo, 8 de abril de 2012. [lectura: 01/09/2015] [URL: <http://hoteltelegrafo.blogspot.com.es/2012/04/el-sueno-del-soldado.html>]

SIMÓN LORDA, David; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Emilio. — “Nostalgia, catalepsia, locura y “gaitoterapia”: Historias de gallegos en Cuba en el período de fin de siglo XIX y primeras décadas del XX”. In VILA, Luis; AREA, Ramón (coord..) — VI Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental “O saber Holístico”. A Coruña: Asociación Galega de Saúde Mental, 2005. 339-345.

PALACIOS SANZ, José Antonio. — “El concepto de musicoterapia a través de la Historia”. Revista electrónica de LEEME (Lista Europea de Música en la Educación). Nº 13, mayo 2004.

SIXIREI, Carlos. — “Los gallegos en Cuba en el siglo XIX: Cultura y Regionalismo”. Historia Contemporánea, 19, 1999. 197-212



António Maria de Sena, 1845-1890 .
Escultura no edifício da antiga
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
(figura inserida pelos editores)

PIRETOTERAPIAS, CURAS DE SAKEL, ELECTROSHOCK Y OTRAS TERAPIAS (PSIQUIATRÍA EN GALICIA-ESPAÑA, 1916-1984)

María Victoria Rodríguez Noguera;** **David Simón Lorda*;**
Elisabet Balseiro Mazaira;** **Mónica Minoshka Moreira Martínez**;**
Luis Rodríguez Carmona***

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. España.

*Adjunto Psiquiatra; **MIR Psiquiatría; *** Trabajador Social.

Email:victoriarodrigueznoguera@gmail.com

Palabras clave: Galicia, instituciones psiquiátricas, malarioterapia, terapias de choque, psicocirugía

Abstract

During the first third of the XX-th century, new somatic treatments in the assistance to the mentally ill began to appear. They would be used until the appearance of psychotropic drugs. The aim of this work is to provide knowledge about which treatments were used in psychiatric institutions of Galicia in this period.

To achieve this, we have reviewed the medical records of the hospitalized patients in the Psychiatric of Conxo (Santiago de Compostela) between 1916 -1940 and in the Psychiatric of Toén (Ourense) between 1959-1984. Our study is complemented with a review of works published during these years in Galicia (Villamil before the Civil War or Cabaleiro Goás in the years of the Franco regime) as well as a review of psychiatric private facilities adverts of the local press of the time.

We have found data regarding the use of pyrotherapy, fixation abscesses, Sakel healings, cardiazolic shock, electroshock and psychosurgery.

Resumen

Durante el primer tercio del siglo XX comienzan a aparecer nuevos tratamientos somáticos en la asistencia a enfermos mentales, que se utilizarán hasta la aparición de los psicofármacos. Con este trabajo se pretende conocer qué tratamientos se usaron en instituciones psiquiátricas de Galicia en este período.

Para ello hemos revisado los historiales clínicos de los pacientes ingresados en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) entre 1916-1940 y en el Manicomio de Toén (Ourense) entre 1959-1984. Nuestro estudio se complementa con una revisión de trabajos publicados en esos años en Galicia (Villamil antes de la Guerra Civil o Cabaleiro Goás en los años del franquismo) así como de los anuncios publicitarios de centros psiquiátricos privados en la prensa local de la época.

Hemos encontrado datos del uso de piretoterapia, abscesos de fijación, curas de Sakel, choque cardiazólico, electroshock y psicocirugía.

1.Introducción

En el primer tercio del siglo XX se da un cambio en la perspectiva terapéutica para la asistencia de enfermos mentales en los manicomios. En este momento de auge de las terapias biológicas en psiquiatría, podemos mencionar la malarioterapia propuesta por Von Jauregg en 1917, las terapias de choque (shock cardiazólico de Von Meduna, curas de Sakel y el electrochoque) o la leucotomía prefrontal ensayada por primera vez

por Egas Moniz en 1935. La introducción en España de estos tratamientos sufrió cierto retraso a causa de la Guerra Civil Española (1936-1939) y el consiguiente aislamiento postguerra.

El objetivo del trabajo es analizar las diferentes terapéuticas psiquiátricas en la práctica real asistencial de algunas instituciones psiquiátricas de Galicia: durante 1916-1940 en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) y 1959-1984 en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense); así como datos de centros privados de la época.

2.Nuevas terapéuticas psiquiátricas

2.1.Piretoterapia

A.Malarioterapia o impaludización

Entre 1900 y 1917, Julius Wagner Von Jauregg se dedicó a buscar la enfermedad infecciosa que resultara más eficaz y segura para inducir la fiebre a los enfermos mentales. Basándose en la supuesta mejoría e incluso curación, que los procesos infecciosos provocaban en determinados enfermos mentales, planteó inocular diversas sustancias (paludismo, erisipela, fiebre recurrente y tuberculina) a enfermos psiquiátricos graves y se decantó por la impaludización, también conocida como malarioterapia. En 1917, el austríaco realizó ésta práctica en 9 pacientes diagnosticados de parálisis general progresiva¹ con sangre de pacientes afectados de paludismo, y en 1927 se le otorga el Premio Nobel de Medicina².

La técnica consistía en la extracción de 10-15 c.cc de sangre venosa del “paciente dador” (afectado de malaria), y se inyectaba 2 c.c. vía endovenosa o 5-8 c.c. de forma subcutánea o intramuscular, al enfermo susceptible de ser tratado. Por vía intravenosa podía presentarse el primer acceso febril a los 2-3 días, mientras que por vía intramuscular a los 15-18 días. Se registraba cuidadosamente la temperatura tomándola cada hora durante el acceso. Cuando el paciente presentaba 8-10 accesos febriles le administraban quinina para frenar la evolución del paludismo. La mayoría de autores recomendaban que el paciente sufriera 10 accesos por encima de 39°C, ya que con mayor número tampoco se conseguía efectividad.

La malarioterapia, que en los años treinta había sido el tratamiento más novedoso para la parálisis general progresiva, entró en desuso a finales de los años 30, cuando la penicilina se fue instaurando como terapia de elección para la sífilis parenquimatosa cerebral y, prácticamente desapareció como tratamiento psiquiátrico en 1951. No se obviaron los problemas éticos que rodeaban a la impaludización artificial, por ser una técnica no exenta de muertes y por el temor a inducir una epidemia de paludismo³.

José Pérez L-Villamil, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Santiago y médico del Manicomio de Conxo de Agosto a Noviembre de 1931, recoge en su tesis

¹ PGP: sífilis parenquimatosa cerebral, entidad neuropsiquiátrica que constituye el último estadio de la sífilis y cuya clínica se basa en una demencia de instauración progresiva y un estado de parálisis global.

² CONSEGLIERI, Ana- “La introducción de nuevas medidas terapéuticas: Entre la Laborterapia y el Electrochock en el manicomio de Santa Isabel”. Revista Frenia, VIII (2008), 131–160.

³ VILLASANTE, Olga- “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, SISO/SAUDE, 37 (2002), 101-117.

doctoral¹ el tratamiento piretoterápico de 43 casos de esquizofrenia tratados por él. Citamos una de sus conclusiones de su tesis doctoral:

“Creo que la piretoterapia es una terapéutica totalmente inútil para la obtención de remisiones en las esquizofrenias, ya que en mis casos ni llegan aquellas siquiera a la cuarta parte que [...]; en cuenta a medio alivio para su sintomatología psicológica, es muy superior a todos los agentes por mí empleados el absceso de fijación,..]”

B.No malárica

A parte de la malarioterapia, otros métodos piretoterápicos biológicos fueron la vacuna antitífica, la vacuna antivariólica, el Pyrififer² y el Saprovitán.

Por otro lado, entre los agentes piretoterápicos químicos se encontraban los abscesos de fijación de trementina (aguarrás) a través de una inyección subcutánea de 0.5 a 2c.c en región glútea o cara externa del muslo, que producía una reacción local en la zona de la inyección con dolor, enrojecimiento y formación de pus. El enfermo sufría una subida de la temperatura corporal de 39°C o más y quedaba postrado en cama con impotencia funcional del miembro infectado. Al cabo de tres, cuatro o cinco días se absorbía el absceso y desaparecía el cuadro febril. Este tipo de tratamiento era usado en estados de agitación psicomotriz. Otro de los agentes fue el Sulfosin Leo, un aceite azufrado estéril que se inyectaba generalmente de 8 a 10 veces espaciadas entre sí varios días, comenzando con dosis de 1c.c e incrementándose progresivamente 1c.c hasta 10c.c, llegando el enfermo a alcanzar fiebre de 40° C.

Como métodos físicos para producir hipertermia hacemos referencia a la hidroterapia³, una medida terapéutica para los enfermos mentales en el siglo XX. En textos psiquiátricos utilizados en las postguerra como el de Vallejo Nájera, se definían los distintos métodos de hidroterapia⁴: “baños simples, baños fríos prolongados, baños calientes prolongados, baños de inmersión por sorpresa, baños por aspersion, duchas con agua fría o caliente o chorro a presión, las afusiones (verter el agua desde cierta altura sobre el cuerpo), envoltura húmeda en sabana termógena o envoltura de Kraepelin”.

Respecto a los 178 historiales clínicos revisados del Archivo Clínico del Manicomio de Conxo, obtenemos datos de administración de diferentes terapéuticas psiquiátricas en un total de 57 pacientes. Ello supone que tan sólo un 32% de los pacientes ingresados en Conxo consta que recibiesen alguna terapéutica, en el periodo estudiado, que abarca desde de Octubre 1924 a Octubre 1932. De esos 57 pacientes que consta que recibiesen tratamiento, 7 de ellos no disponían de categoría diagnóstica, o al menos no se reflejaba en su historia clínica, siendo estos un 12%. Una vez agrupados, el

¹ PÉREZ L-VILLAMIL, José- Esquizofrenia. *La piretoterapia no malárica en diversas formas de Esquizofrenia. Estudio de las reacciones de la microglia a variados agentes piretoterápicos*. Santiago, 1931.

²Pyrififer: un preparado a base de proteínas bacterianas de una especie de *colis* no patógenos que se comercializó en 1925, que tenía su indicación en las formas neurosifilíticas y sobre todo en las esquizofrenias.

³<http://enfeps.blogspot.com.es/2012/05/terapias-aplicadas-personas-con.html>. Terapias aplicadas a personas con trastornos mentales. Enfermería Avanza.

⁴ VALLEJO NAJERA, Antonio (1940), pp.140-141

diagnóstico que aparece con más frecuencia es el del grupo de las esquizofrenias, con un 56% (32 pacientes), siguiéndole la psicosis maniaco-depresiva (PMD) con un 9%.

Destacar que también revisamos los expedientes clínicos anteriores, aquellos que iban desde Junio 1916 hasta Octubre de 1924. De esta recogida de datos en la misma línea, durante un periodo de similar duración, 8 años, destacamos un número menor de ingresos siendo 102 en total (178 frente 102). De esos 102 historiales clínicos encontrados, tan sólo en 5 pacientes ingresados quedaba indicada la administración de alguna medida terapéutica, suponiendo un 5% el registro de las terapias.

En nuestro trabajo de investigación hemos tratado de aproximarnos a las diferentes terapias aplicadas en el Sanatorio de Conxo. Todas ellas tenían como objetivo inducir fiebre en los pacientes psiquiátricos para obtener mejoría de la psicopatología después de los picos febriles. Señalaremos que del periodo estudiado, entre 1924 y 1932, el mayor número de aplicación de tratamientos a los enfermos de Conxo correspondió al año 1932.

Como podemos ver, el tratamiento encontrado con mayor frecuencia es el Sulfosin “Leo” (24%), seguido del absceso de fijación con trementina (21%) y de la impaludización (17%). Otras medidas farmacológicas fueron el Bromuro de potasio y el Luminal (o fenobarbital), bien en administración conjunta o por separado (8%), cuyo fin principal era la sedación de los pacientes. Aparece también en un 8% el shock histamínico, que respecto a él, se recoge en prensa de la época¹, citas como la siguiente:

“En el Congreso neuropsiquiátrico que tuvo lugar en Barcelona presentó el Dr. Lois Asorey² una comunicación sobre sus experiencias acerca del choc histamínico, que fue utilizado por él en Conjo, el año 1930, por primera vez en el mundo. Esto consta en el protocolo del Manicomio de Conjo, pero no publicó el resultado de sus experiencias hasta bastantes años después, a causa de no haber podido reunir suficientes casos, por la falta de histamina durante la guerra.”

Encontramos otras terapéuticas de menor aplicación: insulina, mescalina, ciclotropina, Pyrifer, yodiyentol, cacodilato y la ampolla de Somnifeno, que según consta en la literatura revisada, era menos tóxica que los bromuros/luminal.

En nuestra muestra tenemos que destacar que existen registros de más de un tratamiento por paciente, que se aplicaban paulatinamente o simultáneamente, lo que

¹ Anuncio en prensa del Sanatorio del Dr. Lois Asorey y nota en referencia al “Choc histamínico” publicado en “*El pueblo gallego*”: Num.s.n.(25/07/1935)”

>http://biblioteca.galiciana.gal/gl/publicaciones/numeros_por_mes.cmd?idPublicacion=215&anyo=1935 (Consultado 1/3/2017).

² Baldomero Lois Asorey inició su trayectoria profesional en el Hospital Psiquiátrico de Conxo, donde trabajó entre 1928 y 1933. Organizó como vicepresidente de la AEN, junto a Villamil y Rodríguez Somoza, el “III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría en Santiago de Compostela en Julio de 1952”, que se trató del acto científico-político más importante celebrado en Galicia en este período. Añadir que en 1957, Lois Asorey publica el libro “La histamina en el tratamiento de las enfermedades mentales” fruto de muchos años de investigación y estudio, que presenta posteriormente en el Congreso Mundial de Psiquiatría de Zurich. En SIMON LORDA, David- “En el III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Santiago de Compostela, 1952”, Diario de un médico de guardia><http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com.es/search?q=lois+asorey>, 2014 (Consultado 1/3/2017)

explica que el número de registros terapéuticos (n=97) sea mayor que el de pacientes que recibieron tratamiento (n=57).

2.2.Terapias de choque:

Las terapias convulsivas se basaban en el supuesto antagonismo biológico entre la epilepsia y la psicosis, considerando mejoría clínica de los pacientes esquizofrénicos cuando presentaban cuadros convulsivos.

Cabaleiro Goás, director del Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro de Orense, autor del libro “Psicosis Esquizofrénicas”¹ en 1947, cuyo prólogo vendrá de la mano del Dr.Villamil, aborda en un capítulo los medios curativos de las psicosis esquizofrénicas, distinguiendo dos periodos: era pre-insulínica y post-insulínica y presentando referencias de diversos los tratamientos, según autores. Como ejemplo de práctica clínica de estas terapias, hemos encontrado un artículo² que ya había sido previamente presentado en el IV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, en Madrid en Octubre de 1954 acerca de un caso de esquizofrenia infantil paranoide donde a un niño de 10 años se le aplica un tratamiento de sumación alternante insulina-electrochoque.

A.Shock cardiazólico o cardiazolterapia

El uso del agente convulsivo, cardiazol, fue introducido por el psiquiatra húngaro von Meduna (1896-1964) en 1934 y consistía en administrar vía endovenosa rápida una dosis de 1c.c de solución al 10% hasta 10-12 c.c por Kg de peso, sin llegar a superar las 20 o 30 aplicaciones. Previamente al cardiazol, se probó con alcanfor pero dado que causaba vómitos y dolor muscular en la zona de inyección se dejó de utilizar³.

B.Cura de Sakel, coma insulínico o insulino terapia

Consistía en inyectar dosis suficientes de insulina al paciente, para inducir un coma hipoglucémico que aliviara los síntomas de la esquizofrenia para después de media o una hora rescatarlo mediante infusiones glucosadas (té o leche azucarada por sonda nasogástrica o suero glucosado vía intravenosa). La vía de administración podía ser subcutánea o intravenosa. Las dosis podían oscilar entre 24 y 300 U. El tratamiento duraba entre 3 y 6 meses, considerando el fin de la terapia los cambios conductuales en el sujeto. La insulino terapia presentaba diversas complicaciones, entre las más frecuentes destacaban las cardiovasculares (principalmente insuficiencia cardíaca), las encefalopatías y el daño cerebral permanente.

Esta técnica, empleada a partir de 1934 por el psiquiatra austriaco Manfred Sakel (1900-1957), se convirtió en los años cuarenta en la primera elección para el tratamiento de la esquizofrenia.

¹ CABALEIRO GOÁS, Manuel- Psicosis Esquizofrénicas. Editorial Moret, 1947.

² CABALEIRO GOÁS, Manuel- “Esquizofrenia Paranoide Infantil”. Galicia Clínica. Ourense. Diciembre 1954.

³ CONSEGLIERI, Ana; VILLASANTE, Olga; CURA, Isabel- “El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínico-asistenciales”. En CAMPOS, Ricardo; MONTIEL, Luis; HUERTAS, Rafael (coordinadores) - Medicina, Ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI). Madrid: CSIC, 2007, pp. 555- 568.

C.Electrochoque

La primera inducción intencional de convulsiones generalizadas mediante un choque eléctrico con propósitos terapéuticos fue efectuada por los psiquiatras italianos Ugo Cerletti (1877-1963) y Lucio Bini (1908-1964) en el año 1938. Su finalidad era provocar una convulsión tónico-clónica generalizada con fines terapéuticos y evitar los inconvenientes del choque cardiazólico o insulínico. No fue hasta 1952, con la introducción de los relajantes musculares, cuando se consiguió disminuir uno de los principales inconvenientes, el número de fracturas.

En España, Galicia, el Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro (Ourense) fue el primero dedicado monográficamente al tratamiento de enfermedades neuropsiquiátricas en la provincia de Ourense, siendo inaugurado en 1943. Estaba situado en el barrio de O Couto y estaba regido por Manuel Cabaleiro Goás y Nicandro Pérez Vázquez, bajo el manto protector del Dr. José Pérez López Villamil (Catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Santiago y a su vez director/fundador del Sanatorio Psiquiátrico San José de Vigo). Entre su oferta terapéutica estaba, entre otras, la administración de electroshockterapia, que representó una innovación en el tratamiento de las enfermedades mentales en aquel momento. Señalar que se empieza a aplicar a nivel europeo desde 1938, lo que supone una rápida importación de esta terapéutica en el tratamiento de las enfermedades mentales a la psiquiatría ourensana. En el Ourense de la posguerra, durante todo el franquismo y primeros años de la Transición, la terapia electroconvulsiva (TEC) se siguió aplicando tanto en centros públicos como en centros de hospitalización y consultas ambulatorias de carácter privado. Destacar que se empleó en el Hospital de Toén desde el momento de su apertura en el verano de 1959, aunque dejó de usarse a finales de los 70. El uso de la TEC decayó notablemente en España en el contexto de las reformas psiquiátricas de los años 1970-1980 fundamentalmente debido a que había sido usada de forma poco ética y profesional en muchos centros manicomiales privados y públicos. En 1999, la TEC volvió a utilizarse en el Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU) y desde entonces continua aplicándose de forma ininterrumpida con los parámetros actuales de condiciones de aplicación e indicaciones (fundamentalmente trastornos afectivos resistentes al tratamiento con psicofármacos y psicoterapia). A día de hoy se administra TEC en todos los Servicios de Psiquiatría del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)¹.

2.3.Psicocirugía

En el 1935, el neurólogo portugués Egas Moniz² (1874-1955) junto a su compañero el neurocirujano Almeida Lima, desarrolla una técnica de resección de los lóbulos frontales. La divulgación de esta cirugía fuera de Europa, la llevarían a cabo el neurólogo americano Freeman (1895-1972) y el neurocirujano Watts (1904-1994),

¹ SIMON LORDA, David- “Electroshock en Auria: desde 1943 a 2015...con algunos períodos de silencio”, Diario de un médico de guardia> <http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com.es/2015/04/electroshock-en-auria-desde-1943-2015.html?m=0>, 2015 (Consultado 1/3/2017)

² DURO SÁNCHEZ, Alicia; SÁNCHEZ LÓPEZ, Laura; NÚÑEZ RUEDA, J. Manuel; BENITO DELGADO, Rocío; CELORRIO FRIES, Gloria- “Tratamientos en la Psiquiatría del Siglo XX”. Ponencia en XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Toledo, 2014> <http://www.codem.es/ponencias/tratamientos-en-psiquiatria-del-siglo-xx>

modificando la técnica introducida por Moniz, realizando secciones más amplias de la sustancia del cerebro, dándole el nombre de lobotomía.

Inicialmente las indicaciones¹ para esta práctica eran los trastornos psicóticos intratables y las alteraciones conductuales derivadas de éstos y, posteriormente se ampliaron a otros trastornos mentales como trastornos obsesivos compulsivos, depresión resistente y estados de ansiedad crónicos e intratables.

Finalmente la lobotomía entra en desuso en la década de los 50 tras la aparición en el año 1952 del primer antipsicótico (clorpromazina) y progresivamente de otros.

En nuestra revisión de archivos clínicos no hemos encontrado datos de práctica de lobotomías.

Conclusiones

Durante el primer tercio del siglo XX comienzan a aparecer nuevos tratamientos somáticos en la asistencia a los enfermos mentales, que se utilizarán más allá del momento de aparición de los psicofármacos (neurolépticos). En este trabajo se recogen datos acerca de tratamientos (piretoterapias -malárica y no malárica-, abscesos de fijación, curas de Sakel, choque cardiazólico y electroshock...) aplicados a lo largo de más de medio siglo a los enfermos mentales de Galicia internados en los centros manicomiales de Conxo-Santiago (A Coruña) y de Toén (Ourense).

Fuentes

Archivo de Galicia- Santiago de Compostela:

Archivo Clínico del Manicomio de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes de las cajas G5814 (del año 1916 al 1924), G5815, G5816, G517.

Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia. <http://biblioteca.galiciiana.gal/gl/inicio/inicio.do>

Documentación facilitada por el Trabajador Social del Hospital de Piñor, que incluye una base de datos de los pacientes ingresados durante el primer año de funcionamiento del Sanatorio de Toén de Ourense (1959-1960) y material gráfico acerca de combinatorias terapéuticas de los pacientes ingresados en Toén, desde 1959 hasta 1984.

Bibliografía

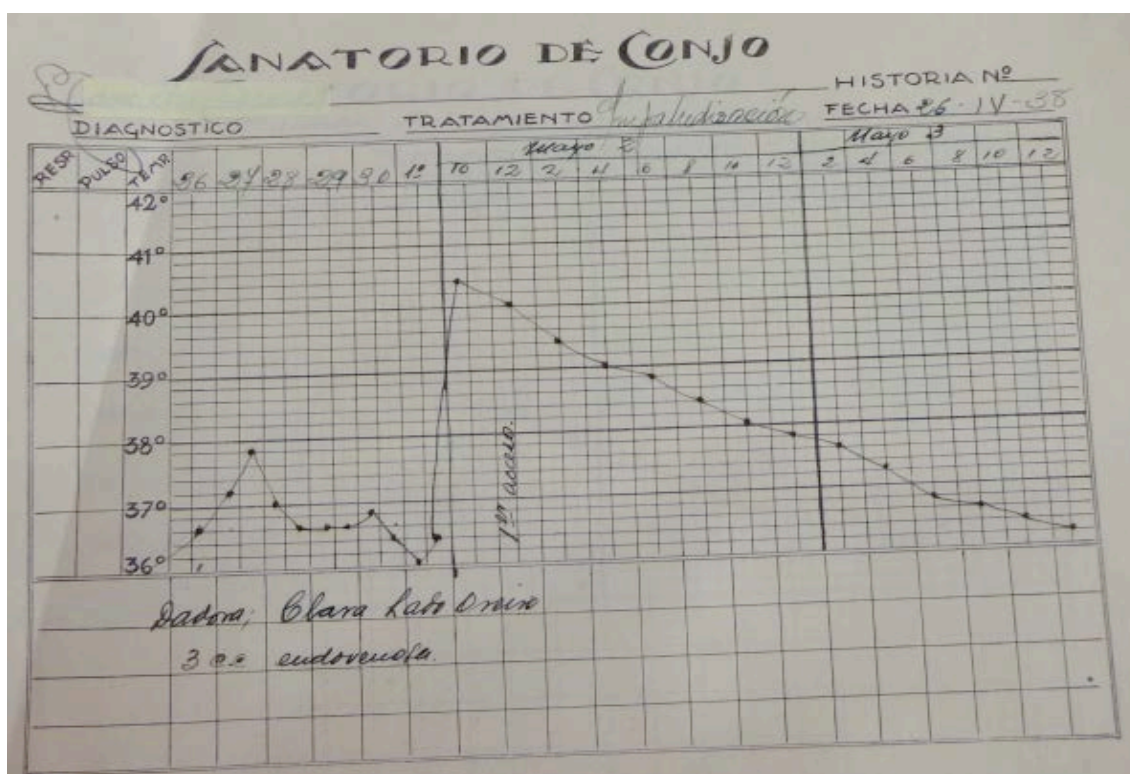
CONSEGLIERI, Ana- “La introducción de nuevas medidas terapéuticas: Entre la Laborterapia y el Electroshock en el manicomio de Santa Isabel”. *Revista Frenia*, VIII, (2008), pp.131–160, ISSN: 1577-7200. Retrieved from <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16458/16303>

CONSEGLIERI, Ana; VILLASANTE, Olga- “Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés” *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol XXVII (99), (2007), pp.119–141, ISSN 0211-5735.

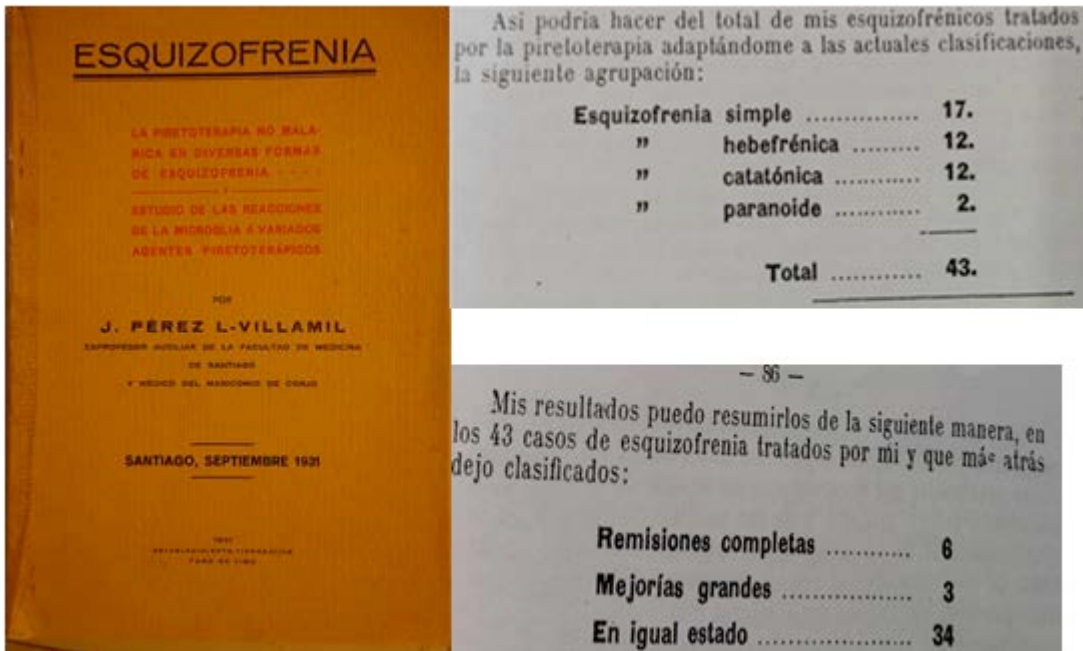
STUCCHI PORTOCARRERO, Santiago- “La Revista de Neuro-Psiquiatría y los primeros tratamientos biológicos en la psiquiatría mundial”. *Revista Neuropsiquiatría*, 76(3), (2013), pp. 145-152.

¹ CASAS LOSADA, Alfonso; GARCÍA ÁLVAREZ, M^a Jesús; GONZÁLEZ GARCÍA, Andrés- “Psicocirugía”. *SISO/SAUDE*, 30 (1997), 5-14. ISSN:1130-1538

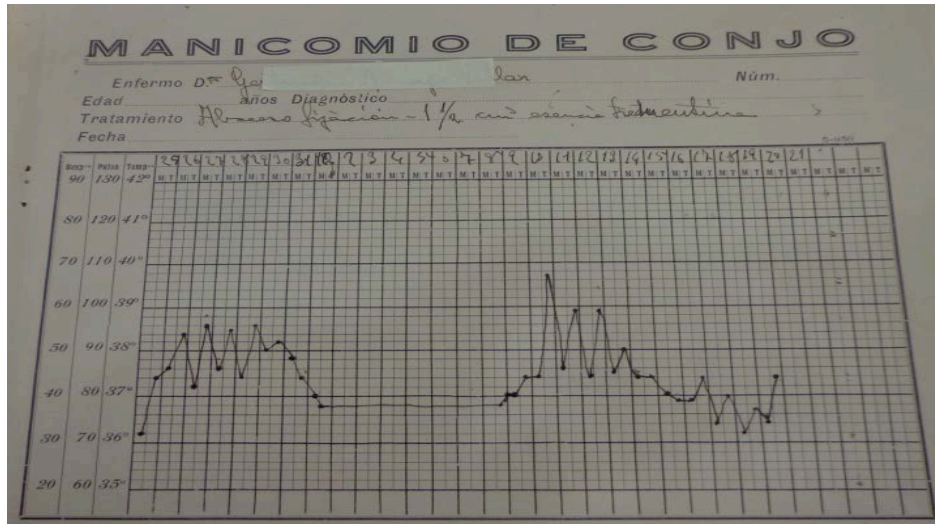
VILLASANTE, Olga- “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, SISO/SAUDE, 37 (2002), pp.101-117.



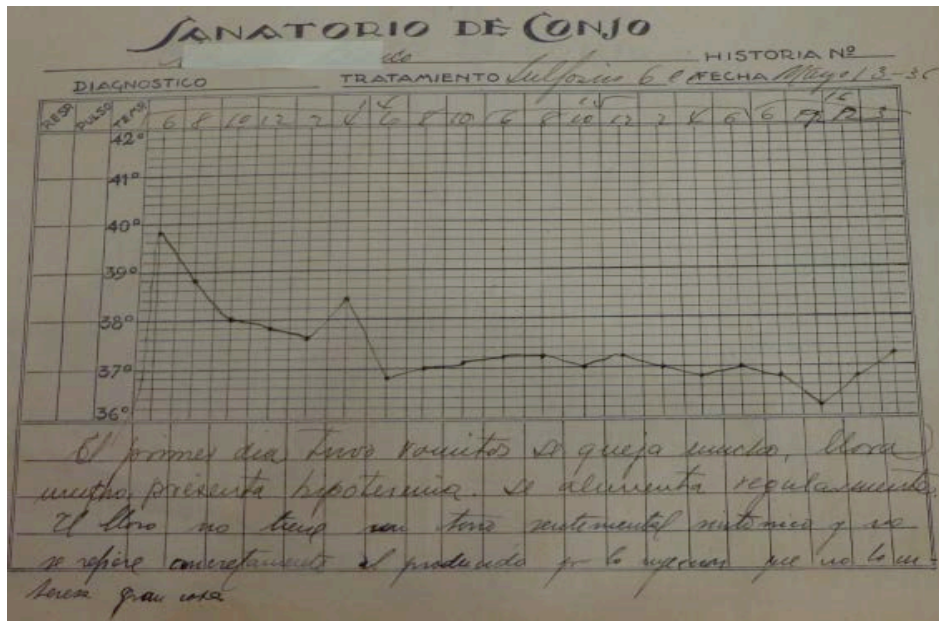
ⁱ Figura 1: Hoja de tratamiento de impaludización o malarioterapia (Caja G5816- NHC 3682)



“ Figura 2: Tesis doctoral de José Pérez-López Villamil (1904-1996). Resultados



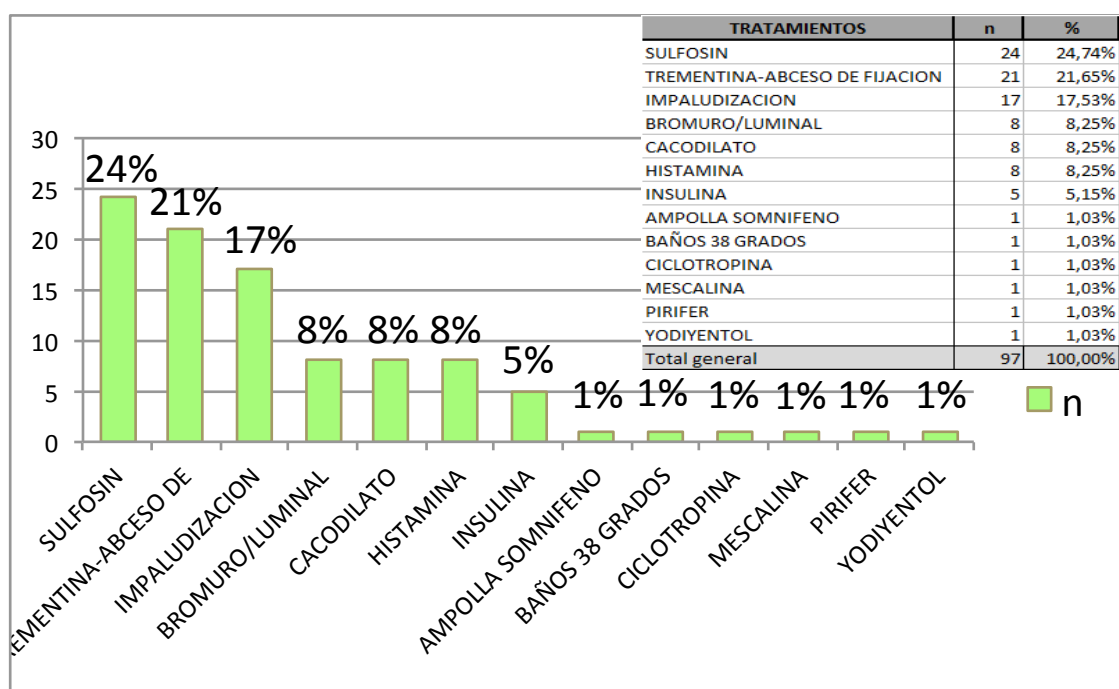
iii Figura 3: Hoja de registro de tratamiento con absceso de fijación de trementina



iv Figura 4: Hoja de tratamiento con Sulfosin Leo (Caja G5816 -NHC 3504)
 [“El primer día tuvo vómitos. Se queja mucho, llora mucho, presenta hipotermia. Se alimenta regularmente. El lloro no tiene un tono sentimental sintónico y no se refiere concretamente al producido por la inyección”].

DIAGNÓSTICOS	n	%	CONCENT. POR DX	SEXO		SEXO %		CONCENT. POR SEXO	
				MUJERES	VARONES	M	V	M	V
DEPRESION MELANCOLICA	1	1,75%	56,14%	1		3,13%	0,00%	43,75%	72,00%
DISTIMIA HISTEROIDE	1	1,75%		1		3,13%	0,00%		
ESQUIZOFRENIA	20	35,09%		8	12	25,00%	48,00%		
ESQUIZOFRENIA CATATONICA	1	1,75%			1	0,00%	4,00%		
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	6	10,53%		4	2	12,50%	8,00%		
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	4	7,02%		1	3	3,13%	12,00%		
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	1	1,75%		1		3,13%	0,00%		
INHIBICIÓN HISTÉRICA	2	3,51%		1	1	3,13%	4,00%		
MORFINOMANIA	1	1,75%			1	0,00%	4,00%		
OLIGOFRENIA	1	1,75%			1	0,00%	4,00%		
PARALISIS GENERAL PROGRESIVA	1	1,75%			1	0,00%	4,00%		
PMD	5	8,77%		3	2	9,38%	8,00%		
PSICOSIS BASEDOWIANA-HT	1	1,75%			1	3,13%	0,00%		
PSICOSIS EPILEPTICA	1	1,75%			1	3,13%	0,00%		
PSICOSIS HISTERICA	1	1,75%		1	3,13%	0,00%			
PSICOSIS PUERPERAL	2	3,51%		2	6,25%	0,00%			
REACCIÓN PSICOGENA	1	1,75%		1	3,13%	0,00%			
SIN DIAGNÓSTICO	7	12,28%		6	18,75%	4,00%			
Total general	57	100,00%		32	25	100,00%	100,00%		

vii Figura7/Tabla1: Categorías diagnósticas distribuidas por sexo
(M: mujer/ V: varón)



viii Figura8/Tabla 2: Medidas terapéuticas aplicados en Psiquiátrico de Conxo (Octubre 1924- Octubre 1932)

APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS POR AÑO										
AÑO	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1940	
n	15	27	2	1	4	4	1	2	1	57

ix Figura9/Tabla 3: Evolución de la aplicación de tratamientos en función de año de ingreso

Enfermo D. Hernández Hoja clínica núm. _____

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

PUNTOS DE VISTA TERAPEUTICOS

INDICACIONES A LLENAR

PLAN TERAPEUTICO:
Inyección de Histamina

DESARROLLO DEL PLAN:

Día 17 de Mayo de 1932 = Se toma sangre para estudiar la velocidad de sedimentación a las 10 horas 55 minutos
 del 17 de Mayo = sedimentación a la hora 84 mm. Sedimen-
 tación a las 14 horas 117,5 mm. Sedimentación media 44,2 mm
 Sedimentación total 106 mm = Tubos 1 y 2 =
 Fórmula sanguínea antes de comenzar la inyección de Hista-
 mina =

Desarrollo del día 26 de Mayo de 1932 = 58, 1/2 Kgs
 Día 27 = 17 inyección de Histamina = 1 cm³ de solución = la reacción es
 bastante clara en rubefacción del tegumento;
 a los 10' se puede apreciar su mayor intensidad; ligera inquietud en la enferma = tem-
 peratura en el momento de mayor reacción es 36,8°
 A los 14' se extrae la sangre para fórmula leu-
 cocitaria =

Día 28 se le inyecta la 2^a dosis también de un cm³ = la misma reacción
 del día anterior = temperatura 36,7°

^x Figura 10: Protocolo de tratamiento de inyección de histamina (Mayo 1932)

Caja G5817-NHC3728

[Estudio de la VS, fórmula sanguínea y peso antes de la inyección.

10 inyecciones/ una diaria.

Cada día 1c.c 1^o día: La reacción es bastante clara en rubefacción del tegumento ; a los 10 minutos se puede apreciar su mayor intensidad; ligera inquietud en la enferma; temperatura en el momento de mayor reacción es 36,8° A los 14 min se extrae sangre para fórmula leucocitari....]

Tratamientos	n Varón	(en blanco)	Total general
Celdas	2		2
Cura de sakel	5		5
Electrosocks	10		10
Laborterapia	10		10
Psicofármacos	51		51
(en blanco)	21	2	23
Total general	99	2	101

^{xii} Figura 12/Tabla 4: Práctica terapéutica realizada en Sanatorio de Toén durante el primer año de funcionamiento 1959-1960.
(Hasta 1982 las mujeres no ingresaron en Toén)

TRATAMIENTOS	n MUJER	n VARON	% MUJERE	% VARONE	n TOTAL	n TOTAL	n pacientes recibieron ES	% pacientes recibieron ES
Celda/farmaco/ES		5	0,00%	0,64%	5	0,51%	99	10,03%
Celda/laborterapia/ES		19	0,00%	2,42%	19	1,93%		
laborterapia/sakel/farmaco/ES		2	0,00%	0,25%	2	0,20%		
laborterapia/celda/farmaco/ES		1	0,00%	0,13%	1	0,10%		
ES/celda/farmaco		2	0,00%	0,25%	2	0,20%		
ES/farmaco		50	0,00%	6,36%	50	5,07%		
ES/laborterapia		1	0,00%	0,13%	1	0,10%		
ES/laborterapia/farmaco		7	0,00%	0,89%	7	0,71%		
ES/sakel/farmaco		7	0,00%	0,89%	7	0,71%		
laborterapia/ES/farmaco		4	0,00%	0,51%	4	0,41%		
piretoterapia/farmaco/ES		1	0,00%	0,13%	1	0,10%		
celdas/farmaco	13	45	6,47%	5,73%	58	5,88%		
desconocido	6	0	2,99%	0,00%	6	0,61%		
Farmaco	180	462	89,55%	58,78%	642	65,05%		
farmaco/laborterapia	2	143	1,00%	18,19%	145	14,69%		
farmaco/sakel		14	0,00%	1,78%	14	1,42%		
laborterapia/piretoterapia/farmaco		1	0,00%	0,13%	1	0,10%		
laborterapia/celda/farmaco		1	0,00%	0,13%	1	0,10%		
laborterapia/sakel/farmaco		3	0,00%	0,38%	3	0,30%		
en blanco		18	0,00%	2,29%	18	1,82%		
	201	786	100,00%	100,00%	987	100,00%		

^{xiii} Figura 13/Tabla 5: Tabla 4: Combinaciones de terapéuticas aplicadas a los pacientes que ingresaron en el Psiquiátrico de Toén (1959-1984)

ELECTROTERAPIA, “NERVIOS” Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA (ESPAÑA) (FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL XX)

David Simón Lorda*, **Xaqueline Estévez Gil***, **María Victoria Rodríguez Noguera****, **Mónica Minoschka Moreira Martínez****, **Tatiana Bustos Cardona***

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde

*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatría.

Email:dsimlor@gmail.com

Keywords: electrotherapy, XIXth century, XXth century, psychiatric hospital, nerves

Abstract

A review on the use of electrotherapy in the treatment of nervous and mental disorders in psychiatric hospitals and medical practices in the region of Galicia (NW Spain) during the late nineteenth and early twentieth is performed. We reviewed the Psychiatric archives at Conxo Hospital (period 1885-1930), as well as publications and graphic sources of the time, private files and newspaper sources.

Conclusions: As in many European countries at that time, electrotherapy was publicized at the time as a major therapeutic innovation in Galicia of those years. There were cabinet electrotherapy both the central Psychiatric Hospital in the region (Manicomio de Conxo, Santiago de Compostela, which opens in 1885) and in some general hospitals begin to have cabinets or departments of electrotherapy in the first decades of the twentieth century. Electrotherapy also was offered both private medical cabinets specialized establishments and spas and hydrotherapy centers that appear in nineteenth century and dedicated to treatment of "nerves" (neurological, neurosis, neurasthenia, hysteria ...) diseases.

1.Introduccion

La electroterapia, considerada como un agente terapéutico físico o psicofísico, similar al agua y al hipnotismo, fue recomendada frecuentemente por los facultativos en consultas y hospitales hacia finales del siglo XIX; y como indicaban los alienistas de esa época, no podía faltar en un manicomio. La electroterapia fue utilizada masivamente con fines terapéuticos, y llegó a poseer un cierto status de reconocimiento en el arsenal terapéutico del momento (Beveridge, 1988; Shorter, 1999; Steinberg, 2011). El cuerpo era definido en aquellas épocas como una máquina eléctrica con sus propios circuitos, donde la electroterapia intervenía en ese “sistema nervioso electrificado”. Era tanto un método que servía tanto de diagnóstico como terapéutico, y hay que señalar que todo ello fue articulado bajo la fascinación por la innovación tecnológico-social que supuso la llegada de la corriente eléctrica: estábamos en “la era de la electricidad” (Blondel, 2010; Correa, 2014).

En este artículo nos proponemos realizar una revisión acerca del uso de la electroterapia en el tratamiento de enfermedades nerviosas y mentales en los hospitales psiquiátricos y gabinetes médicos en la región de Galicia (Noroeste de España) en la época dorada de la electroterapia, y que abarca el período de finales del siglo XIX y primeros años del XX.

2. De la electroterapia del siglo XIX a la “pushbutton psychiatry” del siglo XXI

En 1887 el ilustrador Daniel Urrabieta Vierge publica en la revista “Le Monde Illustré” algunos grabados en donde se muestra el Servicio de Electroterapia de la Clínica Salpêtrière de París, uno de los Hospitales más importantes de Europa en esa época y cuya área neuropsiquiátrica estaba dirigida por Charcot. El grabador e ilustrador español afincado en Francia nos mostraba en sus trabajos el laboratorio y servicio de electroterapia del Dr. Romain Vigouroux, sucesor de Duchenne, en donde bajo la dirección del maestro Charcot, se trataban a enfermos neurológicos y psiquiátricos. El propio Urrabieta Vierge es tratado en el Servicio de Electroterapia de la Salpêtrière de París allí debido a una parálisis secundaria a accidente cerebrovascular, motivo por el cual dedica varios de sus grabados a temas relacionados con esa institución.

Pero no solo los problemas neurológicos se trataron con electroterapia en esos años en que además Charcot realizaba sus sesiones con las pacientes afectadas de histeria.

Así hacia 1889, se consideraba que en perturbaciones funcionales como la histeria los procedimientos electroterápicos eran la norma. Se recomendaban la faradización general, los baños eléctricos, la galvanización del cerebro y de la columna vertebral no solo en histerias, sino también en insomnios, vértigos y “debilidades nerviosas”, en los “estados psicopáticos incipientes, vagos o incompletos”, “en la ansiedad mórbida, con insomnios y alucinaciones”, “en las neuropatías”, “en los ataques de psicosis”, y en las avanzadas como “las melancolías acentuadas”, “la excitación maníaca” y “las psicosis histeroepilépticas”(citado en Correa, 2014).

En la actualidad, y tras décadas de silencio, la estimulación eléctrica para el tratamiento de las enfermedades mentales ha reaparecido con fuerza. En un contexto de re-somatización de la enfermedad mental, asistimos a una creciente y creciente fascinación hacia una “nueva electroterapia”: la estimulación del nervio vago por marcapasos, la estimulación cerebral profunda, la estimulación magnética transcraneal y una potenciación de la terapia con electrochoque (Gilman, 2008; Steinberg, 2011).-- Algunos autores como Kneeland y Warren (2002) la han denominado -con cierta sorna crítica- como la era de la “Pushbutton Psychiatry”.

3. Psiquiatría, electroterapia y nervios en Galicia (1888-1938)

3.1. La electroterapia en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela- A Coruña)

Galicia es una región del Noroeste de España, compuesta por cuatro provincias: A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra. Como ya hemos señalado en otros trabajos (Simón, 2005), sufre una tardía medicalización o institucionalización de la locura, y no será hasta finales del siglo XIX cuando se hará claramente presente con la apertura en 1885 del llamado Manicomio Central de Galicia. Estaba situado en el antiguo monasterio de Conxo, un municipio colindante con el de Santiago de Compostela (A Coruña), lugar éste a donde se dirigían las famosas peregrinaciones jacobeanas.

Será durante varias décadas el único manicomio abierto en Galicia, y funcionó como un establecimiento privado inicialmente benéfico y luego ya con una orientación

más claramente mercantilista (explotado por la Iglesia y la Banca compostelana) que concertaba las estancias de los enfermos (dementes-alienados-locos) con las Diputaciones gallegas Su primer director fue Timoteo Sánchez Freire (1838-1912) y posteriormente Juan Barcia Caballero (1852-1926), quien ya trabajaba en Conxo desde su apertura (Simón, 2005).

En un espacio asilar de fines del XIX y primeros años del XX, no podía faltar una instalación de electroterapia, y el Manicomio de Conxo, el manicomio central de Galicia, por supuesto que ofertó esa terapéutica, y lo anunciaba en la publicidad que se difundió a través de tarjetas postales y también en anuncios en prensa médica y general. Las fotografías o postales promocionales del establecimiento manicomial se editaron en torno a 1907 o 1910 por la fototipia Thomas, una de las más prestigiosas del país. En una de ellas se mostraba una foto de un flamante Gabinete de Electroterapia. Pensamos que estaba situado en una sala del edificio que había comenzado a funcionar desde otoño de 1902, momento en que se hace una importante ampliación del hospital.

Cabe pensar que ya se estuviese utilizando en el Manicomio desde al menos 1888, ya que en ese año hemos encontramos anuncios de Gabinetes de electroterapia ya funcionando y publicitándose en Galicia. En el Reglamento de funcionamiento del manicomio de Conxo de 1891 (aprobado en 1889) no hay ninguna referencia a la electroterapia.

Para analizar el uso de la electroterapia en el tratamiento de los enfermos internados en Conxo, consultamos los historiales clínicos y libros de altas y defunciones que se conservan de los enfermos ingresados en dicho centro desde el año 1885 hasta 1930. Dichos historiales se custodian en el Archivo Central de Galicia (en la Cidade da Cultura, Santiago de Compostela) y que están accesibles a los investigadores desde el 2012. En el conjunto de documentación consultada hay muchos casos de diagnósticos de idiocia, demencia, delirio crónico, locura epiléptica, manía, melancolía, locura circular, locura puerperal...

Son historiales muy incompletos y que a veces aportan escasos datos. En ninguno de los historiales consultados encontramos referencias acerca del uso de la electroterapia, aunque sí de otros tratamientos como bromuros, opio, sangrados, hidroterapias, “psicoterapia”(?), piroterapias (abscesos de fijación, malarioterapia, Sulfosin...).

El Manicomio de Conxo continuará informando de sus instalaciones de tratamientos con electroterapia a lo largo del primer tercio del siglo XX y lo hará hasta los años de la Guerra Civil. Así, los diferentes directores en esos años dieron testimonio a través de reportajes en prensa acerca del Manicomio y de las instalaciones del centro. Fueron publicados tanto en prensa general como en prensa científico- médica. Durante la etapa de Juan Barcia Caballero en “La Mañana” (1918), en “España Médica” en 1920 y en “La Correspondencia de España” en 1922. En 1930 en los años de dirección de Francisco Bacariza, hay un extenso reportaje/crónica firmado por Luis N. de Castro en el periódico madrileño “La Libertad”:

“Entre sus dependencias cuenta con una farmacia en la que se hacen las fórmulas que prescriben los médicos, provista según las exigencias de la farmacología moderna; sección de baños; gabinete hidroterápico con cuantos aparatos pueden ser de utilidad; laboratorio de análisis clínicos; gabinete

eléctrico, con instalación completa de electroterapia para aplicaciones franklinicas, con sus variedades de baño, duchas eléctricas, efluvio y descarga, corrientes galvánicas, farádicas combinadas, electrólisis y cataforesis, cuyo conjunto es lo más necesario para el moderno tratamiento de las psicopatías”.

Señalar que este reportaje está realizado en un momento en el que había un deterioro asistencial notable por la elevada población acogida en el manicomio y la escasez de facultativos, y que provocará la marcha de Bacariza del centro, pasando a ser el director Vicente Goyanes Cedrón hasta 1931 que con la llegada de la Segunda República se hace cargo de la dirección del centro el psiquiatra Ramón Rodríguez Somoza, quien será director del centro hasta los años 70.

Una de las últimas referencias que hemos encontrado acerca de la electroterapia en el manicomio de Conxo está en un anuncio que el hospital inserta en la revista compostelana “Medicina y Cirugía” en 1938, en plena Guerra Civil española, y en donde se ofertaban “Tratamientos modernos, Últimas instalaciones técnica, electroterapia, psicoterapia, asistencia individualizada, confort, calefacción, gran huerta y bosque”.

3.2.La electroterapia en hospitales generales, consultorios, gabinetes médicos y casas de baños de Galicia

Los otros espacios de uso de la electroterapia fueron los hospitales clínicos generales, gabinetes, consultorios privados y las casas de baños que funcionaron en Galicia en ese período. Muchos de ellos, al igual que hizo el Manicomio de Conxo, publicitaron sus terapias en la prensa, o hicieron referencias a través de artículos científicos. Y es que la electricidad ocupó un lugar privilegiado en la publicidad médica de fines del siglo XIX e inicios del XX:

“[La electricidad] Encarnada en imágenes de cuerpos y rostros vigorosos, en aparatos modernos, en relatos de ánimos restituidos y en novedosas rutinas higiénicas, anunció su éxito y aplaudió su modernidad. Como parte de la oferta de establecimientos termales, instituciones hospitalarias, baños públicos, institutos de mecanoterapia, clínicas particulares y casas comerciales que ofrecían productos terapéuticos, enseñó sus funciones y movilidad, pero por sobre todo, su vigencia para el tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas” (Correa, 2014).

Para investigarlo realizamos una búsqueda en prensa local de Galicia usando el portal Galiciana y también en la Hemeroteca online de la Biblioteca Nacional.

La referencia más temprana a tratamientos con electroterapia en Galicia la encontramos en el año 1888 en la ciudad de A Coruña. Era el “Gabinete de Electroterapia” del Dr. Francisco Aznar, quien continuará con anuncios en prensa (en su Gabinete o vinculado a la Casa de Baños “La Primitiva” en A Coruña) durante casi una década, hasta 1897.

Es de destacar la novedosa y temprana oferta de electroterapia que ya se hace ya en las Casas de Baños gallegas. Es éste un período de máxima importancia en cuanto a afluencia de personas en busca de remedio o descanso, no sólo en los balnearios sino

también en las Casas de Baños, donde se utilizaba el agua de mar y también aguas traídas de los establecimientos de aguas mineromedicinales más reputados. En muchas de estas Casas de Baños se incluían entre sus tratamientos masajes, mecanoterapia y electroterapia, además de las aplicaciones de aguas de mar y dulce. Hubo Casas de Baños en todas las capitales gallegas, aunque las más importantes fueron las situadas en la costa gallega, siendo las más famosas las de A Coruña.

La Casa de Baños “La Primitiva” de A Coruña fue una de las más importantes, y ya al menos desde 1888 ofertaba la electroterapia en su arsenal terapéutico, y en donde también trabajaba el médico Francisco Aznar.

La otra Casa de Baños de A Coruña se llamaba “La Salud”, y hemos encontrado datos de su oferta de electroterapia en el verano de 1911. Los médicos vinculados a ella eran facultativos de reconocido prestigio en la ciudad: Manuel Gradaille y Juan Pan, los cuales también trabajaron en “La Primitiva”.

En Pontevedra ciudad, aparece en 1897 la electroterapia pero vinculada a un dispositivo asistencial que podemos calificar de inusual para esta oferta terapéutica. Nos referimos al Instituto de Vacunación Antirrábica de Pontevedra, regentado por el médico Ángel Cobián Areal (1854-1901). Este médico fue una importante figura de la sanidad de Pontevedra, y estuvo muy comprometido con los problemas sanitarios y sociales de su tiempo. Incorporó y aplicó las novedades y avances de su época: vacunación antirrábica, sueros antidiftéricos, rayos X...y también la electroterapia,... la cual la incorpora al Instituto Antirrábico a los pocos meses de la apertura de éste en marzo de 1897.

En la provincia de Lugo encontramos datos de otro importante médico que también oferta la electroterapia en los anuncios de su consulta en 1899. Nos referimos al doctor Jesús Rodríguez López (1859-1917), quien fue un personaje muy conocido en el ambiente cultural y político de su ciudad, y sobre todo debido a la publicación de su libro “Supersticiones de Galicia”, una de las obras más leídas de la etnomedicina gallega y que tuvo problemas con la Iglesia lucense por la publicación de la misma. Estamos de nuevo ante un médico atento a las novedades sanitarias, y así ya en 1885 viaja al Instituto Pasteur de París para conocer de primera mano el tratamiento contra la rabia. Divulgador en prensa de los tratamientos contra la rabia, de la gripe y acerca las bondades de la hidroterapia, en 1893 será también uno de los galenos que realizan la primera operación con anestesia total con cloroformo en la provincia de Lugo. Fue directivo del Colegio Médico-Farmacéutico, representante por Lugo en las asambleas nacionales de Médicos Titulares, vocal de la Junta Provincial de Sanidad...

Los beneficios de la electroterapia en algunos los anuncios de la prensa de la época se apoyaban en muchas ocasiones en conclusiones emanadas de los eventos médico-científicos de la época. Así por ejemplo, el Congreso Internacional de París del año 1900, y que es utilizado en la publicidad de un consultorio madrileño que se anuncia en la prensa gallega de la época:

“En el último congreso de Medicina que se ha celebrado en París, que ha venido a poner de manifiesto los últimos progresos de la ciencia médica, se ha reconocido que los únicos medios de obtener la completa curación de la neurastenia gástrica y cerebral, vértigos, insomnio, parálisis agitante, neuralgias. Histerismos y demás desequilibrios o debilidades del sistema

nervioso, consisten en la aplicación de la electricidad por el auto-conductor D'Arsonwal, por el baño hidroeléctrico y por las corrientes sinusoidales, agentes de curación que se emplean en el Consultorio Médico Quirúrgico Internacional, establecido en Madrid, en la calle del Arenal, número 1, principal y Segundo” (anuncio “El lucense: diario católico de la tarde”(Lugo), Núm. 4718, 24 de octubre de 1900).

En Santiago, sede de la Facultad de Medicina de Galicia, hay que destacar la figura de Miguel Gil Casares. Sus campos de investigación se centraron en la tuberculosis y en la patología cardíaca, pero además fue el principal impulsor del gabinete de radiología en la Universidad compostelana, uno de los primeros de España. Al menos desde 1901 estaba al frente del gabinete de electroterapia en el Hospital Clínico (el Hospital Real de Santiago, actual sede del Parador de Santiago). El Dr. Gil Casares publica en ese año 1901 en la “Revista Médica Gallega” un trabajo clínico en los que usa la electroterapia en parálisis espinal en niños; y en “España Médica” publica en 1916 un tratamiento con electroterapia en un caso de afonía histérica.

En Santiago de Compostela, aparte de lo ya referido en relación al Manicomio de Conxo y al Hospital Clínico, hay que destacar la presencia de otros gabinetes o establecimientos que ofertaban la electroterapia, muchas veces como un complemento a su cartera de servicios, con clara intención de atraer clientela, lo que también redonda en la importancia que se le daba en aquel momento a la electroterapia. Nos referimos en concreto al Instituto Pedreira, dirigido por Ángel Pedreira Labadie y fundado en 1891. Este centro estaba dedicado fundamentalmente a vacunaciones y realización de análisis, radiografías, pero también atendían a partos, y al menos desde 1904 también afirmaba en su publicidad que disponía de unas “modernas y completas instalaciones electroterápicas”. En una línea similar a la de Pedreira, pero de forma mucho más modesta, el Instituto Antirrábico de Leopoldo Salgués Álvarez-Losada en Santiago en 1925.

Otros consultorios gallegos fueron los de Abella (1891) y J. Lastres en Vigo (1905), Francisco Rionegro en Ourense (1913); Gutiérrez Moyano (1918) y Manuel Fraga Irure (1921) en A Coruña (1918), Rafael de la Vega Barrera en Lugo (1918), Manuel Rivas Barros (1925) en Santiago...sobre los que ahora no podemos detenernos o extendernos por motivos de espacio, pero todos ellos importantes profesionales de prestigio en sus localidades. Asimismo hay referencias en prensa respecto a la intención de dotar o instalar electroterapia en algunos hospitales provinciales como el de Ourense (en 1913) o el nuevo hospital de Lugo en 1930, pero no hemos conseguido confirmar si se llevaron a cabo.

Señalar el interesante Consultorio Médico y Gabinete de Electroterapia que en 1914 estaba establecido en la villa de Ribadeo (Lugo), y regentado por los doctores Amando Pérez Martínez y Eliseo Martínez Alonso. En el anuncio que publican detallan toda su oferta electroterápica, y en ella indican que “las corrientes de alta frecuencia o de Arsonvalización” son “de gran eficacia en histerismo y neurastenia”.

A veces este arsenal electroterápico se combinaba con otras técnicas del campo de la intervención psicoterapéutica como el hipnotismo. Así hemos encontrado que el médico coruñés José García Fernández en sus anuncios de su “Gabinete Quirúrgico y electroterapia” en “El Eco de Galicia” en octubre de 1911, explicitaba que:

“En suma, todos los padecimientos pueden ser tratados en este Sanatorio puesto que no sólo tenemos el bisturí, la electroterapia, hidroterapia, lavado de cavidades, inyecciones intravenosas, aplicación del 606, etc...sino que podemos recurrir al hipnotismo y a la sugestión en casos puramente psíquicos”.

Hubo voces de prestigiosos neuropsiquiatras de la época como la del madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora, que denunciaron en su momento que los tratamientos eléctricos y el hipnotismo eran tratamientos que “se prestaban a la farsa y a la explotación inmoral”. En un interesante y contundente trabajo publicado en “La España Médica” en marzo de 1918, y titulado “El médico general y la Neurología”, señalaba que “nadie que no sea un insensato dudará que la electricidad es un precioso factor de diagnóstico y terapéutica para el neurólogo” pero “el empleo rutinario de la electricidad en estos de parálisis general o de demencia precoz casos ha originado el mito de la curación terapéutica”. Abogaba por comenzar “una campaña antielectroterápica”. En la misma línea se pronunciaba respecto al hipnotismo:

“Mas también aquí debemos limitar su empleo a las verdaderas indicaciones y no utilizarlo en casos en los cuales su ineficacia es conocida. Recientemente hemos visto dos paralíticos generales, uno en su segundo año y otro en su quinto mes de enfermedad, sometidos a procedimientos hipnóticos. ¡Como si se pretendiese sugestionar a los spirochaetes!”(Rodríguez Lafora, 1918)

No sabemos si algo pudo haber tenido que ver la reflexión y denuncia de Rodríguez Lafora, pero lo cierto es a partir de mediados de los años 20 hemos encontrado muchas menos referencias a tratamientos electroterápicos en prensa de la época. Señalar que también coincide con el final de la época de la Restauración en España (1874 a 1923) y de la Belle Epoque europea, que fueron momentos de máximo auge de la era de los balnearios, así como la aparición de otras terapéuticas y concepciones del enfermar psíquico.

3.3.Resumen de fuentes/referencias hemerográficas acerca de Gabinetes de electroterapia, Casas de Baños con electroterapia en Galicia (desde 1888 a 1939) usando portal Galiciana, Hemeroteca Biblioteca Nacional y archivos

AÑO	LUGAR	Médico	Centro	PERIÓDICO/Libro
1888	A Coruña	Francisco Aznar	“Gabinete de Electroterapia”	El Anunciador (A Coruña), 21/02/1888
1888	A Coruña	--	Casa de baños “La Primitiva”	El Regional, 10/07/1888
1890	A Coruña	Francisco Aznar	Gabinete de Electroterapia de Francisco Aznar	El Telegrama(A Coruña), 18/01/1890

1891	Vigo	Abella	Electroterapia Abella	Anuncio en “Los héroes de la Reconquista de Vigo”(1891) de Nicolás Taboada Leal
1896	Santiago	J. Cruz	Academia Médico Quirúrgica Compostelana	Artículo “De la electricidad estática”. Revista de la Academia MQ Compostelana, 15/01/1896
1897	A Coruña	Francisco Aznar	Casa de Baños La Primitiva	El Regional (Lugo), 10/10/1897 y El Eco de Galicia, 03/08/1897
1897	Pontevedra	Cobián Areal	Instituto de Vacunación Antirrábica	Gaceta de Galicia, 23/06/1897
1899	Santiago	--	Gabinete electroterapia Hospital Clínico	Boletín de Medicina y Cirugía de Santiago, octubre 1899
1899	Lugo	Jesús Rodríguez López	Consultorio Médico	El Regional (Lugo), 12/03/1899
1900	Madrid	--	Consultorio Médico Quirúrgico Internacional	El lucense, 24/10/1900
1901	Santiago	Miguel Gil Casares	Gabinete electroterapia Hospital Clínico	Revista Médica Gallega, 28/02/1901 y 30/05/1901
1902	A Coruña	--	Gabinete electroterápico	El Regional, 28/10/1902
1903	A Coruña	--	Gabinete electroterápico	El Regional, 10/01/1903
1904	Santiago	Ángel Pedreira Labadie	Instituto Pedreira	Gaceta de Galicia, 25/05/1904
1905	Vigo	J. Lastres	Policlínica Médico Quirúrgica y enfermedades secretas	El Noticiero de Vigo, 21/02/1905
1910?	Santiago	Juan Barcia Caballero	Sanatorio de Conjo (Manicomio de Conxo)	Libro “Block postales publicitarias Sanatorio de Conjo, Santiago de Galicia, fototipia Thompson, 1910 aprox.
1910	A Coruña	Dr. José García Fernández	Gabinete Quirúrgico y electroterapia del médico García Fernández	El Eco de Galicia, 31/08/1910

1911	A Coruña	Dr. José García Fernández	Gabinete Quirúrgico y electroterapia del médico García Fernández. Hipnotismo.	El Eco de Galicia, 04/11/1911
1911	A Coruña	Manuel Gradaille y Juan Pan	Casa de Baños La Salud	La Voz de la Verdad, 09/08/1911 y El Eco de Galicia, 05/08/1911
1913	Ourense	--	Hospital Provincial As Mercedes	La Correspondencia de España. 12/8/1913
1913	Ourense	Francisco José Rionegro	Consulta Dr. Rionegro	El Liberal, 29 octubre 1913
1914	Ribadeo (Lugo)	Amando Pérez Martínez y Eliseo Martínez Alonso	Consultorio Médico y Gabinete de electroterapia	Mondoñedo, periódico bisemanal (Lugo), nº643, 17/03/1914.
1916	Santiago	Miguel Gil Casares	Consulta de Miguel Gil Casares	España Médica, 20 agosto 1916
1918	Lugo	Dr. Vega (Rafael de la Vega Barrera?)	Sanatorio Vega	El Regional (Lugo), 19/08/1918
1918	Santiago	Juan Barcia Caballero	Manicomio de Conxo	La Mañana, 28/10/1918
1918	A Coruña	Dr. A. Gutierrez Moyano	Consultorio Gutierrez Moyano	El Regional (Lugo), 19/08/1918
1920	Santiago	Juan Barcia Caballero	Manicomio de Conxo	España médica (Madrid), 10/10/1920, página 8
1921	A Coruña	Manuel Fraga Irure	Consulta privada. "Electricidad médica"	Acción Coruñesa, 19/12/1921, página 3
1922	Santiago	Juan Barcia Caballero?	Manicomio de Conxo	La Correspondencia de España, 19/10/1922, n.º 23.422, página 2
1924	Vigo	--	Instituto electroterápico	El Pueblo Gallego, 08/03/1924
1925	Santiago	Leopoldo Salgués Álvarez-Losada	Instituto Antirrábico	El Compostelano: diario independiente: Núm. 1512 (27/03/1925)

1925	Santiago	Manuel Rivas Barros	Gabinete Médico Electroterapia	El Compostelano: diario independiente: Núm. 2006 (03/01/1925)
1930	Lugo	--	Nuevo Hospital Provincial	El Compostelano: diario independiente: Núm. 3083 (30/06/1930)
1930	Santiago	Francisco Bacariza	Manicomio de Conxo	La libertad (Madrid), 30 de enero de 1930.
1938	Santiago	Ramón Rodríguez Somoza	Manicomio de Conxo	Revista "Medicina y Cirugía, 1938, núm.2.

4. Conclusiones

Al igual que en muchos países europeos de esa época, la electroterapia fue publicitada en su momento como una gran innovación terapéutica en la Galicia de esos años, y fue utilizada en el tratamiento de las enfermedades mentales y nerviosas en Galicia en ese período. Hubo gabinete de Electroterapia tanto en el Hospital Psiquiátrico central de la región (Manicomio de Conxo, Santiago de Compostela, que se inaugura en 1885) como en algunos hospitales generales que comienzan a tener gabinetes o departamentos de electroterapia en las primeras décadas del siglo XX. Asimismo se ofertaba electroterapia tanto en gabinetes médicos privados especializados como en establecimientos balnearios y centros hidroterápicos que van apareciendo desde finales del XIX y dedicados a tratamiento de enfermedades "nerviosas" (neurológicas, neurosis, neurastenias, histeria...) entre otras afecciones. Esta oferta terapéutica alcanza desde por lo menos 1888 hasta al menos 1938 (ya tras la Guerra Civil española).

Fuentes y bibliografía

Fuentes

Archivo de Galicia- Santiago de Compostela.

Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930).

Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Caja G5812-5816.

Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.

<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>

Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional

<http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm>

Bibliografía

BEVERIDGE, AW et al (1988) — "Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the 19th century". BJP. 153, (1988) 157-162.

BLONDEL, C. — "La reconnaissance de l'électricité médicale et ses "machines à guérir" par les scientifiques français (1880-1930)". Annales Historiques de L'Électricité. 8 (2010): 37-51.

CORREA GÓMEZ, MJ. — "Electricidad, alienismo y modernidad: The Sanden Electric Company y el cuerpo nervioso en Santiago de Chile, 1900-1910 ". Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En línea],

Coloquios, Puesto en línea el 09 junio 2014, consultado el 06 marzo 2016. URL : <http://nuevomundo.revues.org/66910> ; DOI : 10.4000/nuevomundo.66910

GILMAN, SL. — “Electrotherapy and mental illness: then and now”. *History of Psychiatry*. (2008) 339-357.

SIMON LORDA, D. — *Locura, Medicina, Sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Xunta de Galicia, 2005.

STEINBERG, H. — “Electrotherapy disputes: the ‘Frankfurt Council’ of 1891”. *Brain*. 134 (2011), 1229-1243.



Ilustración 1. Dibujo de Daniel Urrabieta Vierge «Service d'électrothérapie à la Salpêtrière » (47 x 62.5 cm, tinta y aguada / papel; fondos del Museo de Dibujo Julio Gavín “Castillo de Larrés”- Huesca) (reproducción para este trabajo con permiso del Museo <http://www.serrablo.org/museodibujo>). Fue también una ilustración en blanco y negro en *Le Monde illustré*, 14 agosto de 1887. “Service d'électrothérapie à la Salpêtrière. Bain électrique. Électrisation localisée ».



Sala de Electroterapia en Conxo

Ilustración 2 SALA ELECTROTERAPIA MANICOMIO CONXO, hacia 1907 o 1910. Postal publicitaria (Fototipia Thomas, Barcelona, hacia 1907 o 1910)

“La Salud”
CASA DE BAÑOS
Rubine 22, (Riazor)—LA CORUÑA
Propietario D. Ramón Dorrego

Es la mejor casa de baños instalada en España

Le prueba el diploma de honor obtenido en el Concurso Nacional. Dos médicos de reconocidísimo prestigio prestan servicios gratuitamente á los clientes de la casa.

En ésta no falta ninguno de los más modernos adelantos que se emplean en todos los casos que la ciencia prescribe á los enfermos el tratamiento hidroterápico, ni ninguna de las comodidades que puede apetecer el más exigente turista.

En amplias habitaciones bañadas de luz solar con excelentes condiciones higiénicas, independientes entre sí y clasificadas en primera y segunda, hay 60 pilas de mármol destinadas á agua de mar y dulce á la temperatura deseada minero termal de Lugo, Carballo, Cuntis, La Toja (con sus sales naturales), Artoijo, Caldas de Reyes, Archena, Molgas, Ledesma, Puente-Viesgo, etc. etc.; baños medicamentosos de algas, sublimado, gelatinoso, salvado, alcalino, almidón, broa, ácido carbónico (útilísimo en las enfermedades del corazón), etc., etc.

Especialidad en la preparación de baños artificiales, al frente de cuyo servicio se encuentra el competente farmacéutico D. Julio Morillo.

En el departamento de duchas se administran éstas de agua de mar ó dulce, fría ó caliente, escocesa, circular, alternada, de vapor, trementinada y minero termal según las indicaciones y los casos.

Las instalaciones de electroterapia, massage, pulverizaciones é inhalaciones se encuentran en departamentos independientes.

Posee esta casa una espaciosa, limpia y segura playa para los baños de oloaje con elegantes y cómodas casetas. Desde la preciosa serre que domina un panorama encantador se divisa las frecuentes salidas y entradas de los poderosos trasatlánticos, y á la par que es dicha serre centro de animadas tertulias, es punto de vista insuperable para contemplar el desfile de bañistas y paseantes de la Cancha de Riazor. Al servicio del Balneario existe un personal escogido de bañeros y bañeras, garantía de seguridad de los nadadores.

Es LA SALUD la casa de baños más concurrida de la población, y sin disputa la más preferida por los innumerables forasteros que á esta ciudad afluyen huyendo de los calores estivales del centro de España.

Ilustración 3. Anuncio Casa de Baños “La salud” en A Coruña. Ofertaba electroterapia en sus tratamientos. El Eco de Galicia: diario católico é independiente, Núm. 1520, 05/08/1911

**Consultorio médico y
Gabinete de electroterapia**

*de Amando Pérez
Martínez y Eliseo
Martínez Alonso*

*Calle de Julio Lazúrtegui
(Carretera de la Estación)*
RIBADEO

Servicios del Consultorio
Todo lo concerniente a Medicina y Cirugía
generales. Instrumental antiséptico y medios de
esterilización para intervenciones quirúrgicas.

**Servicios del Gabinete
de Electroterapia**
RAYOS X

Magnífica instalación que permite obtener ra-
dioscopias y radiografías instantáneas, en frac-
ciones centesimales de segundo.

Radioterapia ó Roentgenoterapia, de gran uti-
lidad en el tratamiento del lupus, epiteloma,
cáncer, sarcoma pelada, eczema, adenitis cróni-
cas, etc.

**Galvanización, faradización,
cáustica, ionización medi-
camentosa y electrolisis**

Aplicables á las enfermedades siguientes pa-
ralisis, atroñas musculares, neuritis, tabes dór-
sal, corea, aneurismas, angiomas, hipertrofia de
las amígdalas, ruidos de oídos, estreñimiento,
verrugas, etc.

**Corrientes de alta frecuencia
ó D' Arsonvalización**

De gran eficacia en histerismo, neurastenia,
varices, trastornos menstruales, psoriasis, obe-
sidad, diabetes, hemorroides, fisura de ano, pe-
lada, litiasis, gota, etc.

Diatermia ó Termopenetración

Procedimiento moderatísimo y de excelentes
resultados en afecciones artríticas de naturales
za reumática ó gotosa, tumores inflamatorio-
de las articulaciones, prostatitis, reumatismo
muscular agudo ó crónico, clática ú otra clase
de neuralgias, y algunas otras enfermedades.

MASAJE

Vibratorio. Para afecciones de los músculos,
huesos y articulaciones, enfermedades del cora-
zón, obesidad, etc.

Permeico. Para reabsorción de exudados,
producción de hiperemias, desaparición de arru-
gas, etc.

Del Tampano. Para el tratamiento de catarros
crónicos del oído, engrosamiento de la mem-
brada, etc.

Duchas de aire frío y caliente

Enfermedades de la piel, neuralgias, dolores
reumáticos padecimientos de la matriz, etc.

*Análisis clínicos y microscópicos
horas de consulta y aplicaciones
eléctricas:
De 11 á 1 y de 5 á 6*

Ilustración 4. Anuncio de Gabinete de electroterapia en Ribadeo (Lugo). Mondoñedo, periódico bisemanal (Lugo), nº643, 17/03/1914

HIPNOTISMO, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA EN GALICIA A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL XX (DEL DR. SÁNCHEZ FREIRE AL ILUSIONISTA HIPNOTIZADOR ONOFROFF)

Xaqueline Estévez Gil*; **David Simón Lorda***; **Jessica Otilia Pérez Triveño****;
María Victoria Rodríguez Noguera**; **Manuel Fernández de Aspe****

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde
Ourense. España

*Psiquiatra; ** Médico residente de Psiquiatría

Email:dsimlor@gmail.com

Keywords: hypnotism, Galicia, XIXth century, ilusionism, psychiatry

Abstract

The objective of this work is to expose and contextualize the reception and use of hypnotism in Galicia at the end of the 19th century and the early years of the 20th century. The work and experiences of the hypnology in 1889 by the director of the Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela), Dr. Timoteo Sánchez Freire will be explored, as well as, some press publications on the hypnotism, carried out by the Galician Catholic Church. We will also trace the passage of the illusionist hypnotist Onofroff through Galicia, during this period. In May 1894, he was forced to be examined by the Royal Academy of Medicine in Madrid, due to Catholic Church's pressures, relating to the success of his hypnotic and illusionist spectacles, throughout the country.

1.Introducción

Desde hace unos años venimos investigando los tratamientos e intervenciones terapéuticas (celdas para dementes, la hidroterapia, electroterapia, piretoterapias, insulino terapias) que se aplicaron en los la psiquiatría y la medicina en la región de Galicia (España) en los períodos de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. En este trabajo, ampliaremos esta línea investigadora centrándonos en el hipnotismo y su uso y recepción tanto en la psiquiatría y la medicina de la época como en la sociedad de Galicia en el período antes referido.

Rastreamos además el paso por Galicia y España de diferentes ilusionistas e hipnotizadores teatrales en este período, así como algunos posicionamientos de la Iglesia y del estamento médico en torno a estos espectáculos y a la propia hipnosis.

2.La hipnosis como terapia en un período crítico

Autores de referencia como Antonio Diéguez (2003), Mauro Vallejo (2013-2015) o Ángel González de Pablo (2016) han venido estudiando cómo la hipnosis aterriza en España desde comienzos de la década de 1880, y en sintonía con el renovado interés que la medicina prestó a la hipnosis gracias a la labor de Charcot en París. Charcot concebía el uso de la hipnosis desde la expresión de la patología y como un campo de experimentación para poner de manifiesto la enfermedad. Las prácticas hipnóticas llegan acaparando la atención no sólo de los médicos españoles, sino también de escritores, teólogos y del público en general. En España se produce una inclinación

generalizada en favor de la escuela rival de Charcot, la llamada Escuela de Nancy, liderada por Bernheim, que abogaba por un hipnotismo eminentemente terapéutico, y partía de la premisa de que la sugestionabilidad se entendía como un estado universal, cultural y social. En estos años se produjo asimismo un importante posicionamiento contra la hipnosis por parte de la Iglesia Católica en los debates que surgen en medios académicos y de prensa acerca de la hipnosis. Se multiplicaron además las demostraciones en teatros o ferias, así como las sesiones públicas destinadas a la curiosidad general; magnetizadores y curanderos echaron mano de la curiosa herramienta terapéutica para engrosar sus audiencias o clientelas (Graus,2014).

3.Una etapa de esplendor de la hipnosis en España y en Galicia

En 1888, Juan Giné y Partagás (1836-1903), publica en Barcelona *El hipnotismo en la clínica*, que recoge trabajos suyos publicados en la revista “La Independencia Médica”. En este texto hacía una clara defensa en el uso de la hipnoterapia. Otro científico de alto prestigio del siglo XIX dedicado al estudio de la hipnosis es Santiago Ramón y Cajal, quien se manifestó muy interesado en esta práctica, y así, en 1889 publica *Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica*.

En ese mismo año de 1889, el médico Abdón Sánchez Herrero, publica en Valladolid la obra de referencia, *El Hipnotismo y la Sugestión: Estudios de Fisiopatología y Psicoterapia*. Sánchez Herrero, fue considerado una “verdadera autoridad” del hipnotismo en España. Aunque también se decantaba por las experiencias de Bernheim y se reconocía pionero en la psicoterapia moderna, no dejó de lado la investigación experimental sobre hipnotismo y sugestión, más característica de la escuela de la Salpêtrière.

En este mismo año ocurre un hecho singular a nivel internacional, coincide en 1889 la celebración del Primer Congreso Internacional de Hipnotismo, realizado en París, al que acude Abdón Sánchez Herrero.

3.1.La Hipnosis llega al Paraninfo universitario de Santiago de Compostela... y al Manicomio de Conxo (1888)

La historia de la hipnosis como recurso curativo contra las enfermedades nerviosas en la Galicia de finales de siglo es un capítulo aún no bien estudiado. En Galicia podríamos quizás hablar del inicio de la medicalización o manicomialización de la locura alrededor del año 1885, data en la que a iniciativa de la Iglesia católica compostelana se abre el primer Manicomio de Galicia, en el antiguo monasterio de Conxo, situado en el municipio de Conxo (A Coruña), colindante con el de Santiago de Compostela.

Su primer director fue el médico Timoteo Sánchez Freire, figura clave en la medicina y la protopsiquiatría gallega de este período. Este médico (Sobrado dos Monxes (A Coruña), 1838- Santiago,1912) llegó a ser Catedrático de Patología General y Anatomía Patológica (1871), y de Clínica Quirúrgica (1872). Fue una figura importante en la época, muy ligado a los poderes conservadores y a la Iglesia compostelana.

Publicó poco a lo largo de su vida, pero uno de sus textos destacados fue “La hipnología en nuestros días”, publicado en 1888. Este libro fue el discurso leído en el

paraninfo de la Universidad Literaria de Santiago durante la solemne inauguración del curso académico en octubre de 1888 a 1889.

La prensa local de la época ensalzó y dedicó espacios sobre discurso en periódicos como La Gaceta de Galicia, El Correo Gallego ... Así, con fecha 20 de octubre de 1888 en El Correo Gallego (Ferrol), se publica un largo artículo titulado “El hipnotismo”, y del que extraemos un párrafo:

“Pasa el Dr. Sánchez Freire a tratar de las aplicaciones médicas de la hipnología, esperándolo todo del momento en que la psicología tome entre las ciencias biológicas el lugar que le corresponde, y confiando en los éxitos que pueden esperarse de la analgesia hipnótica para sustituir a la anestesia quirúrgica, de los efectos del hipnotismo en las neurosis como moderador, y sobre todo del refuerzo poderosísimo que tal vez traiga en manos hábiles la hipnología para el tratamiento de las enfermedades mentales, a las que el Dr. Sánchez Freire consagra tantos afanes”.

Su discurso sobre la hipnología fue pionero en Galicia (y nos atrevemos a decir que casi contemporáneo de lo que venía publicando Giné), y muy adelantado para la época en este aspecto, teniendo en cuenta que el libro de referencia de “El Hipnotismo y la Sugestión” de Abdón Sánchez Herrero data de un año posterior.

Podemos pensar que era un acto académico sin más, en el cual un profesor de la Facultad de Medicina o un médico eminente, realiza una disertación erudita acerca de un tema polémico o novedoso, pero lo cierto es que ya a inicios del año 1888, Sánchez Freire estaba realizando tratamientos o sesiones hipnóticas a sus pacientes del Manicomio de Conxo.

Desconocemos a cuántos pacientes del centro citado se les aplicaron tratamientos de hipnosis (o hipnología), pero lo cierto es que hay evidencia documental sobre ello en archivos clínicos de la época.

En la revisión de los historiales clínicos del Manicomio de Conxo que hemos podido consultar y que abarcan desde 1887 a 1936, solo hemos encontrado clara referencia a tratamiento de hipnosis en un caso de verano de 1887.

La joven Pilar N.M., ingresa en el Manicomio en julio de 1887 a los 23 años. Era soltera y natural de Lugo. En la escueta historia clínica al ingreso, se especifica que tiene antecedentes histéricos, y que “meses antes de su ingreso en el manicomio tuvo un acceso de manía que obligó a su reclusión”. Presenta un delirio incoherente con cierta tendencia al de grandezas”. Es diagnosticada de “Locura circular”. El hipnotismo, los bromurados y los tónicos fueron los tratamientos empleados en la paciente.

Hay una nota en su historial, poco habitual en los historiales consultados, por su extensión y por dar cuenta de evolutivos a lo largo de cierto período, dando datos respecto a alguna consulta o intervención previa a ese ingreso de 1887, como de evolución posterior hasta tiempo después. Pensamos que fueron notas realizadas por su médico Timoteo Sánchez Freire, pero lo cierto es que ningún historial está firmado:

“Ninguno de estos medios produjeron resultado en cuanto a su estado mental, hasta el comienzo del año 88. En esta fecha en que empezó a emplearse el

hipnotismo, mejoró rápidamente hasta el punto de poder dedicarse a su vida normal. De entonces acá, preséntasele dos veces al año accesos de manía que suelen durar de 15 a 20 días; y en la actualidad (julio del 98) estos accesos repítense con gran frecuencia, pues casi aparecen en todos los períodos menstruales” (Archivo Clínico Manicomio de Conxo).

Hemos logrado consultar el “Libro de Ingresos del Manicomio”, y comprobar que esta paciente permanece internada hasta septiembre de 1919, siendo dada de alta con anotación de “Recogida”.

Es llamativo que la Iglesia compostelana no atacase a Sánchez Freire por su defensa del hipnotismo, máxime cuando ya en esos años se publican algunos textos (Ponte, 2014) que tuvieron amplia repercusión y difusión como el firmado por el jesuita Juan J. Franco, titulado “El hipnotismo puesto en moda”, y editado en Lugo en 1889 (con licencia eclesiástica y aprobado por la censura). Bien pudiera ser que las buenas relaciones y vínculos de Sánchez Freire con la curia compostelana lo protegiesen de problemas con la Iglesia... Ahí queda la hipótesis.

Pese a todo ello la prensa gallega sigue destacando las sorprendentes hazañas terapéuticas de Sánchez Freire con la hipnosis y la sugestión. Así, en un artículo de *La Gaceta de Galicia* de 3 de Julio de 1889 se describe ampliamente uno de estos casos, en el artículo titulado *Un caso de sugestión a distancia notabilísima* (Ponte, 2014).

4.Espectáculos teatrales de hipnotismo y fascinación en Galicia

En toda Europa hubo numerosos espectáculos teatrales y de ilusionismo que poco a pocos fueron pasando de las antiguas prácticas y experimentos magnéticos hacia un creciente interés por el hipnotismo, echando mano de la curiosa herramienta terapéutica para engrosar sus audiencias o clientelas (Vallejo, 2015).

El hipnotismo comienza a divulgarse en Galicia¹ a través de espectáculos teatrales antes de que comience a ser aplicado o valorado por la medicina gallega de la época. El hipnotizador Dr. Das/Dax, que actuaba en la casa Real, en teatros en Vigo, pero también en lugares como los Salones de las Diputaciones gallegas², e incluso se traslada desde Galicia a actuar al palacio real de Lisboa³. Otro de estos ilusionistas teatrales fue Mr. Lenson, que realizó sesiones de Hipnotismo en el famoso Café Español en Santiago de Compostela⁴.

Pero tal vez el más famoso y polémico ilusionista-hipnotizador que aparece en escena en España a finales del XIX fue el llamado “*El fascinador Onofroff*”. En Galicia interviene ya en 1893 con “Sesiones de Hipnotismo”⁵.

¹ SIMON LORDA, David — “Magnetismo, hipnotismo y sonambulismo: Ourense, 1883”, Diario de un médico de guardia, <<http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com/2012/02/magnetismo-hipnotismo-y-sonambulismo.htm>>, 2012 (Consulta: 27/02/2017)

² En septiembre de 1888 en la de A Coruña, citado en *Gaceta de Galicia*, Núm. 215, 24 de septiembre de 1888.

³ *El Correo Gallego*, Año XI, Núm.2370, 10 de octubre de 1888.

⁴ *Gaceta de Galicia*, Núm. 112, 16 de mayo de 1895.

⁵ *El Correo Gallego* (Ferrol), 8 de julio de 1893.

5.El misterioso Onofroff y el I Congreso Internacional de Hipnosis de París de 1889

Onofroff fue uno de los ilusionistas más celebres del momento, hacía giras consiguiendo llenos completos en sus actuaciones en los que hacía diferentes números que producían gran expectación: Lectura de pensamiento con ojos vendados, Simulacro de un crimen e Hipnosis. Estos últimos eran los más atractivos.

Ya en 1889 había demostrado la fuerza de sus espectáculos, y su fama en Europa llega a estar incluso presente en el I Congreso Internacional de Hipnosis de París de 1889. En este importante congreso se toma resolución en contra de los shows públicos de hipnosis y se plantea la necesidad de regular su praxis. En la comunicación que abrió tal debate, redactada por el doctor Ladame (de Ginebra), leemos¹:

“Recientemente, para concluir, hemos sostenido una polémica en la prensa luego de las sesiones públicas de otro magnetizador famoso, el señor Onofroff, cuyas representaciones fueron prohibidas cuando él dio a sus individuos sugerencias poshipnóticas proclives a alterar el orden público, al enviarlos a la hora del mediodía a ejecutar diversas pantomimas en una de las plazas más frecuentadas de la ciudad” (Ladame, 1889).

Todo lo que rodeaba a esta figura fue siempre muy misterioso. Hubo dudas respecto a su origen, se barajaron múltiples procedencias como belga, ruso, polaco, italiano o catalán. Se decía que era una persona elegante con gran capacidad dialéctica.

5.1.Onofroff, la Real Academia de Medicina de España (mayo de 1894) y el salto a Hispanoamérica (1895)

Tan importante fue el despliegue y el alcance mediático de sus espectáculos en España que, en la primavera de 1894, por presiones de la Iglesia y de la Sociedad Española de Higiene, el Gobernador solicita a la Real Academia de Medicina de Madrid, que cite a Onofroff para ser evaluado por la misma y explique las prácticas de hipnotización que venía realizando en el Circo Colón en Madrid. El Obispado de Madrid y la Sociedad Española de Higiene veían conveniente “prohibir los espectáculos de ejercicios de sugestión hipnótica”, el cual pretendía la prohibición de dichos espectáculos². Onofroff escribe a la Real Academia con fecha 12 de mayo de 1894 manifestando que desea ser recibido por la institución académica para informarles acerca de los trabajos que ejecuta en el Circo de Colón³.

La prensa se posiciona asimismo en este proceso, y así la revista “La Ilustración Española y Americana”, en mayo de 1894, critica al Obispo de Madrid por solicitar que los espectáculos de Onofroff sean valorados por la Academia de Medicina. Lo mismo

¹ LADAME — “La nécessité d’interdire les séances publiques d’hypnotisme- Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l’hypnotisme”. In BÉRILLON. Edgar Bérillon (ed.), Comptes rendus du Premier Congrès International de l’Hypnotisme. París: Octave Doin, 1889, pp. 28-44.

² La Unión Católica (Madrid), 12 de mayo de 1894. La Correspondencia de España, 17 de mayo de 1894.

³ “Solicitud de prohibición del hipnotismo, 1894”. Biblioteca-Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

hará el periódico librepensador y cercano a la masonería, “Las Dominicales del Libre Pensamiento”¹ en su artículo “El hipnotismo y la Iglesia”.

El 15 de mayo comparece Onofroff ante varios miembros de la sección de higiene de Academia de Medicina² al tiempo que continúa con sus espectáculos en el circo de Colón. Por lo referido en la prensa (La Correspondencia de España, 17 de mayo de 1894), tras la reunión con el ilusionista, se acordó se nombraría “una comisión que ilustrase a la autoridad gubernativa y que proponga el oportuno dictámen que sienta jurisprudencia en estos casos”. Dicha comisión estaría formada por los doctores Taboada, Pulido y Moreno Pozo. Con fecha 18 de mayo, la Real Academia envía oficio al Gobernador Civil emitiendo un dictamen acerca del caso, en donde concluyen que:

“1º Las consideraciones en que se funda la Sociedad de Higiene para reclamar la prohibición de espectáculos en que se emplea la sugestión o el hipnotismo, se hallan de acuerdo con lo que reclama el actual estado de la ciencia.

2º Los procedimientos de sugestión hipnótica, peligrosos y nada conformes con la moral en manos imperitas, deben estar reservadas para el ejercicio de la medicina en casos de conveniencia justificada y bajo la responsabilidad de los profesores que los emplean”³.

En plena crisis de este asunto, tras el dictamen de la Real Academia, con fecha de 20 de mayo de 1894, algunos médicos madrileños organizan una “conferencia práctica de hipnotismo y fascinación” en el salón de subastas del Ayuntamiento de Madrid, y que contaba con el beneplácito del Alcalde. La prensa⁴ informa que el Médico Municipal, el doctor Mariano Herreras, terminó su intervención manifestando que “*dichas prácticas eran peligrosas en manos inexpertas. Pudiendo dar lugar a trastornos de la mayor importancia en la salud de los sujetos con que se experimenta, por lo cual solo deben practicarse por médicos conocedores del asunto*”. Como vemos son conclusiones similares o en la línea de las de la Real Academia de Medicina, realizadas un par de días antes.

Según la prensa católica, el gobernador prohíbe las representaciones de Onofroff e incluso un senador interviene en la polémica indicando que esta medida se extenderá al resto del país: “El gobernador civil ha prohibido terminantemente que aparezcan de nuevo en los circos de Colón y Parish los hipnotizadores señores Onofroff y Hermann. El Sr. Aguilera ha dicho en el Senado que serán prohibidas en la Península las representaciones hipnóticas del Sr. Onofroff”⁵.

A las alturas de enero de 1895, el hipnotizador seguía trabajando en Madrid; “El sábado próximo debutará el popular y aplaudido adivinador D, Enrique Onofroff. el cual obsequiará a la prensa hoy, a las tres de la tarde, con una velada en el hotel

¹ Las Dominicales del Libre Pensamiento, 18 de mayo de 1894, página 3.

² La Unión Católica (Madrid), 16 de mayo de 1894.

³ “Solicitud de prohibición del hipnotismo, 1894”. Biblioteca-Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

⁴ “Sesión de Hipnotismo. Ayuntamiento de Madrid”, La Correspondencia de España. 21 de mayo de 1894.

⁵ La Lectura dominical, 3 de junio de 1894.

Peninsular” (El Sol 10 de enero de 1895). En los anuncios se obvia la palabra hipnotismo, tal vez porque no ofreciese ese número en su espectáculo.

Bien fuese por poner tierra por medio por si acaso había alguna complicación legal o por otros motivos que se desconocen, el caso es que Onofroff decide dar el salto a Hispanoamérica en 1895.

En los años siguientes recorrerá Buenos Aires, México, Perú, Río de Janeiro....Todas sus experiencias dieron lugar a reacciones a favor o en su contra por parte de distintos actores del escenario local: prensa, médicos alienistas, grupos espiritistas....así como facilitó la divulgación de la hipnosis, puso en crisis el discurso médico imperante y de alguna manera abrió caminos al descubrimiento del inconsciente que sería el paradigma de la psiquiatría y la psicología en décadas siguientes al inicio del siglo XX. Todo un interesante proceso que viene siendo bien estudiado y analizado por el investigador argentino Mauro Vallejo.

Hacia 1900, la prensa española vuelve a dar noticias de la vuelta de Onofroff y sus espectáculos: en 1900 en Las Palmas de Gran Canaria, en 1903 en Vivero (Lugo), incluso actúa en Ourense en el Café La Unión en agosto de 1905¹. En 1916 realiza en la ciudad de Vigo (Pontevedra) una sesión para médicos y para prensa². Hacia 1920 parece estar establecido por Cataluña, donde mantiene relación y contacto por el pintor surrealista Dalí (Mayrata, 2013). Habrá actividad por España de este curioso hipnotizador hasta al menos 1929.

Onofroff publicó algunos manuales o libros acerca de la sugestión y el hipnotismo, con títulos como: *“Para no envejecer. El hombre no muere... ¡Se mata! Método práctico autosugestivo para conservar el vigor y el aspecto de la juventud”* (Barcelona, J. Horta y Cia., s/f), *“Aprendan a hipnotizar. Tratado práctico por correspondencia. Resultado infalible en diez lecciones”* (Barcelona, s/f), o *“L’hypnotisme à la portée de toutes les intelligences”* (Quebec, S.-A. Demers, 1902).

Conclusiones

En Galicia la hipnosis fue promocionada e introducida en 1888 tanto en el mundo académico universitario como en su práctica clínica en el manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) por el médico Timoteo Sánchez Freire. Asimismo, tuvieron importante papel en la divulgación popular de la hipnosis toda una serie de ilusionistas teatrales que periódicamente actuaron en España y en Galicia en ese mismo período, destacando como figura paradigmática el ilusionista Onofroff³.

¹El Eco de Orense, 31 de agosto de 1905.

²Diario de Pontevedra, 10 de febrero de 1916.

³ En el momento de redactar este trabajo, asistimos en España al florecimiento del hipnotismo teatral a través de programas televisivos y espectáculos hipnóticos en numerosas localidades del país -e incluso alguno de estos mentalistas-hipnotizadores han retomado el nombre de Onofroff-. La proliferación e impacto de estos programas televisivos ha motivado el reciente posicionamiento en contra de éstos por parte de algunos Colegios Profesionales de Psicólogos... En febrero de 2017, el Grupo de Trabajo de Hipnosis Clínica del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (COPC) y de la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (AAHEA) ha publicado un comunicado sobre este tema (tomado de Serrano, 2017. http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4731). ¿Estaremos iniciando un nuevo capítulo en la Historia de la hipnosis en la España del siglo XXI?

Bibliografía

Fuentes

- Arquivo de Galicia- Santiago de Compostela.
Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930).
Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Caja G5812-5816.
- Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.
[http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/Galiciana Dixital](http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/Galiciana%20Dixital)
- Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional
<http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm>
- Biblioteca-Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.
Solicitud de prohibición del hipnotismo, 1894 [9]h. pleg.; 22 cm.

Bibliografía

- DIÉGUEZ GÓMEZ, Antonio — “Hipnotismo y medicina mental en la España del siglo XIX”. In MONTIEL, Luis, GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel (Ed.) — En ningún lugar en parte alguna: Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo. Madrid: Frenia, 2003, pp. 197–228.
- GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel — “Consolidar, colonizar, excluir: estrategias de legitimación de la hipnosis médica”. In MÜLBERGER, Annette (Ed.) — Los límites de la ciencia: Espiritismo, hipnotismo y el estudio de los fenómenos paranormales (1850-1930). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), 2016.
- VALLEJO, Mauro Sebastián — “Buenos Aires mesmérica. Hipnosis y magnetismo en la cultura y la ciencia de la capital argentina (1870-1900)”. *Iberoamericana*. XIV, 56 (2014), 7-26.
- VALLEJO, Mauro Sebastián - Los alienistas argentinos ante el Ilusionista Onofroff (1895). Buenos Aires: V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, 2013.
- VALLEJO, Mauro Sebastián — “Alberto Díaz de la Quintana y las tensiones del campo médico en Buenos Aires (1889-1892). Hipnosis, curanderismo y médicos extranjeros en la Argentina finisecular”. *Revista Culturas Psi/Psy Cultures Buenos Aires*, marzo 2015, N°4, 53-84.

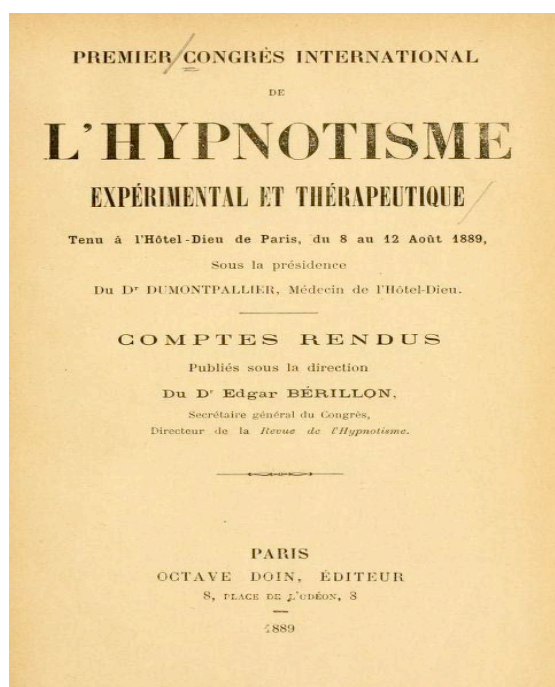


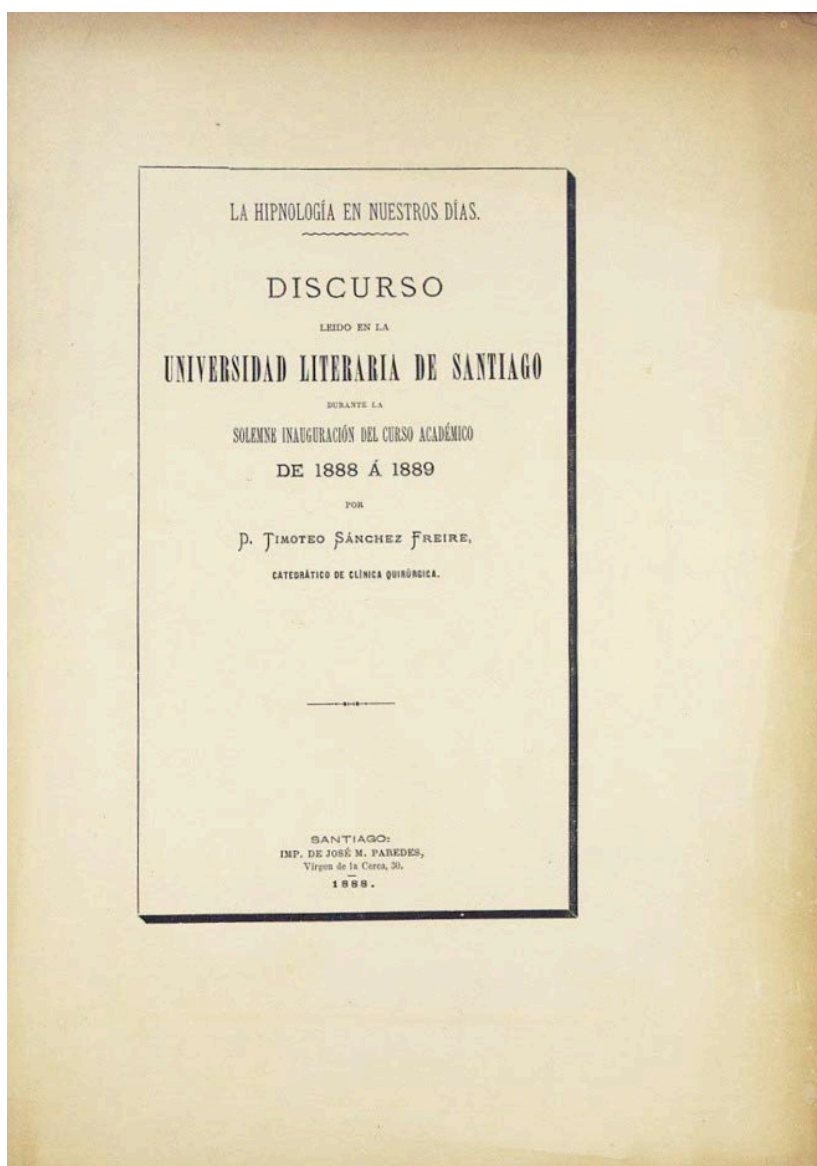
Ilustración 1. Portada actas Primer Congreso Internacional de Hipnotismo en 1889



Sánchez Freire hacia 1900.
Cortesía de la familia Sánchez-Andrade

Ilustración 2. Timoteo Sánchez Freire (tomado de Ponte, 2014¹)

¹ PONTE HERNANDO FJ, REGO LIJÓ I. — “La locura y el bisturí. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)”. Santiago: Seminario Mayor Compostelano y Universidade de Santiago de Compostela, 2012.



Ilustracion 3. Portada del discurso de Dr. Sánchez Freire, 1888, Santiago



Ilustracion 4. Retrato de Onofroff en 1895. Aparecido en la Revue Illustrée du Rio de la Plata (sixième année, n° 62, mars 1895, p. 50) (tomado de VALLEJO, MS « El ilusionista Onofroff en Buenos Aires (1895) y Ciudad de México (1900). Hipnosis, magnetismo y el problema de lo paranormal en dos contextos latinoamericanos », Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne], Colloques, mis en ligne le 18 septembre 2015, consulté le 10 mars 2017)

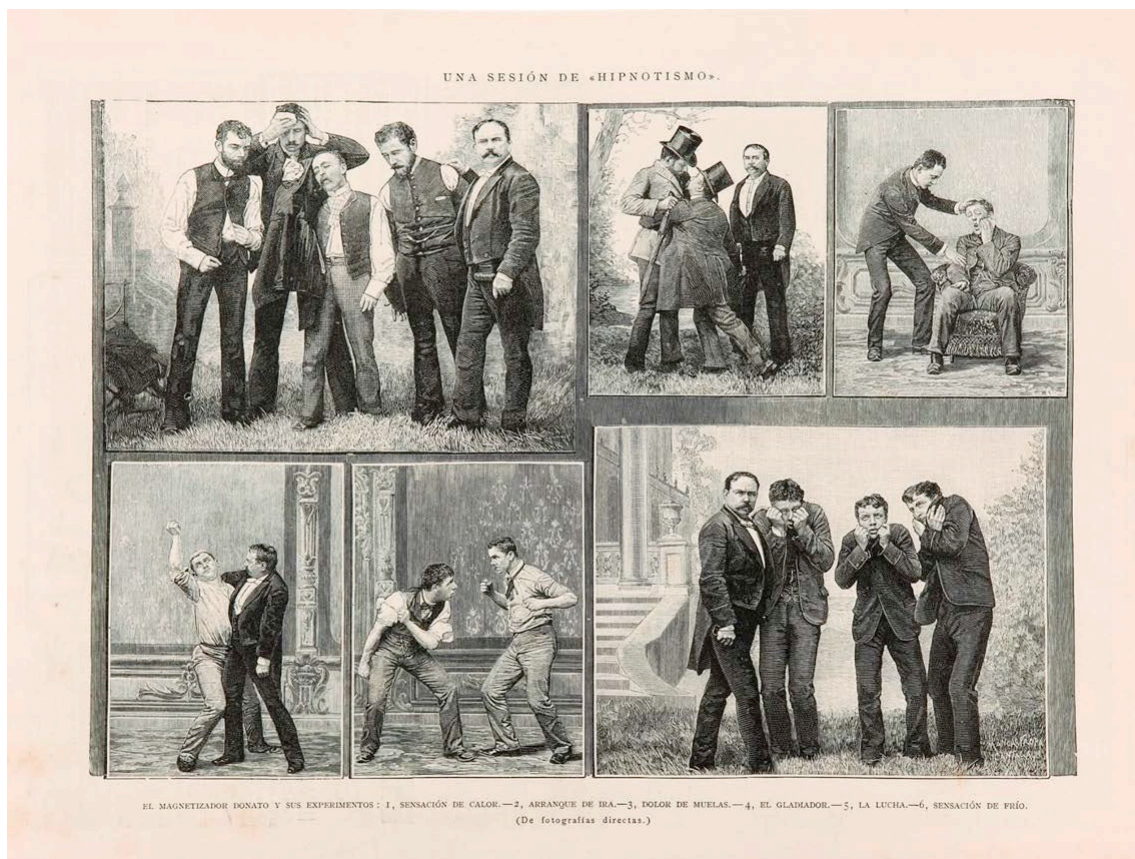


Ilustración 5. “Una sesión de hipnotismo”,
La Ilustración Española y Asturiana, 1886. Tomado de
<http://www.bne.es/es/Micrositios/Exposiciones/Magia/Exposicion/Seccion06/Obra03.html?origen=galeria>

AS TENTATIVAS OPERATÓRIAS DE EGAS MONIZ 80 ANOS DEPOIS

Manuel Correia

Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra

Investigador

Email:manuel.correia@uc.pt

Palavras-Chave: Psicocirurgia, Leucotomia préfrontal, Psiquiatria

Resumo

O livro *Tentatives opératoires dans le traitement de certaine psychoses* publicado em 1936 pela editora parisiense Masson & Ce. permanece como principal referência do início do tratamento cirúrgico de doenças do foro psiquiátrico. Trata-se do primeiro marco conceptual da Psicocirurgia a que Egas Moniz juntou a descrição dos resultados obtidos com a leucotomização de 20 pacientes. 80 anos após a sua edição adiantamos alguns apontamentos de leitura acerca da sua influência, fragilidades e singularidades até que, em 1942, foi substituído pelo livro de Walter Freeman e James Watts, *Psychosurgery*, que partiam dos mesmos pressupostos, desenvolviam o conceito e intensificavam a influência do método. Privilegiamos nesta análise duas componentes desta obra: o propósito histórico de renovar a Psiquiatria e o seu ponto de partida psicopatológico.

Abstract

The Egas Moniz operating trials 80 years later — The book *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* published in 1936 by Paris editors Masson & Ce. stays as a main reference from the beginnings of surgical treatment of psychiatric illnesses. It is the first Psychosurgery conceptual cornerstone to which Egas Moniz added a report about results he obtained through leucotomy on 20 patients. Eighty years after that first edition there is some reading notes on its influence, weaknesses and peculiarities until 1942 when it has been replaced by a new book written by Walter Freeman and James Watts, titled *Psychosurgery*, where those authors started from the same tenets, developing the concept and intensifying the method's influence. In our analysis we shed a special light on two components of Moniz book: the historical purpose of renewing Psychiatry and its psychopathological starting point.

Introdução

Seja qual for a cronologia adotada pelos historiadores da Psiquiatria, o livro de Egas Moniz ‘*Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*’ publicado pela editora parisiense Masson & Cie, em 1936, deverá figurar como documento angular da Psicocirurgia. De certo modo, condensa as expectativas e as limitações que a Psicocirurgia evidenciar até à publicação, em 1942, da obra de Walter Freeman e John Watts, *Psychosurgery*.

Walter Freeman chega a propor a Egas Moniz uma tradução para inglês, oferecendo-se ele próprio para traduzir e procurar editor em Washington, porém, de acordo com a correspondência entre ambos, a cedência de direitos teria levantado algumas dificuldades e com a publicação de *Psychosurgery*, em 1942, o assunto da tradução foi abandonado. É assim que a Psicocirurgia vertida em língua inglesa regressa

aos circuitos europeus no pós 2ª Grande Guerra, e Freeman e Watts se constituem em referência internacional do novo método, com Egas Moniz e as suas Tentativas Operatórias, ao fundo, cada vez mais figura tutelar, pai fundador, cedendo a boca de cena aos intrépidos e produtivos colegas americanos.

Discussão

Primeiras leituras

Walter Freeman, Pacheco e Silva, Aloysio Mattos Pimenta (Aloysio de Castro?), Rizzatti, Barcia Goyanes e Lopes Ibor, Marcel David, Pierre Puech, e Gösta Rylander foram alguns dos primeiros leitores desta monografia de Egas Moniz, e dessas leituras decorreram consequências notáveis para a história da Psicocirurgia.

Tomamos os pontos de vista que Gösta Rylander¹ vai exprimindo ao longo do tempo para um exercício de leitura acerca do modo como a Psicocirurgia foi sendo considerada. Psiquiatra do Instituto Karolinska, parte, portanto, da massa crítica da Assembleia da Fundação Nobel encarregada da atribuição anual do Prémio de Fisiologia ou Medicina.

Rylander contou (na comunicação que fez na 3ª Conferência Internacional de Psicocirurgia — Cambridge, 1972) que então jovem assistente na Clínica Universitária de Estocolmo, tendo lido as Tentatives Opératoires... logo após a publicação, chamou a atenção para os resultados descritos por Egas Moniz, sobretudo na parte respeitante à redução dos estados de ansiedade, e propôs a sua replicação em casos selecionados.

Em consequência (palavras do próprio Gösta Rylander):

‘O meu chefe, Professor Wigert, ficou horrorizado e proibiu qualquer experiência desse tipo com seres humanos. Depois, fui junto de Olivecrona, o neurocirurgião. E ele respondeu-me redondamente que não, acrescentado, de um modo sarcástico, que os psiquiatras já danificavam o cérebro dos pacientes com o tratamento de electrochoques não havendo razão para destruí-lo do modo tão duvidoso com que Moniz o fez.’

Este trecho sintetiza a atitude prevalecente no Karolinska Institutet para com a monografia recentemente publicada por Moniz e deixa em aberto a questão de saber o que mudou (e como) na perceção de Herbert Olivecrona para, em cerca de uma década, passar de oponente que ridicularizava a leucotomia, a seu defensor, ao ponto de ter sido o próprio, em 1949 a avaliar positivamente a leucotomia, recomendando que o Prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina desse ano fosse atribuído a Egas Moniz. Linearmente, Herbert Olivecrona começou por recusar a ‘estranha’ proposta de Moniz nas Tentatives opératoires...; depois em 1937, analisando a nomeação de Moniz para o Nobel, na qualidade de membro do Comité Nobel avaliador, reprova o fundamento da Angiografia e ignora — literalmente — o fundamento da Leucotomia pré-frontal; e finalmente, em 1949 valoriza de tal modo a invenção da Leucotomia que a recomenda para o Prémio Nobel desse ano nos precisos termos que Moniz empregou ao titular a sua monografia de 1936: ...pelo valor terapêutico da Leucotomia no ‘tratamento de certas psicoses’.

Mais fácil de compreender é a leitura que Gösta Rylander faz. Rylander é acometido de grande curiosidade crescentemente temperada por precauções derivadas

¹ RYLANDER, Gösta “The renaissance of Psychosurgery”. In LAITINEN, Lauri V. and LIVINGSTON, Kenneth E. (Ed.) - Surgical approaches in Psychiatry. Proceedings of the Third International Congress of Psychosurgery, August 14th – 18th, 1972, Cambridge, University Park Press, 1973. pp. 3-12.

do caráter experimental do método e filtrada pela sua interpretação dos resultados. À medida que o estudo dos casos é divulgado Rylander adverte para o risco, a incerteza e as alterações da personalidade provocadas pela Leucotomia pré-frontal e pela Lobotomia frontal. Em contrapartida participa nos principais eventos relacionados com a Psicocirurgia. 1ª, 2ª e 3ªs conferências internacionais de Psicocirurgia... e escreve sobre o assunto mobilizando a sua própria experiência clínica em contraste com outras da mesma época.

Na 3ª Conferência Internacional de Psicocirurgia, Rylander propõe implicitamente uma cronologia para a história da cirurgia psiquiátrica. Chama-lhe ‘primeiro período’ e assaca-lhe desconhecimentos (estrutura cerebral, fragilidade teórica; fragmentação conceptual); falta de rigor (indicações imprecisas, fugas interpretativas); abusos e exageros (prisoneiros da Califórnia). Rylander critica o método e os usos que dele foram feitos mas permanece convencido de que a Psicocirurgia é reformável, melhorável e, por isso, dever-se-ia investir mais nesse campo.

É quando Freeman e Watts padronizam a intervenção cirúrgica designada ‘standard lobotomy’ que Rylander estima que findou o ‘primeiro período’ e se iniciou o 2º, acrescentando todavia que ‘as desvantagens dessa empírica e grande operação só viriam a ser conhecidas mais tarde, contribuindo para o declínio e queda do império da Psicocirurgia’¹

E assim, a monografia de Moniz foi-se transformando num marco histórico — primeira tentativa — de se deveria descontar o ‘conhecimento fragmentário’ acerca das conexões entre os lobos frontais e a região ventromedial; as imprecisões do gesto cirúrgico; a inconsistência estatística; e a imaturidade dos resultados. O livro marcaria assim a fase de arranque de um processo que teria ‘renascido’ à medida que os praticantes e apoiantes do método se tinham desembaraçado das limitações (conhecimento da estrutura cerebral, técnicas neurocirúrgicas, seletividade das indicações, reações hostis do meio) e dos protagonistas mais emblemáticos (Moniz morreu em 1955, Freeman em 1972, em 31 de Maio, no mesmo ano desta 3ª conferência de onde Rylander nos está a falar, tendo ainda projetado participar nela, tal como tinha participado na 2ª, de Copenhague, em 1970).

Com um entusiasmo moderado, Gösta Rylander era daqueles que via bons augúrios para a Psicocirurgia, agora que os neurocirurgiões recorriam crescentemente à estereotaxia e o seu gesto se tinha tornado mais rigoroso na abordagem e redução notável dos tecidos lesionados.

Características do discurso

Formalmente, o texto da monografia compõe-se de uma primeira parte em que são alinhados propósitos, estado da arte e elaboração teórica; de uma segunda parte que consiste de relatórios clínicos de cada um dos 20 pacientes leucotomizados; e de uma terceira parte, com o tratamento estatístico, interpretação dos resultados e conclusões. Destaca-se, na 1ª parte, uma tonalidade de Manifesto:

¹ ‘The disadvantages of this empirical and large operation were to be revealed later, contributing to the decline and fall of the psychosurgical empire to use or maybe abuse the title of the famous work by [Edward] Gibbon.’ RYLANDER, Gösta - op. cit. p. 4.

« La psychiatrie est rentrée dans la phase organiciste, ou mieux appelée, neurologique. Les remarquables travaux de Kleist, appuyés sur un grand nombre de cas, ont ouvert le chemin pour mettre définitivement en relation les fonctions psychiques et les activités des diverses régions cérébrales. »¹

tal como

“Nos tentativas operatórias dans le traitement de certaines psychoses représentent une nouvelle et, semble-t-il, une importante contribution pour démontrer des relations qui existent entre certains symptômes psychiques et des lésions cérébrales déterminées. Elles apporteront, croyons-nous, de nouveaux éléments à la psychopathologie. »²

A esta componente de Manifesto Histórico junta-se uma outra que subentende o convite geral à experimentação: ‘Ce n’est qu’une hypothèse de travail, nous le répétons, qui pourra encore subir des altérations’ (p. 52)

No estado da arte a importância das contribuições de Kleist são referidas amiúde, enquanto aqueles que Moniz considerou mais tarde os inspiradores principais — Cajal e Pavlov — são omitidos. Mais tarde, em 1951, Egas Moniz utilizando as suas prerrogativas de cientista já nobelizado, nomeará Karl Kleist para o Prémio Nobel exprimindo assim a elevada consideração em que tinha os seus trabalhos.

Conclusão

Características do discurso. Pontos fortes e fracos

Por detrás do formalismo rigoroso e de uma certa modéstia experimentalista, algumas ambiguidades e limitações que suscitam 5 comentários críticos.

1. A fragilidade teórica que marca o arranque do programa experimental da Psicocirurgia acaba por levar a prova da eficácia terapêutica apenas para o tratamento e interpretação dos resultados, renunciando a pouco e pouco a explicações plausíveis sobre os processos biológicos em causa.

2. Donde a importância das matrizes a 3 colunas (Moniz e Freeman) e o enfiamento categorial que excluía os resultados indesejáveis: Matrizes de ‘Guéri, Amélioré, Même état’ ou ‘Good, Fair, Poor’.

3. A utilização extensiva de fotografias dos pacientes antes e depois da operação, maugrado a baixa qualidade de contraste da época, pretende reforçar a demonstração de que, atentos à aparência mais feliz, composta, mais iluminada, menos crispada que os pacientes ostentam nas fotos tiradas depois da operação, as melhorias são ‘evidentes’.

4. Apesar de conceder alguma atenção ao facto de ter utilizado métodos distintos para produzir as lesões pretendidas (‘barreira frontal’, ‘leucotomia’, e combinação de ambos), não tira daí consequências analíticas tratando todos os resultados em pé de igualdade.

5. O tempo de acompanhamento pós-operatório foi manifestamente curto. Moniz, Lima e Lacerda começaram a operar no final de Novembro de 1935 e concluíram o 20º caso em Janeiro de 1936. Dado que a monografia foi publicada no verão seguinte (Junho) as observações são de interesse reduzido. Moniz tem disso consciência, porém esse poderá ter sido um dos factores que mais dúvidas levantou na altura.

¹ MONIZ, Egas, Tentativas operatórias... Ob. Cit. p. 10

² MONIZ, Egas, Tentativas operatórias... Ob. Cit. p. 11

HISTÓRIA DO USO DE PLACEBOS NA PSIQUIATRIA.

Pedro Macedo*; Susana Nunes*

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

*Médico (Interno Complementar de Psiquiatria);** Médica (Interno Complementar de Psiquiatria)

Email:pedromacedo33@gmail.com;susanacnunes@gmail.com

Palavras-chave: placebo, ensaio clínico randomizado, psiquiatria, estigma

Resumo

O uso de placebos na “cura” de psicopatologia antecede a história da própria psiquiatria enquanto ciência, sendo inegável a sua eficácia, principalmente no tratamento de sintomas psicossomáticos. A sugestibilidade da mente humana é sobejamente conhecida e excetuando as perturbações psicóticas, a eficácia destes agentes alarga-se a um espectro vasto de doenças mentais. A compreensão da história do placebo é indissociável do estudo da história dos ensaios clínicos randomizados e controlados. Ao serem definidos como *gold standard* na comparação da eficácia de novas terapêuticas, os tratamentos com placebos passaram a ser estigmatizados como não éticos. Esta atitude é lamentável já que se trata de umas das terapias mais eficazes na psiquiatria. O placebo tem assim a sua existência condenada à extinção.

Os autores pretendem através da exposição da história dos ensaios clínicos, compreender o papel atual dos placebos na prática da psiquiatria contemporânea.

Abstract

Use of placebos in treating psychiatry disorders has been used long before Psychiatry was recognized as a science of his own. Suggestion has been acknowledged and beside psychotic disorders, the use of placebos can be applied to a large spectrum of mental illnesses. Understanding the history of placebo can only be done through the study of the rise of randomized controlled trials, as they are defined as the gold standard in quantifying the efficacy of new drugs. Therefore treatments through placebos are now seen as non-ethical. This is regrettable as they are one of the most powerful therapeutic tools in psychiatry.

We purpose through the exposition of randomized controlled trials to understand the contemporary role of placebo in today psychiatric practice.

Introdução

O placebo apresenta uma dimensão simbólica em toda a psicofarmacologia. Estima-se que cerca de um quinto do efeito de toda a medicação resulte diretamente deste efeito. O conhecimento do mesmo é antigo e o uso das suas vantagens confunde-se com a origem da própria medicina. É igualmente sabido que a sugestibilidade desempenha um papel fundamental para a concretização deste resultado, não será, portanto, surpreendente a sua maior eficácia em perturbações somatoformes e menor eficácia em perturbações psicóticas.

Os autores pretendem através da exposição da história dos ensaios clínicos, compreender o papel atual dos placebos na prática da psiquiatria contemporânea

Desenvolvimento do tema

A maioria dos pacientes escutam com maior atenção indicações relativas à prescrição que outras diretivas sobre a higiene ou alimentação. Se o doente esperar determinados bons resultados de um fármaco é provável que esses mesmos efeitos sejam sentidos. De facto, o poder da esperança depositado nas novas substâncias prescritas é frequentemente acompanhado de uma melhoria temporária na sequência da sua indicação. Esta crença do poder na farmacoterapia pode ser utilizada pelo médico em proveito do doente, sendo esta denominada pelo profissional com atenção expectante.

A palavra Placebo tem origem no termo latim *placebo* derivado de *placere*, indicando, portanto, a substância que pretende agradar. Esta entidade associa-se a muitos mitos e é alvo de muita crítica no seio da comunidade médica.

Uma das primeiras abordagens científicas a este fenómeno ocorreu no século XVIII, quando John Haygarth testou o efeito dos *Perkins' sticks*, instrumentos de madeira criados por Elisha Perkins para alegadamente curar reumatismo. Ao comparar o efeito do instrumento original com instrumentos de metal, o autor não encontrou diferenças na sua eficácia, concluindo não ausência do poder terapêutico intrínseco do dito instrumento.

Para uma melhor compreensão do efeito clínico dos fármacos, vários autores têm proposto modelos para clarificar este mesmo funcionamento. Entre estes salienta-se a construção teórica proposta por Claridge, denominada de *Total Drug Effect*. Este propõe que a eficácia de uma substância resultaria de um processo dinâmico condicionado pelo contexto em que esta prescrição era realizada. Neste mesmo contexto interagiriam as características dos três intervenientes enumerando o autor, o próprio fármaco, o prescritor (classicamente o médico) e o recipiente da substância, entenda-se o doente.

Naturalmente a eficácia da substância resultaria de um equilíbrio complexo e dinâmico, conseqüente das características de todos estes intervenientes. Em relação à substância várias características podem afetar a sua eficácia nomeadamente fatores relativos ao sabor, forma e nome do fármaco. A importância do nome revela-se frequentemente no sucesso comercial atingindo, podendo este variar de país para país. Também a cor é determinante, sintomas ansiosos parecem responder melhor à cor verde, sendo a cor amarela, mais eficaz em sintomas depressivos.

Para que o efeito placebo resulte, determinadas particularidades são necessárias no doente. A partilha entre o prescritor e o doente de um sistema e um conjunto comuns de cognições torna-se essencial a esta harmonia. Alguns traços da personalidade têm sido associados a uma maior probabilidade de eficácia dos placebos. Tal é o caso de doentes com elevadas taxas de ansiedade e dependência emocional caracterizada por relações interpessoais pouco ricas e baixa autoestima.

Finalmente em relação ao prescritor é essencial que este obtenha um papel curador validado pela sociedade em que opera. É sabido que alguns rituais praticados durante a prescrição potenciam a eficácia do efeito placebo como por exemplo a assinatura da receita. Também a idade, a aparência e o vestuário contribuem para a transmissão de um sentido de autoridade que favorece a crença da eficácia da substância.

Mas como já foi referido anteriormente, é impossível dissociar estes rituais do contexto em que ocorrem. Naturalmente, os autores referem-se ao meio físico no qual a prescrição ocorre (micro-contexto) mas também ao conjunto de factores socio, político e económicos que têm impacto nesse mesmo local. Convém portanto, ter em conta os valores culturais e morais que apoiam ou sancionam o uso de determinada droga, o clima sócio económico ditado pelos níveis de pobreza e desemprego, o papel de forças económicas na produção e publicitação de uma substância e o grupo no contexto do qual a droga é ingerida (família, grupo de amigos ou até subculturas de consumo de substâncias).

Decorrente deste modelo, o efeito placebo pode ser compreendido como o conjunto de fatores não farmacológicos que determinam a eficácia de determinada substância. Várias outras definições foram propostas, algumas das quais são expostas. Assim o placebo corresponde ao *Total drug effect* mas sem a presença da droga; a substâncias farmacologicamente inerte utilizadas em ensaios duplamente randomizados, a qualquer efeito atribuível a uma substância, preparado ou procedimento mas não às suas propriedades específicas ou farmacodinâmicas ou finalmente aos efeitos fisiológicos, psicológicos ou psicofisiológicos de uma medicação ou procedimento dado com intenção terapêutica independente ou minimamente relacionada com os efeitos farmacológicos da medicação ou características específicas do procedimento é que opera psicologicamente

Convém realçar que antagonicamente, o fármaco apresenta também um efeito Nocebo ou seja um conjunto de efeitos não farmacológicos que contribuem para a não eficácia do fármaco. De facto, as crenças podem nos tornar mais saudáveis, mas também mais doentes. Em relação aos mecanismos de ação fisiológicos envolvidos na eficácia destes efeitos pensa-se que poderá resultar de um envolvimento do sistema opioide endógeno.

Apesar dos aparentes benefícios decorrentes deste efeito, a comunidade tem observado com desconfiança este fenómeno. A compreensão da história do placebo é indissociável do estudo da história dos ensaios clínicos randomizados e controlados e o estudo da sua implementação fornece algumas luzes em relação à evolução desta atitude.

O primeiro ensaio controlado com placebo parece ter ocorrido em 1922, sob a direção de Nicholas Kopeloff, bacteriologista no *New York Psychiatric Institute* e Clarence O Cheney, psiquiatra da mesma instituição. A investigação tinha por objetivo testar a popular teoria da infeção focal, segundo a qual as toxinas libertadas por esses focos seriam responsáveis pela demência precoce ou perturbação maniaco-depressiva. Por esse motivo era frequente a extração de dentes e amígdalas em doentes mentais. Ao comparar doentes submetidos a tais procedimentos com aqueles que não o haviam sido, os autores não objetivaram benefício em relação ao *outcome* da patologia mental. Convém salientar que os doentes selecionados para as duas amostras comparadas não foram randomizados.

A caminhada no sentido do que hoje poderia ser reconhecido como um ensaio controlado e randomizado foi iniciada em 1938 por Myron Prinzmetal, internista em Los Angeles e Wilfred Bloomberg, neuropsiquiatra em Boston. Sob o título "*Was benzedrine or ephedrine more effective in the treatment of narcolepsy?*", os autores concluíram o benefício da bezendrina comparativamente à epinefrina e placebo (cloreto

de sódio). Nesta experiência os doentes não foram randomizados, servindo os próprios elementos da amostra como controlo (estudo cruzado).

Até à segunda guerra mundial o uso de placebos já estava bem inserido na concretização dos ensaios, mas ainda sem a randomização de pacientes. Posteriormente à segunda grande guerra o termo “placebo” era comumente utilizado na gíria hospitalar. A posição antagónica por parte desta comunidade em relação ao uso destas mesmas substâncias é bem espelhada pelas afirmações de dois psiquiatras no contexto da “Conference on Therapy”, realizada em 1946 sob a alçada do *Departments of Pharmacology and Medicine of Cornell University Medical College*. Numa perspetiva mais benigna, Harry Gold realçava “*The placebo is a specific psychotherapeutic device with values of its own... Here they are: I sleep better; my appetite is improved; my breathing is better ... I can walk further without pain in the chest; my nerves are more steady... I think the placebo as a chemical device for psychotherapy has a definite place which cannot be filled by anything else in many cases*”. Em oposição Henry Richardson, psiquiatra no *Peter Bent Brigham Hospital* em Boston contrapunha “*I don't like the element of deception in a placebo, apart from the fact that it is disastrous to get found out. I think that if there is to be a deception it should be the one which the patient demands and which, also, I think he needs*”. Esta discussão realça bem a emergência do papel do placebo enquanto elemento de medição da eficácia de um medicamento no contexto de investigação científica, estando na prática clínica associado a um instrumento de decepção aliado a uma conotação moral negativa.

Entretanto na Grã-Bretanha iniciava-se uma construção que conduziria à introdução da randomização em ensaios controlado, no que viria a ser conhecido como Ensaio Controlado e Randomizado. Para isto muito contribuíram os trabalhos estatísticos de Ronald Aylmer Fisher, *Statistical Methods for Research Workers* publicado em 1925 e a sua obra posterior de 1935, *The Design of Experiments*.

A sua primeira aplicação à investigação surge entre os anos de 1947 e 1951 sob a alçada de Marc Daniels, do *Tuberculosis Research Unit of the Medical Research Council*, e A S Bradford Hill, professor de estatística médica no *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Estes autores dedicaram-se ao estudo do efeito de diferentes tuberculoestáticos embora sem o uso de placebos.

No universo psiquiátrico a introdução de Ensaios Controlados e Randomizados surgiu em 1952 pela mão de Mogens Schou, psiquiatra no *Aarhus University Psychiatric Institute*, em Risskov, na Dinamarca, relativamente à eficácia do Litio no tratamento de doentes maníacos. A este sucederam-se em 1953, o trabalho de Lasagna, investigador pelo *Anesthesia Laboratory da Harvard Medical School* (Hidrato cloral e fentobarbital vs. metilparafinol vs. Placebo) e em 1954, um estudo da eficácia de vários nucleotídeos no tratamento da esquizofrenia realizado por um grupo de investigadores do *Saskatchewan Hospital (Weyburn)*.

Particularmente curioso é o estudo de 1954 realizado por John L Hampson, David Rosenthal, e Jerome Frank (*Department of Psychiatry, Johns Hopkins University*), que ao avaliarem a eficácia de um novo relaxante muscular e potencial tranquilizante obtiveram uma melhor evidência para a eficácia do placebo. Estes resultados deram azo aos autores se pronunciarem relativamente ao efeito placebo: “The high value which our culture places on pills and medicines may be involved in this

phenomenon whereby even inert substances become endowed with physiologic potency when they are presented to the patient as therapeutic agents.”

Assim o Ensaio duplamente randomizado com a utilização de placebos com controlo foi solidificando ao longo de meados dos anos 50 o seu lugar como *gold standard* na investigação científica. Esta posição em relação ao placebo acentuou-se após a Declaração de Helsínquia, em 1964, a qual atribui uma proibição moral absoluta de não mentir a doentes envolvidos em ensaios. Este principio transitou para a pratica clinica, desqualificando o uso do placebo enquanto arma terapêutica.

Uma das criticas apontadas relativamente à generalização dos ensaios randomizados e controlados com placebos, prende-se com a realização de ensaios unicamente com placebos com ausência de um terceiro fármaco, no sentido em que este processo operativo impossibilita a perceção de progresso terapêutico relativamente a outros agentes utilizados. Por outro lado, tem sido ficado a existência de fármacos como a clorpromazina e a imipramina, cuja eficácia não foi testada por estes estudos, mas cuja validade terapêutica não pode ser negada pela evidência clinica existente.

Outros autores realçam o modo como estes estudos têm sido utilizados pela industria farmacêutica no sentido de publicitarem novos produtos. Segundo estes a obtenção de significância estatística relaciona-se mais com a obtenção de amostras suficientemente grandes do que com uma tradução clínica pratica dos mesmos resultados.

A evolução dos ensaios controlado e randomizados e o enquadramento dos placebos no contexto dos mesmos contribui de forma importante para a compreensão da atitude da comunidade terapêutica face aos mesmos. Convém não negar, como já foi anteriormente salientado que a perceção pelo doente da prescrição de um medicamento com esse propósito, pode constituir uma quebra importante e irreparável da relação terapêutica. Por outro lado, a emergência nas últimas décadas de uma variedade enorme de fármacos clinicamente eficazes reduziu naturalmente a necessidade do recurso a estas armas terapêuticas.

Por outro lado, apesar da inegável existência deste fenómeno, tem sido difícil evidenciar modelos patológico e fisiológicos que comprovem a sua eficácia. De facto, os dados relativos à fisiologia do placebo são raros, sendo praticamente ausentes estruturas conceptuais sólidas que integrem o placebo na prática clinica diária. O próprio ensino e formação pós-graduada médico é pobre na abordagem destes fenómenos, veiculando e reforçando a conotação moral negativa anteriormente. É verdade que o progresso científico alcançado nas últimas décadas, favorece uma associação do efeito placebo a ideias pré-científicas da medicina. Também o uso e manipulação deste efeito por formas de tratamento menos ortodoxas e por vezes de eficácia duvidável, tem por oposição conduzido a comunidade clinica a rejeitar o fenómeno, apoiando-se apenas no que é cientificamente comprovado.

Finalmente a equação implícita nos ensaios controlados e randomizados, segundo a qual o efeito de um fármaco é igual à sua eficácia menos a eficácia do placebo, estimula a análise do efeito do placebo como uma “não eficácia”. No entanto, à eficácia farmacológica de qualquer substância acresce múltiplos fatores que potenciam o seu efeito, podendo muitos deles ser enquadrados no dito efeito placebo. A compreensão destes ditos fatores torna-se essencial uma pratica clinica mais eficaz e humanizada.

Conclusão

O efeito placebo é uma dimensão subjacente a qualquer processo terapêutico, apesar disso a abordagem deste tem sido evitado pela comunidade clínica, sendo a sua prescrição conotada negativamente. Para a compreensão desta atitude muito contribuiu a emergência dos ensaios controlados e randomizados que utilizaram a substância “placebo” como instrumento de eficácia científica. Torna-se, no entanto, importante, delinear estratégias psicofarmacoterapêuticas que permitam uma maximização deste efeito, sendo que o placebo não deve ser utilizado como a justificação de esquemas pseudoterapêuticos ou incompetência médica. Não deixa de ser curioso que a medicina influenciada por uma doutrina neoliberal centrada na produção e qualificação dos seus objectos, distorça e negue no efeito placebo a simbolização de uma relação empática terapêuticamente eficaz.

Bibliografia

- Brown, WALTER A. "Expectation, the placebo effect and the response to treatment." *RI Med J* 98.5 (2015): 19-21.
- Kradin, Richard L. "Placebo response: A consideration of its role in therapeutics." *Current psychiatry reports* 13.1 (2011): 37-42.
- Peciña, Marta, and Jon-Kar Zubieta. "Molecular mechanisms of placebo responses in humans." *Molecular psychiatry* 20.4 (2015): 416-423.
- Požgain, Ivan, Zrinka Požgain, and Dunja Degmečić. "Placebo and nocebo effect: a mini-review." *Psychiatria Danubina* 26.2 (2014): 100-107.
- Shorter, Edward. "A brief history of placebos and clinical trials in psychiatry." *The Canadian Journal of Psychiatry* 56.4 (2011): 193-197.

EM BUSCA DO GENE MARXISTA: VALLEJO-NÁGERA E A PSICOPATOLOGIA DA GUERRA CIVIL ESPANHOLA

João Feliz^{1*}; Pedro Sales^{2*}; Guilherme Bastos Martins^{3*}; João Cardoso^{4*}

¹U.L.S. Guarda, Portugal; ²Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; ³Hospital Fernando da Fonseca, Amadora, Portugal; ⁴Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Portugal

*Médico Interno de Psiquiatria

Email:joaofeliz@sapo.pt;pedrosc@hotmail.com

Key words:Vallejo-Nágera, marxism, psychiatry, Spain, history

Abstract

In this paper, we intend to visit the life and work of Antnio Vallejo-Nágera, the first Psychiatry Professor in Spain and the director of the Military Mental Health Service in the first decades of Franco's dictatorship. Among his works are "Psicopatologia de la Conduita Antissocial", "Eugenesia de la Hispanidad y Regeneración de la Raza" and "Locura y Guerra – Psicopatologia de la Guerra Civil". The analysis of the former will constitute the main purpose of this paper.

Introdução

Antonio Vallejo-Nágera (1889-1960), célebre Psiquiatra espanhol morigerado nos ensinamentos da escola alemã dos princípios do século XX, dominada pela influência kraepeliniana, e chefe dos Serviços Psiquiátricos Militares durante as primeiras décadas da ditadura franquista, quando publica, em 1939, um livro que intitula "La Loucura y la Guerra: Psicopatologia de la Guerra Española", onde se propõe descrever e estudar a "totalidade das reacções mentais mórbidas experimentadas pelos espanhóis de todas as classes sociais, durante a guerra". Os autores propõem-se apresentar e analisar as teses que Vallejo Nágera defende neste livro.

Desenvolvimento

António Vallejo-Nágera Lóbon nasce a 20 de Julho de 1889, em Paredes de Nava, pequena cidade situada na província de Palencia. Licenciado na faculdade de Medicina de Valladolid em 1909 aos 20 anos, ingressa na carreira militar, alistando-se no Corpo de Saúde Militar. Oficial de percurso brilhante, foi condecorado em 1911 com a medalha de Ouro da Cruz Vermelha pelo seu "desempenho heróico" durante uma epidemia de tifo em Gijón. Em 1912, é distinguido com a Cruz de Primeira Ordem de Mérito Militar pela sua participação exemplar na campanha espanhola em Marrocos. Em 1917, durante a 1ª Guerra Mundial, parte para Berlim, como adido da Comissão Militar da embaixada de Espanha. A índole do seu trabalho permite-lhe inspeccionar campos de prisioneiros, visitando asilos psiquiátricos e hospitais alemães, onde assiste a cursos proferidos por Emil Kraepelin, Hans Walter Gruhle e Gustav Scwalbe. A experiência na Alemanha revela-se fundamental na escolha de Vallejo Nágera pela carreira psiquiátrica e pela admiração que tinge todo o seu trabalho pelo pensamento psiquiátrico alemão. Volta a distinguir-se pelo seu trabalho de protecção aos prisioneiros aliados, sendo condecorado pelo governo francês e pelo rei da Bélgica com a ordem da Coroa. Terminada a Grande Guerra, Vallejo Nágera instala-se em Barcelona onde se ocupa em sociedades de Higiene e de feridos de guerra, mudando-se para

Madrid, assumindo o cargo de professor auxiliar num colégio de jesuítas na capital espanhola. Em 1922, já com os galões de coronel, é nomeado comandante-médico e ajudante de campo do chefe da Secção do Ministério de Guerra, e, em 1929, é indigitado como médico consultor e chefe de secção do sanatório psiquiátrico de San José em Ciempozuelos, nos arredores de Madrid. Em 1930, com 41 anos, transforma-se no director desta instituição onde desenvolverá grande parte dos seus estudos, desde a simulação de doenças mentais até ao estudo dos processos neuronais. No decurso da década de 20, Vallejo Nágera desenvolve uma intensa e prolífica produção científica, publicando inúmeros artigos em revistas científicas espanholas e alemãs. Traduz vários livros de autores alemães como: “La Psiquiatria para el Médico Práctico” de Hans Gruhle ou “La Psicología del Niño” de Robert Gaupp, publicando ainda 2 monografias sobre as manifestações clínicas da Esquizofrenia e sobre o tratamento da Paralisia Geral. Destarte, vai cimentando o estatuto de luminária em Psiquiatria. Em 1931 é professor na Academia de Saúde Militar, onde organiza o 1º curso de Psiquiatria leccionado em Espanha. Em 1947, converte-se no 1º professor catedrático de Psiquiatria em Espanha, na universidade de Madrid e em 1951 é eleito membro da Real Academia Nacional de Medicina. Jubila-se do seu cargo académico em 1959 e falece em Madrid em 1960. (1)

Olhando para o percurso de vida deste homem, notável tanto do ponto de vista académico, como militar, é difícil compreender o que levou o coronel Vallejo-Nágera a transformar-se num dos mais ferozes perseguidores de marxistas na história de Espanha.

No desenrolar da década de 30, a instabilidade política em Espanha atinge um ponto crítico que desembocará no colapso da II República e na Guerra Civil espanhola. Neste período assistimos a uma progressiva radicalização no discurso de Vallejo Nágera, enfatizando a necessidade de um estado de organização militar com recurso a práticas eugénicas e à eliminação dos mais fracos, desenvolvendo as suas teorias em livros como “Eugenesia de la Hispanidad y Regeneración de la Raza” de 1937 ou “Endogamia: Selección de Novios” e “Política Racial del Nuevo Estado” de 1938”. Afecto à ideologia nacional-socialista alemã, Vallejo Nágera vai desenvolvendo a ideia que os problemas políticos vividos pelo seu país são originados pela degenerescência da raça espanhola, provocada em grande parte pela difusão das ideias marxistas. Nomeado pelo Estado-Maior franquista responsável máximo dos serviços psiquiátricos militares, no auge da Guerra Civil Espanhola, convence o General Franco sobre a necessidade da criação de um Gabinete de Investigação Psicológica Militar tendo como modelo o Instituto de Investigação da Herança Ancestral Alemã, fundado em 1935 por Heinrich Himmler, tendo como escopo a demonstração inequívoca que o marxismo é uma “tara mental”, sentimento caro ao médico espanhol. Concedida a autorização de Franco, Vallejo Nágera dirige em 1938, um estudo sobre os prisioneiros de guerra republicanos com a finalidade de estabelecer qual a malformação biopsíquica que leva as pessoas a aderirem ao marxismo, ou seja, empreende aquilo que ficará conhecido como a busca do “Gene Vermelho”. As conclusões deste estudo serão as premissas propostas no livro “La locura y la Guerra: Psicopatología de la Guerra Española” publicado em 1939. Para levar a cabo o estudo, Vallejo Nágera e dois colaboradores, Dr. Gorgollo Conde e Dr. Agustín de Río, deslocam-se até a um campo de prisioneiros das Brigadas Internacionais localizado no mosteiro de San Pedro de Cardeña, em Burgos, onde seleccionará 297 prisioneiros republicanos como amostra. Parte também para Málaga,

onde visita uma prisão feminina e escolhe 50 mulheres afiliadas na ideologia marxista para integrar o estudo que prepara. Trinta e três destas mulheres estão condenadas à morte e 10 delas a prisão perpétua.

Voltemos agora a nossa atenção para o livro que Vallejo Nágera redacta sobre a Guerra Civil Espanhola (2), onde expõe as teses anti-marxistas que vem elaborando e que pôde comprovar experimentalmente dadas as condições ideais da guerra. Algumas das suas teses haviam sido adiantadas numa monografia, lançada em 1937, intitulada “Psicopatología de la Conducta Antisocial”. (3)

O grande objectivo deste livro, diz-nos Vallejo Nágera, é o estudo da totalidade das reacções mentais mórbidas experimentadas pelos espanhóis de todas as classes sociais, durante a guerra civil espanhola. Logo no prefácio, o coronel Nágera coloca-nos de sobreaviso, afirmando que “... a presente obra é desprovida de toda a intenção política partidária, ditada com critério científico ortodoxo, expondo imparcialmente os fenómenos psicopatológicos observados segundo os cânones psiquiátricos e psicológicos da época. Aproveitando os ensinamentos psicológicos e psicopatológicos da guerra, podemos transformar as multidões gregárias em massas organizadas que vibrem em unísono a qualidade dos sentimentos patrióticos onde se baseará a reconstrução do Império Espanhol...”.

O livro, na sua organização geral, não difere muito de tratados psiquiátricos clássicos escritos até à época. Vallejo Nágera, profundamente influenciado pela escola psiquiátrica alemã e pelo trabalho que esta desenvolveu ao longo da 1ª Guerra Mundial, vai dissertando sobre os problemas individuais e colectivos provocados pelo ambiente de guerra como, por exemplo, as toxicomanias alcoólicas ou morfinómanas, as neuroses psicótímicas e psicógenas da guerra ou as psicoses provocadas por estados de inanição. Procede a doudas digressões sobre as diferenças na concepção das psicoses pela escola materialista representada por Griessinger, Kahlbaum e Kraepelin e pela escola espiritualista representada por nomes como Jaspers, Schneider e Kretschmer. Este último e a sua obra “Carácter e Constituição” publicada em 1921, exercerá uma influência capital na concepção que Vallejo Nágera constrói acerca do biopsiquismo marxista. No capítulo VI desta obra, intitulado “Características Biopsíquicas dos Marxistas Internacionais”, propõe-se estudar as relações que possam existir entre as qualidades biopsíquicas do sujeito e o fanatismo político marxista.

Define como postulados do seu trabalho os seguintes axiomas:

A)Relações entre determinada personalidade biopsíquica e predisposição constitucional para o marxismo;

B)Proporção do fanatismo marxista entre os débeis mentais;

C)Proporção de psicopatas antissociais nas massas marxistas internacionais.

Luzindo as ideias aventadas por Kretschmer sobre biótipos, traçados da curva de vida, ou psicobiogramas individuais, Vallejo Nágera coloca como hipótese de trabalho apriorística que os marxistas fanáticos estão ligados ao temperamento esquizotímico e suas degenerações patológicas com tendência à sentimentalidade, ao idealismo e ao misticismo fanático; por outro lado, entre os propagandistas marxistas predomina o

temperamento ciclotímico e suas degenerações, pois estes temperamentos são tendentes ao oportunismo político e a maior adaptação às exigências da vida prática. Para além da metodologia mencionada, foram aplicados questionários com cerca de 200 perguntas a um grupo de prisioneiros hispano-americanos, pois estes, na sua essência psicológica, não divergem muito do povo espanhol. Também se efectuaram medições antropométricas. Transcrevemos aqui algumas das conclusões que Vallejo retira deste estudo(3):

“Nos internacionais hispano-americanos predominam em elevada proporção as inteligências médias e inferiores, cifrando-se em 10% a proporção de indivíduos francamente imbecis. Mais que débeis mentais, encontrámos no marxismo inferioríssima cultura em relação com a respectiva classe social, muito mais deficiente do que aquilo que se podia esperar do grau de inteligência individual. Outra interessante conclusão despreendida das nossas investigações é que, dada a posição económica familiar dos marxistas hispano-americanos, podiam na sua imensa maioria aproveitar melhor os seus dotes naturais e posição económica para alcançar uma instrução superior à recebida. Dá-nos a impressão que estes sujeitos não quiseram prosperar na vida às custas de esforço pessoal, desejando antes uma nivelação de classe no sentido que desçam à sua, aqueles selectos que se superaram culturalmente mediante o seu trabalho.

Curiosíssima é a comprovação experimental nestes marxistas da sua falta de formação política, pois não possuem outras ideias que não umas quantas simplistas e muito confusas. O ideário político destes indivíduos é constituído por material proveniente da Imprensa e de folhetos de propaganda revolucionária e antissocial. Uma das conclusões mais aproveitáveis do nosso trabalho, desde o ponto de vista da educação do povo, é a elevada percentagem de marxistas que devem as suas crenças à Imprensa revolucionária, coligindo-se a decisiva influência da imprensa diária e do cinematógrafo sobre as gentes de mediana ou inferior inteligência. No que respeita à religiosidade, comprovamos estatisticamente que propendem ao marxismo os ateus, os indiferentes religiosos e os católicos não praticantes. No tocante às características da personalidade social, encontrámos nos internacionais hispano-americanos elevada percentagem de personalidades que denominamos revolucionários natos e imbecis sociais. Designamos como personalidades revolucionárias natas ou congénitas aquelas caracterizadas pelo predomínio das tendências instintivas, elaboração paranoide das vivências e conduta regida por complexos de rancor e ressentimento, com propensão, de certo modo congénita, a desafiar a ordem social vigente. O termo genérico imbecil social adoptámo-lo para denominar a multidão de seres incultos, torpes, sugestionáveis, carentes de espontaneidade e iniciativa, que constituem importante núcleo em todas as multidões gregárias.

Os dados estatísticos que obtivemos demonstram de modo irrefutável a intervenção de complexos de rancor e ressentimento social no fanatismo marxista, pois cerca de metade fracassaram profissionalmente; e um terço, socialmente. Os índices intelectual e cultural dos nossos marxistas expressam palpavelmente que na sua imensa maioria estavam irremediavelmente condenados ao fracasso social e que nos marxistas é constante o desequilíbrio entre as possíveis aspirações

individuais e os dotes e aptidões biopsíquicas necessárias para triunfar na vida. Isto corrobora a nossa repetida opinião que os marxistas aspiram ao comunismo e à igualdade de classes em virtude da sua inferioridade, da qual seguramente têm consciência, e que, por isso se consideram incapazes de prosperar através do esforço pessoal e do trabalho. Se querem a igualdade de classes não é com o afã de superação, mas sim que desçam ao seu nível aqueles que possuem um posto social destacado, seja adquirido ou herdado.

Que aspirações sociais têm os marxistas? Que vontade de superação cultural? Os números encontrados na nossa análise estatística dos internacionais hispano-americanos não podem ser mais desconsoladores para o marxismo, pois mais de metade carecem de gostos, um terço aspira a uma vida de prazeres, luxúria e diversões, e somente 5 por cento manifesta gostos literários e artísticos. Podemos assegurar com a nossa investigação que nas fileiras marxistas não lutam voluntários de personalidade culta e refinada, plenos de ambições espirituais. A comprovação das nossas hipóteses tem enorme transcendência político-social, pois se militam no marxismo preferencialmente psicopatas de tendências antissociais, como é nossa ideia, a segregação destes sujeitos desde a infância podia libertar a sociedade de praga tão temível.”

Estas conclusões de Vallejo Nájera permitiram a retirada de milhares de crianças a famílias consideradas marxistas com o objectivo de serem reeducadas no respeito pela tríade Pátria, Família e Deus. Este fenómeno social foi exemplarmente demonstrado no documentário televisivo “Los niños perdidos del franquismo” realizado por Montserrat Armingou e Richard Bells, lançado em 2002.(4)

No entanto, não fica por aqui a aversão que Vallejo Nájera vota aos marxistas. No capítulo XXIII e XXIV intitulados Patomorfología de la Criminalidad Revolucionária Marxista e Tipologia Criminal Marxista respectivamente, Vallejo Nájera afirma que “...a guerra constitui um desses períodos excepcionais na vida dos povos, um momento favorável para a investigação da origem social da delinquência. Agora e sempre, foi e será a população das grandes urbes constituída por toda a espécie de degenerados imorais, criminosos natos, irritáveis, explosivos, epilépticos, paranóides, homossexuais, impulsivos, alcoólicos, toxicómanos, idiotas morais, imbecis, etc., ou seja, pela totalidade da fauna psicopática antissocial...”. Após esta breve demonstração católica de fé no género humano, Vallejo Nájera pretende demonstrar a origem da criminalidade marxista. Segundo ele, o principal móbil para a criminalidade é o “ódio de classes” prosseguindo com a questão “...a criminalidade marxista foi efeito de loucura individual ou colectiva? Consideramos que existiu uma reacção psicopatológica colectiva traduzida em criminalidade, resultante da propaganda comunista, que inculcou nas multidões a ideia que todos os crimes estão justificados pelo triunfo da revolução social”.

Assim, depois do estudo efectuado nos marxistas internacionais presentes na frente de batalha, Nájera entrega-se ao estudo dos marxistas delinquentes que, na retaguarda da batalha, se dedicaram “...à pilhagem, ao assassinato e ao incêndio...”. Agrupando o tipo de crimes cometidos na zona dominada pelos marxistas por crescente hierarquia de terror e imoralidade – crueldade mórbida, ferocidade mórbida, bestialidade mórbida, por perversidade sexual e por necrofilia/necrofagia, Vallejo

Nágera conclui que todos os criminosos marxistas pertencem à categoria de personalidades que a Psicopatologia denomina fanáticos degenerados, paranóides exaltados por fantásticos ideais políticos ou de reforma social, imbecis morais com ambições egoístas ou histéricos desejosos de se destacarem no seio das multidões revolucionárias. “A nossa impressão”, declara o ilustre psiquiatra espanhol, “acerca do fanático criminóide marxista é que quase sempre se trata de degeneração moral unida à deficiência intelectual, sem que esta alcance o grau requerido para a inimizabilidade dos seus actos.” Depois de reforçar a sua ideia que entre os beligerantes marxista predominam uma série de psicopatas antissociais de todas as categorias (vagabundos, ladrões, alcoólicos) e moles de esquizóides, cuja frieza e refinamento na perpetração dos crimes apenas tem precedentes em Robespierre e alguns funestos personagens da política frente populista, Vallejo Nágera presta especial atenção às mulheres que participaram na revolução social comunista.

Servindo-se dos estudos de Alexander Jassny e Wulffen sobre a criminalidade no sexo feminino publicados no início do século XX, o coronel Nágera alega que o fanatismo marxista, como em regra geral, todo o género de fanatismos, é mais exaltado no sexo débil que no sexo viril.

Aqui ficam alguns extractos que o autor dedica ao sexo feminino:

“São características do sexo feminino a labilidade psíquica, a debilidade do equilíbrio mental, a menor resistência às influências ambientais, a insegurança no controlo da personalidade e a tendência à impulsividade, qualidades psicológicas que, em circunstâncias excepcionais podem acarretar consequências patológicas e anormalidade na conduta social.

É costume a mulher ser de carácter afável, doce, benévolo e pacífico, devendo-se isto aos freios sociais que sobre ela obram, uma vez que o psiquismo feminino tem muitos pontos de contacto com o psiquismo infantil e com o psiquismo animal.

O instinto de crueldade não desperta tão facilmente na mulher como no homem, mas se for desencadeado, os seus limites ultrapassam tudo aquilo que possamos imaginar, precisamente por lhes faltar a inibição da inteligência e da lógica. É habitual observar-se que as mulheres lançadas no terreiro político, não o fazem pelas suas próprias ideias, mas deixam-se arrastar pelos seus sentimentos e que devido à irritabilidade própria da personalidade feminina, não raras vezes atinge proporções patológicas. Por outro lado, a mulher não instruída doutrinadamente espera a sua libertação social por intermédio dos movimentos revolucionários e participa neles com uma actividade histeróide e neurótica”, dando como exemplos os casos de Louise Michel e Theroigne de Méricourt. “Também se observa em tempos de guerra e revolução” prossegue o chefe dos serviços psiquiátricos militares “que as mulheres casadas, as donzelas e até as crianças se oferecem francamente aos homens, em especial aos jovens heróis. Tratam-se de filhas de famílias pertencentes às classes altas da sociedade, sem que neste aspecto se possam estabelecer diferenças entre serventes, artesãs, aristocratas ou funcionárias. Para esta imoralidade sexual contribuem vários factores, sendo o principal a proclamação revolucionária sobre a conquista da libertinagem sexual, celebrando como triunfo do progresso dos tempos a infidelidade conjugal e o

amor livre. A imoralidade sexual na zona vermelha, chegou a excessos lamentáveis, tanto que numerosas crianças apareceram grávidas e muitas jovens mulheres contraíram doenças venéreas.”

É notável como Vallejo Nágera ao longo deste livro cumula e culpabiliza sempre a zona vermelha dominada pelos marxistas de todos os horrores e atrocidades cometidos durante a guerra e que sob a zona tutelada pelo exército franquista, tudo funciona correctamente, sem qualquer crime registrado e tolerância para aqueles que foram derrotados ao longo das campanhas militares, tudo infalivelmente comprovado por uma análise científica neutra.

Conclusão

Termino esta exposição com a seguinte questão: Será que Vallejo Nágera será um psiquiatra “louco”, como o apoda Antonio Palerm, na revista “Memóires de Luttes” (5) ou será a personificação consciente de valores defendidos e propagandeados por um determinado regime que, na sua afirmação como poder emergente, procura lançar mãos de todos os recursos disponíveis, servindo-se da neutralidade atribuída à metodologia científica como confirmação desse poder?

Bibliografia

- 1.GONZÁLES-DURO, Enrique. *Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos*, Barcelona: Península, 2008
- 2.VALLEJO-NÁJERA, Antonio. *La locura en la guerra. Psicopatología de la guerra española*, Valladolid, 1939
- 3.VALLEJO-NÁJERA, Antonio. *Psicopatología de la Conducta Antisocial, Editorial Española*, San Sebastian, 1937
- 4.ARMINGOU, Montserrat; Bells, Richard. *Els nens perduts del franquisme, Documental*, 2002
- 5.PALERM, Antonio. Vallejo-Nájera, el “médico loco” del franquismo, *HISTORIA DE UN MONSTRUO ESPAÑOL, Memóirs des Luttes*, 2013

Nota: Este artigo não obedece à norma proposta pelo Acordo Ortográfico de 1991.

XAROPE ANTI-NERVOSO
do Dr. GELINEAU
Brometo de Potássio arsenicado e cloral

O Xarope Gelineau

emprega-se com êxito para combater as
DOENÇAS NERVOSAS
ISTERISMO, NERVOSISMO FEMININO
VERTIGENS, NEURASTENIA
CONVULSÕES e AGITAÇÃO NERVOSA

J. Mousnier, à Sceaux (Seine) próximo de Paris
E EM TODAS AS PHARMACIAS

Publicidade a medicamentos na, revista *A Medicina Contemporânea*, 1921
(figura inserida pelos editores)

MONOMANIA

Sara Lima de Castro*; Nuno Borja-Santos**

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

*Médica Interna de Psiquiatria; ** Médico Psiquiatria

Email:saralimacastro@gmail.com

Palavras Chaves: monomania, história, psiquiatria, Esquirol

Key Words: Monomania; History; Psychiatry; Esquirol

Resumo

Esquirol representa um dos marcos da história da psicopatologia, cujo trabalho prossegue o de Pinel, evidenciando-se pela metodologia, observação, estatística e descrição minuciosa da nosologia psiquiátrica. Diferenciou quatro grupos de doenças mentais, distinguindo as perturbações orgânicas das funcionais: Idiotia, Demência, Mania e Monomanias. Estas últimas, agrupavam o conceito de insanidade parcial, contrapondo-se à Mania abrangendo todas as valências mentais. Reconheceu as Monomanias como perturbação localizada (uma ou várias ideias fixas subordinando outros fenómenos psíquicos), podendo levar à insanidade e condutas anti-sociais, relevando do domínio médico-jurídico e da atribuição de responsabilidade criminal. Desapareceu como diagnóstico desde finais de oitocentos, mas permanece enraizada na cultura ocidental, sobretudo na esfera artística. Na Literatura, inspirou personagens de escritores como Balzac, Flaubert, Melville e Poe. Diagnósticos actuais (Cleptomania, Piromania e Tricotilomania), sugerem a qualificação na categoria de Monomanias, o que poderá representar uma continuidade histórica entre Esquirol e a actualidade.

Abstract

Esquirol represents an important milestone for the history of psychopathology. He continued the work of his mentor Pinel, evidenced by the methodology, observation, statistics and description of psychiatric nosology. He distinguished four groups of mental illnesses, separating organic from functional disorders: Idiotia, Dementia, Mania and Monomanias. The latter grouped the concept of partial insanity, whilst opposing to Mania covering all mental functions. He recognized the Monomanias as a localized disturbance (one or several fixed ideas subordinating other psychic phenomena), which can lead to insanity and antisocial behavior, taking it from the medical-juridical realm and the attribution of criminal responsibility. It has disappeared as a diagnosis since the late nineteenth century, but remains rooted in Western culture. In Literature, it inspired characters from writers such as Balzac, Flaubert, Melville and Poe. Current diagnoses (Kleptomania, Pyromania and Trichotillomania), suggest the qualification in the category of Monomanias, which may represent a historical continuity between Esquirol and the actuality.

Introdução

A contribuição de Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), continuando a obra de Philippe Pinel (1745-1826), estabeleceu-se como um dos marcos do pensamento psicopatológico contemporâneo. Diferenciou quatro grupos de doenças mentais: a

Idiotia, a Demência, a Mania e as Monomanias. (Olivos, 2009). A Mania corresponderia ao delírio total, uma alteração generalizada das funções mentais, enquanto que, as Monomanias agrupavam as perturbações mentais representativas do conceito de insanidade parcial, concebida como uma preocupação patológica única, contrastando assim, com a noção tradicional de Mania, como condição global que afectava todos os aspectos da compreensão e restantes valências mentais do sujeito.

O termo monomania deriva do grego *monos*, que significa “um” e *mania* que significa “loucura”. O conceito foi cunhado por Esquirol no início do Séc. XIX (~1820)¹. Em 1938, é publicado na sua maior obra intitulada, *Des Maladies Mentales*, em que a teoria das monomanias é considerada por muitos autores, a sua maior originalidade.

Discussão

Esquirol distinguiu três categorias de monomania, seguindo a classificação tradicional tripartida da mente nas suas faculdades intelectuais, emocionais/afectivas e volitivas/instintivas. Considerava assim a existência de: *Monomania Emocional/Afectiva* em que o doente se encontrava obstinado por uma emoção, que afectava as faculdades do “sentimento” com conduta inadaptada; *Monomania Intelectual*, que consistia numa determinação por um princípio falso, relativa a uma ideia fixa delirante, em que o delírio estaria em primeiro plano (Esquirol considerava o delírio como uma alteração da esfera intelectual); e a *Monomania Volitiva/Instintiva*, que afectava a vontade, caracterizada por atitudes instintivas e irresistíveis.

Na sua obra, Esquirol reconheceu as Monomanias como uma perturbação localizada, com uma ou várias ideias fixas capazes de subordinar todos os restantes fenómenos psíquicos, conduzindo o sujeito à insanidade e à possibilidade de delitos e condutas anti-sociais, relevando dos domínios quer médicos, quer jurídicos, nomeadamente a atribuição de responsabilidade criminal. A Monomania Instintiva seria, dessa forma, a responsável pelas situações de graves delitos cometidos aparentemente sem motivo. Longos debates se desenvolveram na Europa oitocentista na procura de relações entre a Loucura, Crime e Imputabilidade Penal, relevando tanto da área médica quanto jurídica. Levanta-se assim a questão da atribuição de responsabilidade ao criminoso. Como julgá-lo, se ele é vítima de um “impulso”, “acção instintiva” ou “irresistível” e se, tem ou não domínio sobre sua própria vontade ou razão?

De todas as três categorias, a *Monomania Intelectual* corresponderia à representação mais próxima da classificação inicial da monomania, como “delírio parcial”, segundo a descrição do próprio Esquirol: “*A desordem intelectual centra-se num único objecto ou numa série de objectos circunscritos; os doentes partem de um princípio falso, do qual retiram as consequências legítimas que dissociam os seus afectos e actos das suas vontades; à parte desse delírio parcial, eles sentem, pensam, agem como o resto do mundo; ilusões, alucinações, associações viciosas de ideias, convicções falsas, errôneas, bizarras são a base desse delírio que eu gostaria de chamar de “monomania intelectual”.*”

¹ Segundo vários autores, a primeira constatação documental do termo “monomania” data de 1819, num artigo publicado pelo Esquirol para o *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Por volta de 1820, o conceito seria do conhecimento generalizado entre a *intelligentsia* francesa. (Jones, p.55)

Na *Monomania Instintiva*: “o doente é arrastado para actos que a razão e o sentimento não determinam, que a consciência reprova e que a vontade já não tem força para reprimir; as acções (delituosas) são involuntárias, instintivas e irresistíveis”. Relativamente à categoria instintiva, a sua manifestação extrema e mais temida seria a intitulada “*monomania homicida*”. Nesta última, a prática de um crime seria o único sintoma de alienação mental, o que faria antever controvérsias nos tribunais da época.

Por último, Esquirol descreveu a *Monomania Afectiva*, o mais próximo equivalente do conceito actual de Perturbação Bipolar sem sintomatologia psicótica, e de *moral insanity* (loucura moral) dos alienistas ingleses definida por James Cowles Prichard (1786-1848): “*Os monomaniacos não perdem a razão, mas os seus afectos, o seu carácter, são pervertidos; por motivos plausíveis, por explicações muito racionais, eles justificam o estado actual dos seus sentimentos...*”. (Esquirol, citado por Dutra, 1991)

O alienista britânico Prichard (1786-1848) foi um dos primeiros médicos que, para além dos alienistas franceses, procurou rever a classificação da “*mania sem delírio*” descrita por Pinel. Na sua primeira obra de síntese, *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou La manie* (1801), Pinel descreve casos de agressividade e violência súbitas em doentes que não padeciam de nenhum delírio cognitivo. Tais casos levaram-no a criar a categoria de “*mania sem delírio*”, conceito paradoxal que se opunha ao senso-comum das classificações alienistas desse período, pois era precisamente o delírio que permitia defini-las enquanto manifestações de loucura. A partir das suas próprias observações em doentes, Prichard identificou aquilo que cunhou como *Moral Insanity* em *Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind* (1835). Para este, a loucura moral consistiria numa perturbação isolada da moral e dos comportamentos sociais, sem afecção da inteligência nem das capacidades de raciocínio. (Wetzell, 2005)

A Monomania e Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo

Algumas perturbações do espectro obsessivo-compulsivo apresentam sintomatologia do tipo monomaniaco, embora ambos os conceitos não sejam completamente sobreponíveis. No que concerne à perturbação obsessivo-compulsiva, Esquirol no seu tratado de 1838 descreve-a como um tipo de monomania instintiva ou volitiva (*délire partiel*): “*O doente é obrigado a realizar actos...que a consciência desaprova, mas sobre os quais ela não tem controlo voluntário (...) é a monomania instintiva. Os monomaniacos têm sempre motivos mais ou menos plausíveis para se justificarem.*” (Esquirol, 1838) Para Berrios e Porter, Esquirol foi responsável por uma revolução visionária na clínica do século XIX, postulando aquilo que posteriormente seria conhecido como Perturbação Obsessivo-Compulsiva. (Friedrich, 2015)

Esquirol é responsável pelo enquadramento nosológico das perturbações do espectro obsessivo compulsivo. Posteriormente, o psiquiatra francês Henry Dagonet (1823-1902) considera condições como a Perturbação Obsessivo-Compulsiva como uma forma de loucura impulsiva. Bénédict Augustin Morel (1809-1873) que teria um grande interesse na classificação etiológica das doenças categoriza a Perturbação Obsessivo-Compulsiva como uma doença nos afectos (*délire emotif*), que atribuía a uma disfunção do sistema nervoso autónomo. Por último, Valentin Magnan (1835-

1916) que considera-a como a psicose de degeneração (*folie des dégénérés*). O conceito de Neurose Obsessiva-Compulsiva surge em inícios do século XX com Sigmund Freud (1856-1939).

Seguidamente, ainda no espectro obsessivo-compulsivo, Kraepelin descreve em doentes do sexo feminino, o comportamento de comprar descontroladamente, cunhando o termo Oniomania (do grego *Onio* que significa comprar), alinhando-se ao conceito anteriormente proposto por Esquirol de Monomania. (Kraepelin, 1915)

O termo Cleptomania, do grego *Klélpteim* que significa roubar, mantém ainda a sua denominação clássica nos dias de hoje. O psiquiatra suíço Andre Matthey foi o primeiro a utilizar o termo *Klopemanie* em 1816, para descrever os ladrões que furtavam impulsivamente itens desnecessários devido à sua insanidade. Posteriormente, Esquirol altera o nome para *Kleptomania*, para descrever comportamento caracterizado por impulsos irresistíveis e involuntários de roubar. O sujeito com *Kleptomanie* era então “forçado a roubar” devido à sua condição de doença mental, e não devido à ausência de consciência moral. (Grant, 2007)

A Monomania e a Perturbação Delirante

A Perturbação Delirante foi inicialmente alvo de estudo por Esquirol, sob o nome de *Monomania Intellectual* como forma de delírio parcial, partindo de um princípio falso, sem por isso perder raciocínios lógicos dos quais se retiravam conclusões legítimas. A perturbação delirante traduz um delírio sistematizado, em relação com o carácter e personalidade do sujeito que delira, caracterizado pela sua instalação insidiosa e construção de certa forma “lógica”, ordenada e coerente a partir de premissas falsas. (Shorter, 2005) Uma “mania” de explicar e decifrar tudo de acordo com um sistema fundamental de significação delirante. Segundo Borja-Santos, em “*Evolução dos diagnósticos na psiquiatria portuguesa do século XIX*”: a partir de uma análise sectorial do arquivo do Hospital de Rilhafoles pertencente ao período entre 1848 e 1880, assiste-se a um declínio da taxa de aplicação do diagnóstico de monomania ao longo deste período (décadas antes o principal diagnóstico aplicado nos principais Hospitais Franceses). Entre os alienistas portugueses, verifica-se que o diagnóstico de monomania tem uma evolução irregular, com quebra importante do seu uso no início dos anos 60. (Borja-Santos, 2015)

A Monomania e aspectos médico-legais

Uma constante na história da psiquiatria corresponde à ideia da existência de uma particular e perigosa forma de insanidade geralmente associada à prática de crimes violentos, que ao longo do tempo assumiu diversas designações (*monomania homicida, loucura moral, psicopatia*, entre outros). Num estado por si só insano, o sujeito que não é capaz de assumir controlo ou responder pelos seus actos é visto como uma potencial ameaça, e a loucura um perigo iminente. A “mania sem delírio” de Pinel levantaria diversas objecções e problemas legais para o Código Penal francês de 1810. Esquirol, foi responsável por desconstruir a principal incongruência da obra de Pinel, contrapondo as manias sem delírio baseadas em perversões dos afetos, e a partir destas, introduzir o conceito de “monomania”. (De Saussure, 1946)

Em 1810, no Código Penal Francês, é definido um artigo específico para a imputabilidade penal. O artigo 64º deste Código definia: “*Não há crime nem delito, quando o indivíduo está em estado de demência ao tempo da ação ou quando foi constrangido por uma força à qual não pôde resistir*”. (Grasset, 1908) Em primeiro lugar, apesar da existência deste artigo, o mesmo não determinava a presença do perito médico como obrigatória, tampouco necessária para a determinação da “responsabilidade” penal do arguido. Em muitos casos a presença de um médico era considerada desnecessária, uma vez que os efeitos da “demência”, (conceito proveniente da classificação de 1809 de Pinel) eram por demais evidentes, tanto que o juiz assim como os juristas seriam perfeitamente capazes de reconhecê-los. Contudo, restavam os “crimes sem razão”, questão de que se ocupava a Escola Clássica de Direito. Tais crimes corresponderiam a casos em que o diagnóstico de um processo “demencial” não era possível, ou quando se constatava que o crime ocorria por influência de uma “força irresistível”, e não era consequência directa de qualquer tipo de delírio, englobados pois na categoria de monomanias. Contudo, sendo o conceito de monomania equiparado a uma “loucura parcial”, tal facto levantaria dúvidas quanto ao grau de comprometimento daqueles “meio loucos” que os alienistas procuravam desresponsabilizar pelos crimes e nos quais os juízes falhavam em reconhecer qualquer traço delirante. Assistiu-se assim a um reconhecimento gradativo do “instinto” ou “força irresistível”, e do carácter involuntário do pensamento e da acção, como aquilo que caracterizava a loucura, ao invés da sua associação à presença total ou parcial de delírio na classificação das doenças mentais. De todas elas, a *Monomania Instintiva* implicava especial controvérsia devido às suas repercussões médico-legais: os juristas e os juízes criticaram-na como um possível álibi fornecido aos criminosos (monomania homicida, uma espécie de amálgama louco-criminoso).

Ainda relativamente ao emprego jurídico da *Monomania Instintiva*, existiu sempre o cuidado por parte dos alienistas de demonstrar que o “perigo” representado pelo “instinto”, embora não correspondesse a uma demência, uma loucura propriamente dita, demandava tratamento psiquiátrico, regulamentado pela aprovação da lei de saúde mental em 1838, em França. Apesar do termo monomania homicida ter sido historicamente atribuído a Esquirol, segundo a historiadora Ruth Harris foi Étienne-Jean Georget (1795-1828), discípulo de Esquirol “(...) quem, numa série de artigos, identificou o estado de *monomanie instinctive* (...)”. Com efeito, foi Georget o detentor da afirmação controversa de que os assassinos eram loucos embora não evidenciassem sinais de perturbação intelectual. A monomania reveste-se assim de especial interesse por, embora sem grande aplicabilidade clínica, ter exercido uma grande influência na jurisprudência médica, (De Saussure, 1946) no estabelecimento do valor e da importância de uma perícia psiquiátrica e das diligências médico-legais nos tribunais criminais franceses. No caso onde existiam dúvidas sobre a sanidade mental do arguido, surgia a necessidade de recorrer a uma apreciação médica para sustentar o veredicto do juiz. Deste modo, emergia uma nova forma de relação e um objecto em comum entre a medicina e o direito, quer de respeitada oposição quer de aliança entre médicos e juristas, a partir do momento em que o médico conquista o seu lugar jurídico no tribunal. (Grasset, 1908)

A Cultura Monomaniaca

Os alienistas franceses abandonam o conceito de Monomania por volta de 1850, mais propriamente em 1853-1854 no debate de la *Société Médico-Psychologique*. Várias críticas foram assinaladas, nomeadamente o facto de representar uma aplicação crua da psicologia das faculdades mentais, de abarcar grupos clínicos muito distintos, baseado em observações transversais, sem estrutura conceptual para assumir alterações longitudinais, e por último, criar problemas médico-legais. Embora a monomania tenha sido mantida como uma das sete categorias reconhecidas de doença mental em 1880, a sua importância como categoria diagnóstica psiquiátrica entrou em declínio nos finais do século XIX. Uma outra explicação para o aumento e conseqüentemente a queda da monomania em finais do século XIX, pode estar relacionada com os usos extra-científicos, nomeadamente legais. A Monomania poderá representar o esforço de Esquirol e seus apoiantes entre 1820 e 1840, numa tentativa de ganhar o reconhecimento público e um lugar para o perito psiquiátrico nos tribunais. Contudo, a decadência da importância diagnóstica das monomanias prende-se com a escassa convicção interna como diagnóstico em si, pelo facto de este grupo nosológico homogeneizar várias condições e grupos de doentes epidemiologicamente muito distintos. (Demazeux, 2015)

Alguns dos diagnósticos nos actuais sistemas de classificação poderão sugerir a sua qualificação na categoria de Monomanias, pelo sufixo “mania” tal como nas monomanias clássicas. O prefixo “mono” constitui um ingrediente crucial para a sua caracterização como síndrome monossintomático, (um único sintoma ou cluster de sintomas intimamente relacionados entre si). Síndromes monossintomáticas distinguem-se de outros síndromes complexos na DSM5, como a Esquizofrenia, em que sintomas como a ideação delirante e as alucinações, pertencentes ao *core* clínico não apresentam qualquer relação prática ou semântica com outro grupo de sintomas como a abulia ou afrouxamento associativo.

Esquirol descreve originalmente a *Monomania Intelectual* que corresponderá mais tarde à Perturbação Delirante, e a *Monomania Instintiva*, equivalente próximo da Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Exemplos de ressonância contemporâneas das monomanias são: Erotomania, Cleptomania, Piromania, Ninfomania, Potomania e Tricotilomania, entre outros exemplos. Tais entidades clínicas actuais poderão representar uma continuidade histórica entre Esquirol e a actualidade.

Apesar do declínio da sua utilização em psiquiatria, são inúmeras as referências na esfera artística, sendo a proliferação do conceito de monomania um fenómeno complexo e fascinante. (Demazeux, 2015) A Monomania permaneceu enraizada na cultura ocidental. Na Literatura, serviu de inspiração para a caracterização de personagens de escritores célebres como Balzac, Dostoyevsky, Flaubert, Melville e Poe, entre outros. Várias personagens Balzaquianas, nomeadamente Baltasar Clães, n’*a Comédia Humana*, são tomadas por uma ideia fixa, que se coloca como a preocupação central dessas personagens e se constitui como mote para toda a narrativa. Em *A Procura do Absoluto* (1834), Baltasar, um químico, é dominado pelo entusiasmo obsessivo de descobrir uma fórmula para resolver um problema científico, traçando um caminho perigoso e destrutivo que leva a sua família à ruína e a a sua mulher à morte. Em *Crime e Castigo*, do afamado novelista russo do século XIX Fyodor Dostoevsky, o personagem principal, Raskolnikov, é descrito como monomaniaco. A personagem

Heathcliff é também descrita como monomaniaca no romance *O Monte dos Vendavais* de Emily Bronte, assim como o Capitão Ahab em *Moby-Dick* de Herman Melville.

Conclusão

Esquirol distinguiu três categorias de monomanias: intelectuais, emocionais e volitivas. Perturbações do espectro obsessivo-compulsivo, assim como a Perturbação Delirante, apresentam sintomatologia do tipo monomaniaco, como preocupação patológica única, localizada, sem compromisso das restantes faculdades mentais. A Monomania, embora sem grande aplicabilidade clínica, reveste-se de especial importância no estabelecimento do valor das perícias psiquiátricas e diligências médico-legais. Como entidade nosológica, o seu uso declina nos finais do século XIX, no entanto a Monomania permanece enraizada na cultura ocidental. Na Literatura, serviu de inspiração para personagens de escritores célebres. Alguns dos diagnósticos nos actuais sistemas de classificação poderão denunciar a sua qualificação na categoria de Monomanias. A decadência da sua importância prende-se com a escassa convicção diagnóstica, e o facto de, como grupo nosológico, homogeneizar várias condições e grupos de doentes epidemiologicamente muito diferentes. Apesar do declínio da sua utilização em psiquiatria, a proliferação do conceito de Monomania é um fenómeno enigmático e fascinante.

Bibliografia

Borja-Santos N., Palma, M. Trancas, B. A Evolução dos diagnósticos na psiquiatria portuguesa do século XIX. In: Pereira, A. L., Pita, J. R. V Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra. Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 e Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde. 2015

Demazeux S.; Singy P. *The DSM-5 In Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Springer. 2015, 238pp. ISBN 9789401797641.

De Saussure R. The influence of the concept of Monomania on French Medico-Legal Psychiatry (from 1825-1840). *J Hist Med Allied Sci*. 1946. 1: 365-97.

Dutra, M. C. B. As Relações entre Psicose e Periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Volume 3, nº 4, (2000), pp. 48-58.

Esquirol, J. E. *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Baillière. Paris. 1838.

Friedrich P. *The Literacy and Linguistic Construction of Obsessive-Compulsive Disorders*. Palgrave Macmillan UK. 2015.

Grant, J. E.; Odlaug B. L. Kleptomania: clinical characteristics and treatment. *Rev. Bras. Psiquiatr*. Volume 30, (2007), pp.11-15.

Grasset, J. *La Responsabilité des Criminels*. Éditions Nouvelles. Paris. 1908.

Jones, D. W. *Disordered Personalities and Crime: An Analysis of the History of Moral Insanity*. Abingdon, UK. Routledge. 2016.

Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius. 1915.

Olivos, P. La mente delirante: Psicopatología del delirio. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr*, 2009, 47 (1):67-85.

Pacheco, M. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Volume 2, 2003, pp. 152-157.

Shorter, E. *Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press. 2005.

Wetzell, R. F. *Inventing the criminal: A history of German criminology.1880-1945* Chapel Hill, NC: The University of North Carolina Press. 2000.

SYNESTHESIA IN THE WORK OF LUÍS MIGUEL NAVA

Gustavo Santos

Hospital de Magalhães Lemos, Porto
Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria
Email:gustavo.santos@hmlemos.min-saude.pt

Palavras-Chave: sinestesia; fenomenologia; psicopatologia; Nava;
literatura portuguesa

Key-Words: synesthesia; phenomenology; psychopathology; Nava;
portuguese literature

Abstract

Synesthesia is a developmental condition in which stimulation in one sensorial modality leads to a secondary idiosyncratic experience in another sensory modality. Recent findings from brain imaging and psychophysiology suggest that its etiology is related to unusual patterns of neural activity and structural connectivity of the brain. Nevertheless, this condition, historically linked with enhanced creativity, still puzzles both doctors and philosophers.

First, we review the state of art of synesthesia, trying to grasp the essence of the phenomenon in the light of its psychopathological phenomenology. Then, we will explore its associations with true perception and hallucination, at the expense of Miguel Nava's (1957-1995) original poetry.

This article first shows how synesthesia might constitute an alternative hermeneutic to Nava's poetry. Nava grappled the problem raised by perception and knowledge, through synesthesia. Beyond any aesthetic ambition, Nava's synesthesia, joining the senses with memory, might ground a prior knowledge about the world.

*“Les parfums, les couleurs et les sons se répondent”*¹

(Charles Baudelaire)

*“A companhia é metade da paisagem”*²

(Luís Miguel Nava)

Introdução

Embora o fenómeno da sinestesia seja reconhecido, desde há pelo menos duzentos anos, e tenha usufruído de um mérito indiscutível em vários movimentos culturais nos séculos XIX e XX, foi apenas, com o desenvolvimento recente das neurociências cognitivas, que voltou a ser foco de uma investigação multidisciplinar.

¹ Baudelaire, Charles, Charles Baudelaire: The Complete Verse. Tradução por Francis Scarfe. Manchester: Carcanet Press Ltd., 2012.

² (Nava, 2004)

Recentemente, tem sido estudado a relação da sinestesia com a criatividade humana e com o processo de constituição da memória.

O objectivo principal deste artigo é reabilitar uma concepção não patológica da sinestesia, passível de ser encontrada em vários exemplos da história da arte e da literatura. Por conseguinte, será realizada uma revisão da perspectiva actual clínica e psicopatológica da sinestesia, através de uma análise da literatura existente. Posteriormente, serão exploradas as relações entre a sinestesia e a alucinação, com realce para a possível semântica da primeira, na obra do autor português Luís Miguel Nava.

Discussão

A sinestesia (do grego, junção de *syn* e *aesthesis*¹) pode ser definida como um fenómeno perceptivo, em que a estimulação de um estímulo de uma determinada modalidade sensorial, desperta, automaticamente, uma resposta perceptiva numa outra modalidade sensorial, na ausência da estimulação directa desta última². Em termos exemplificativos, podemos referir a capacidade de ver cores ao ouvir uma determinada melodia ou nota musical, ou a de sentir o sabor do café, sempre que se vê a palavra filosofia.

A sinestesia é um fenómeno heterogéneo e idiossincrático, envolvendo teoricamente qualquer correspondência de sentidos³, sendo a variante mais comum a produção de percepções coloridas, a partir de tons musicais e números acromáticos⁴.

Por uma questão de organização do pensamento, vamos adoptar, ao longo deste trabalho, a nomenclatura proposta por Grossenbacher e Lovelace (2001), que introduziram o termo “indutor” para descrever o estímulo que provoca a sinestesia e o termo “concorrente” para descrever a experiência, por si só. Cada experiência de sinestesia pode então ser descrita como um par indutor-concorrente. Os indutores de sinestesia mais comuns são de natureza linguística, nomeadamente letras, dígitos e palavras, que conferem significado⁵. Os concorrentes sinestéticos mais comuns são de natureza visual.

A sinestesia é elicitada e, embora o estímulo seja usualmente identificado sem dificuldade, o fenómeno é automático, pelo que é impossível de ser controlado ou suprimido. Esta falta de controlo coloca a sinestesia mais próxima da percepção do que da representação ou imagética mental. Em termos fenomenológicos, interessa realçar a consistência interna das associações intersensoriais, existindo, de facto, uma estabilidade idiossincrática, ao longo da vida. Uma propriedade fenomenológica,

¹ Neste caso, a etimologia da palavra é assaz explicativa do fenómeno, remetendo para a união dos sentidos (por oposição, por exemplo, a anestesia, que significa ausência de sensação).

² Ou, de forma mais lacónica, a percepção simultânea de dois ou mais estímulos numa experiência Gestalt.

³ As variedades fenomenológicas possíveis são consideráveis. Formas clínicas mais raras como a personificação linguística, misofonia, sinestesia em espelho ou sinestesia léxico-gustatória podem ser consultadas na ampla literatura existente.

⁴ Fenómeno que foi popularizado, por alguns autores, de *audition colorée*, no qual a visão da letra B pode elicitar a percepção da cor vermelha, por exemplo.

⁵ Embora menos frequente, o indutor pode ser uma representação interna e não estar fisicamente disponível (Ward J, 2013).

igualmente importante, é o facto de a sinestesia ser projectada, ou seja, percebida externamente num espaço. Outra característica é a presença de um afecto acoplado, ou seja, a experiência sinestética não é geralmente emocionalmente neutra. Por fim, referir a existência do carácter elementar na sinestesia (em oposição a formas pictóricas e muito elaboradas). Convenientemente, mais adiante, esta fenomenologia será explorada, em relação à obra de Nava.

O estatuto da sinestesia na comunidade científica e médica ainda não é bem definido¹. Recorde-se que a doença é tradicionalmente considerada, num contexto de défice, e que, no caso da sinestesia, pode existir até um aperfeiçoamento de capacidades perceptuais. Por outro lado, as doenças mentais teoricamente incapacitam ou geram sofrimento ao seu portador ou a familiares, sendo que as funções perceptivas e cognitivas, de forma geral, não estão negativamente afectadas pela sinestesia. Apesar da inexistência de consenso, a sinestesia tem sido conceptualizada em congénita e em adquirida, resultante de perda sensorial, lesão cerebral, ou intoxicação com drogas alucinogénicas, entre outros.

Estima-se que a sinestesia esteja presente em 2 a 4% da população geral. Em termos de distribuição epidemiológica, é mais prevalente nas crianças e nos indivíduos do sexo feminino². A sinestesia congénita parece apresentar um padrão familiar, sendo que uma parte considerável dos sinesteta reporta, efectivamente, um familiar em primeiro grau com a condição. O padrão de transmissão parece ser consistente com uma transmissão autossómica ligada ao cromossoma X, embora estudos mais recentes tenham posto este padrão em causa. É hoje mais consensual admitir uma etiologia poligénica com vários modos de hereditariedade e heterogeneidade de locus.

Embora a sinestesia seja um fenómeno perceptivo, e não um fenómeno mnésico *per se*, é imprescindível explorar um pouco a relação com a memória, nem que seja por ter consideração o vínculo que a memória possui na obra de Nava. Os sinestetas tendem a reportar um aumento de capacidade de memória subjectivamente e estas descrições têm sido compatíveis com alguns estudos em que a memória, avaliada com instrumentos padronizados, se mostrou aumentada, quando comparada com indivíduos controlo³. Várias explicações têm sido avançadas nos últimos anos. É possível que o aumento de capacidade de estruturação e de organização da memória possa ocorrer em virtude da riqueza experiencial das experiências sinestéticas. Outra hipótese é a sinestesia, por si só, poder estar ligada a alterações estruturais no cérebro (como por exemplo, alterações de plasticidade nas regiões visuais), comuns aos mecanismos de

¹ A sinestesia não consta nas mais recentes classificações internacionais de doença, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª edição (DSM-5) ou a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10 (CID-10). Embora neste âmbito, seria injusto não referir a tentativa de formulação de critérios diagnósticos (todos eles, diga-se de passagem, fenomenológicos) protagonizada por Richard Cytowic (2002).

² Com um ratio que varia consideravelmente (de 3:1 para 8:1). Segundo alguns autores, esta discrepância de género poderá, pelo menos em parte, ser explicada por um viés de resposta, já que os homens reportam com menos frequência experiências sensoriais, como a da sinestesia.

³ Este aumento, embora não seja excepcional (tende a ser um desvio padrão da média), tem sido estatisticamente robusto e replicado em vários estudos.

memorização, e assim, os emolumentos mnésicos tratam-se mais de um epifenómeno, do que do resultado directo da fenomenologia sinestética¹.

Têm sido avançados vários modelos explicativos da sinestesia. Podemos salientar a hipótese da hiperconectividade, que sugere que a sinestesia seja o resultado da existência de um excesso de conexões neuronais e de um défice no processo de *pruning* sináptico, durante o neurodesenvolvimento². Esta teoria permite explicar uma maior prevalência de associações sinestésicas durante a infância. Outra hipótese é a de diminuição do limiar de excitação ou de falha de mecanismos de supressão neuronal. Hipótese suportada, entre outros, pelo facto das drogas alucinogénicas terem o potencial de induzir experiências sinestésicas, sugerindo que este mecanismo neuronal esteja presente em todos os indivíduos, mas suprimido, em condições basais.

Em termos de estudos de neuroimagem, vários estudos mostraram que estímulos indutores de cor nos sinestetas activam aberrantemente a área V4, envolvida no processamento de cor, assim como outras áreas visuais, como a região do lobo temporal inferior. Os sinestetas mostraram, também, em alguns estudos, um aumento no volume da substância cinzenta no giro fusiforme. Congruentemente, estudos de conectividade via imagem por difusor de tensão mostraram hiperconectividade cortical envolvendo o giro fusiforme em sinestetas. Assim, um conjunto em rede de diferentes circuitos cerebrais, e não apenas uma região específica, parece ser responsável pela sinestesia.

Uma limitação importante dos estudos é o carácter heterogéneo das experiências dos sinestésicos. Por outro lado, a imagiologia fica muito aquém da fenomenologia nestes casos, arriscando-se a dar uma visão demasiado frenológica da sinestesia. A este respeito, a literatura e a arte podem contribuir positivamente para descodificar aspectos emocionais e dinâmicos da percepção sinestésica, abandonando uma visão demasiado clínico-anatómica³. A sinestesia é, além do mais, uma das alterações psicopatológicas mais abordadas, neste contexto. Na arte, escolas, como o surrealismo, defendem o fenómeno sinestésico como raiz fundamental do processo artístico, sendo que autores como Götlind (1957) referem que a sinestesia é um componente essencial da sensibilidade poética⁴. Na literatura, a sinestesia surge, geralmente, no âmbito de recursos estilísticos, tendo sido definida como “metáfora dos sentidos”. Para vários autores, esta pode representar a maior forma de expressão artística (Duffy P, 2013). E é precisamente sobre um exemplo da literatura que nos vamos debruçar, na segunda parte deste artigo.

Luís Miguel Nava (1957-1995) ocupa, por direito próprio, uma posição ímpar na literatura portuguesa. Nascido em 1957, iniciou a sua carreira literária em 1979, com a publicação do livro *Películas*, premiado com o Prémio Revelação da Sociedade

¹ A este propósito é particularmente útil a revisão acerca da sinestesia e da memória, levada a cabo por Rothen N, 2012.

² O que pode também contribuir para explicar o aumento de alterações de sensopercepção, incluindo a sinestesia, nas crianças com perturbação do espectro do autismo, por exemplo.

³ Não é raro, aliás, artistas e escritores oferecerem uma descrição de um sintoma ou de uma doença, ainda antes da sua categorização e abordagem clínica.

⁴ Reporte-se também o trabalho artístico de Kandinsky, dotado de um forte componente sinestésico, e o trabalho de Wagner e a sua ideia de *Gesamtkunstwerk* que foi posteriormente reinterpretada pelos simbolistas. Por fim, na área da literatura, o poeta francês Rimbaud procurou nas percepções sinestésicas a procura da plenitude emocional.

Portuguesa de Autores. O primeiro título pressagia já o que seriam as obras seguintes do autor, ricas em explosões de imagens vividas. Já nesta obra inaugural, a escrita é preenchida de elementos sinestésicos, “as águas maravilham-se entre os lábios [...] a luz de que se erguem acontece às águas, / à flor da fala [...] Da linguagem / rebentam folhas duma cor incómoda [...]” (Nava, 2002).

A sua carreira literária, embora temporalmente abreviada, revelou-se profícua. Citam-se, a este propósito, várias autoridades da literatura portuguesa. António Ramos Rosa reparou em Nava uma “profundidade carnal, orgânica, que é talvez inédita em toda a poesia portuguesa” (Apud Miguelote, 2006). Já Eduardo Prado Coelho referiu a “síntese admirável entre a preocupação com o rigor da construção textual” e uma “densidade realista, que pode, em certas circunstâncias, ser do tipo narrativo ou alucinatório”¹.

Uma análise de carácter totalizante de uma obra que é contínua, e até sequencial, consistindo num total de 166 poemas (destes, 74 em verso) parece mais adequado para os objectivos deste trabalho. Baseamo-nos, então, na obra poética de Nava, que foi compilada no volume *Poesia Completa 1979-1994* (Nava, 2002) e nos *Ensaio Reunidos* (Nava, 2004). A primeira inclui as seguintes obras: *Películas* (1979), *A Inércia da Deserção* (1981), *Como Alguém Disse* (1982), *Rebentação* (1984), *Poemas* (volume em que foram reeditados os livros anteriores, 1987), *O Céu Sob as Entranhas* (1989) e *Vulcão* (1994).

A obra naviana é repleta de temáticas sensoriais (“céu”, “rebentação”, “ondas”, “mar”, “espelho”, “pele”) que justificam o uso da metáfora². Este primado pode ser auto justificado, com o recurso à declaração de Rilke do texto “*Urgerausch*”, utilizada por Nava, no seu ensaio “O amigo mais íntimo do Sol” (sobre Eugénio de Andrade): “para que o poema se consuma, é necessário que o mundo nele se manifeste sob uma forma à qual só se poderá guindar mediante o simultâneo concurso das cinco “alavancas” dos sentidos” (Miguelote, 2006).

Desta união da forma metafórica e do conteúdo sensorial, surge a sinestesia em Nava. O mundo poético configura-se como o mundo de devir, que necessita da realização da sinestesia para a apreensão da sua totalidade. Nava valoriza o emparelhamento dos sentidos, numa tradição da poesia moderna, em autores como Baudelaire e Rimbaud. Encontramos exemplos sinestésicos em toda a obra do autor (1979-1994): “o azul do paladar”, “carne onde vibram do extinto amor os ecos”, “treva adocicada”, “um sabor quase visão, que lhe ascendia aos olhos”, “a luz [...] fazia-me cantar o coração” “a língua era excitada pelo que ouvia, a língua ouvia”, “viamo-la através do ouvido”, “cores que nos ouvidos se alteravam antes de voltarem à visão”, “nas trevas – onde as ervas / e as flores são invisíveis / o aroma verdeja”, “o aroma pisado a ervas trouxe-lhe dum tímido canteiro o primeiro sinal da primavera”, “o modo de ler, de acender um texto de amor nos ouvidos” (Nava, 2002). Esta intensidade sensorial é transportada até ao limite³, já que a escrita tem de participar no processo

¹ A este aparente paradoxo, presente na obra de Nava, entre o trabalho metafórico e a depuração e o rigor nas construções da linguagem, Gastão Cruz chama de fingimento analítico (Miguelote, 2006)

² Tanto que Fernando Pinto do Amaral refere que a obra é “uma das mais metafóricas dos últimos tempos” (Amaral, 2002).

³ Levando ao extremo o apanágio de Alberto Caieiro: “Eu não tenho filosofia: tenho sentidos”.

sensorial pois ”são palavras que sufocam, que boiam à deriva até encontrarem algo com que possam respirar.”

Recordamos agora que a escrita automática, ou em estados alterados de consciência, foi um procedimento utilizado por alguns autores surrealistas, e que alguns autores como Coelho (1988) e Ferraz (2004) rotulam o estilo de Nava, como alucinatório. Argumentaremos que em Nava o fenómeno é sinestésico, e não alucinatório.

Quer a alucinação, quer a sinestesia partilham com a percepção normal serem experiências e construções mentais. Embora possam partilhar factores etiológicos comuns, a possibilidade de ocorrência, sem ser num contexto patológico, é factual para ambos.

A questão do objecto é fundamental nesta distinção. A alucinação, psicopatologicamente, é definida como uma percepção sem objecto, ou, na terminologia usada no início do trabalho, como a ocorrência de um concorrente sem a existência de um indutor. O conteúdo alucinatório é, na maioria das vezes, idiossincrático, sem correspondência com o real. Na alucinação há algo que se constrói e se projecta de novo. A ausência do objecto externo que é percebido também está patente, de alguma forma na sinestesia, mas de uma forma diferente. Na sinestesia o indutor está presente, só que o concorrente surge deslocado, ou mapeado. Na sinestesia, parece haver algo que se descobre, que se percebe. Ao contrário da alucinação, a sinestesia implica um compromisso com a mesma. O discurso naviano está bastante mais próximo da percepção normal do que o discurso alucinatório, característico de outros autores. Não existe em Nava uma pretensão de solipsismo e de fuga de realidade, característico dos estados alucinatórios.

Ao contrário da sinestesia, a alucinação tem um estatuto ficcional, e, para Nava, a ficção afigura-se-lhe “Pouco rigoroso”, entre outras razões, “porque parece excluir do seu horizonte qualquer relação com a realidade” (Miguelote, 2002).

Se todos os órgãos podem ser destino do real, não parece ser, ao acaso, a preferência naviana pela pele, num investimento poético excessivo, naquele que constitui o maior órgão perceptivo do ser-humano¹, “a pele é, se quiser, como uma grande lupa” (Nava, 2004). A pele no corpo tem como função delimitar o interior e o exterior, é uma área partilhada. Tal como a sinestesia é a união entre dois sentidos, a pele representa um locutor privilegiado de um dualismo incompleto, já que a pele em Nava é imperfeita, “rasgada” e “dilacerada”, pelo que a “fome fala através das feridas”.

“A pele é o espelho da memória”, profere Nava, num dos seus poemas mais aclamados. O espelho, referente laciano, remete-nos para uma questão identitária. Com efeito, para alguns autores, como Moisés (2009) a aglutinação de sentidos pode deixar transparecer uma crise ontológica do sujeito. A sinestesia traz inerentemente consigo a questão da identidade, que é reconhecida em Nava, “ignoro o que ao certo seja ser, mas, seja o que for, dispõe de intensidade própria e regulável como o som dum aparelho ou a velocidade de um motor”. Sendo que a identidade é construída a partir da

¹ Nava assemelha-se a Paul Valéry, que exprimia que “O que é mais profundo no homem é a pele” (tradução livre de VALÉRY, Paul. “L’idée fixe”. In: Oeuvres complètes. Tome II. Paris: La Pléiade, 1960).

sinestesia, “há momentos em que “sou” mais do que noutros, em que, se assim pode dizer-se, tenho a minha identidade acelerada”.

Para Nava, todas as experiências humanas são corporais. É preciso regressar ao corpo (“A nossa anatomia é uma terra enigmática e longínqua sobre cujo mapa jamais pensámos debruçar-nos”) que permanece “dividido em duas partes / fechadas / à chave uma na outra”. Neste domínio, ao pensar o corpo numa perspectiva fenomenológico-existencial, aproxima-se a autores como Merleau-Ponty, que considera a experiência corporal essencialmente sinestésica e a Martin Heidegger, que explora a corporeidade do *Dasein*. Para Nava, o corpo é mais que um fenómeno material e biológico, mas expressividade e presença. Alguns autores referem o corpo inscrito no real (Maria João Cantinho, 2002). Porém, socorrendo-nos da organização psíquica proposta por Jacques Lacan, não é apenas o real, mas o simbólico que é inscrito no corpo. O corpo fala, constitui a própria linguagem, e esta surge numa vertente psicossomática em Nava: “eu amo assim: com as mãos, os intestinos” ou “Desnudarmo-nos é pouco, há que mostrar as vísceras”.

Em Nava, o corpo constitui-se como memória, que é vinculada pela sinestesia, pois, pode ler-se, num dos últimos escritos de Nava, “ao longo da memória, onde se fundem o tímpano e a pupila”. Esta memória é activa, não conserva, constrói, já que nela ainda “fulgura a lava dos sentidos que entram em actividade e lhe disputam os dias idos”. É uma memória não contaminada pelos resíduos do esquecimento, por isso os “dedos” que persistem sob a pele, “onde a memória os move”, “tacteiam impolutos”.

Não temos base empírica para acreditar que Nava fosse sinesteta. A sinestesia, enquanto condição neurológica, como vimos, é determinista, resulta de uma automaticidade, que exclui qualquer processo criativo. Nava propõe-nos o exercício de absorver o mundo, pela sinestesia, e a partir daí obter uma nova visão do mundo, abrindo caminhos para a construção de subjectividades. A sinestesia em Nava é voluntariosa e resulta de um compromisso pleno.

Por fim, é significativo referir também em Nava o esforço permanente de estabelecimento de contacto com o outro. É notória a inclusão do leitor no texto, como entidade activa: “Poder-me-ão entender todos aqueles / De quem o coração for a roldana”, e “Não foi sem dificuldades que este livro rompeu [...] até chegar às suas mãos, leitor” (Nava, 2002). Também aqui é possível sobrelevar o carácter interpessoal da sinestesia¹, que permite, através da união de estímulos contraditórios, o encontro do outro.

Conclusões

A sinestesia é um fenómeno complexo, respeitante à união de sentidos, mas que pode constituir igualmente pontes de convergência entre campos bastante distintos, como as ciências cognitivas, a filosofia e a arte. Para este diálogo, uma acepção não patológica deste fenómeno pode ser particularmente enriquecedora.

Em Nava, a sinestesia promove a linguagem poética ao limite das suas possibilidades, expandindo os horizontes da percepção, e, conseqüentemente, os limites

¹ Por um lado, alguns sinestetas apresentam a capacidade de personificar letras e números, atribuindo-lhes um género, personalidade e atributos físicos e mentais. Por outro, estão descritos mecanismos sinestésicos, de índole empática, nomeadamente a sinestesia em espelho, quando observar visualmente alguém com dor, elícita dor na própria pessoa.

da memória. A sinestesia possibilita um ponto de partida para os processos cognitivos necessários na construção do mundo do sujeito. Por oposição à alucinação, existe em Nava uma semântica e um compromisso rigoroso com o mundo. Através da sinestesia, a obra de Nava adquire uma justificação epistemológica, fundando o conhecimento a partir do corpo vivido na plenitude do sentido.

Bibliografia

MIGUELOTE, Carla — A poética de Luís Miguel Nava: vem sempre dar à pele o que a memória carregou. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2006. Dissertação de Mestrado.

DUFFY, Patricia — “Synesthesia in Literature”. In *Oxford Handbook of Synesthesia*. Oxford: Oxford University Press., 2013, pp: ISBN: 9780199603329. Oxford: 2013.

NAVA, L. M. *Poesia Completa (1979 – 1994)*. Lisboa: D. Quixote, 2002.

_____. *Ensaio reunidos*. Lisboa: Assírio e Alvim, 2004

WARD, Jamie, *Synesthesia*. *Annual Review of Psychology*. ISSN 0066-4308. Vol. 64: 49-75. 2013.

ESQUIZOFRENIAS, RECUPERAÇÃO E SUPERAÇÃO: MUNDOS MÚLTIPLOS

Juž Škraban^{1*}; José Cunha Oliveira^{**}

¹Inštitut za multikulturne raziskave, Ljubljana, Eslovénia

*Antropólogo cultural

^{**}Médico psiquiatra. Chefe de Serviço Hospitalar. Mestre em Psiquiatria, Coimbra, Portugal

Email:skrabanjus@gmail.com;josecunhaol@gmail.com

Palavras-chave: recuperação clínica, recuperação pessoal, superação, esquizofrenia, ouvir vozes

Keywords: clinical recovery, personal recovery, schizophrenia, hearing voices

Resumo

Na área da saúde mental há uma grande diversidade de conceitos de recuperação. No que diz respeito ao prognóstico e às expectativas de outcome nas esquizofrenias, a biopsiquiatria, ou psiquiatria biológica, mantém o pessimismo terapêutico herdado de Kraepelin. As próprias classificações psiquiátricas, baseadas no paradigma kraepeliniano, fazem depender o diagnóstico de esquizofrenia do seu prognóstico. Para elas, é esquizofrenia a perturbação psicótica que tiver evolução desfavorável e mau prognóstico. Para além das biomédicas, há muitas outras definições de recuperação, algumas apoiando-se nas narrativas pessoais e algumas na evidência científica, que mostram outras informações mais otimistas no que diz respeito ao prognóstico das esquizofrenias. Em muitos casos a recuperação é substituída pela superação, conceito no qual o prognóstico se baseia mais nas alternativas de vida do que na ausência de sintomas. Este artigo pretende fazer um desdobramento das conceções existentes de superação, enfatizando evidências alternativas, nomeadamente a da organização Intervoice.

Abstract

In the area of mental health there is a great diversity of recovery concepts. Regarding prognosis and outcome expectations in schizophrenia, biopsychiatry, or biological psychiatry, maintains the therapeutic pessimism inherited from Kraepelin. The psychiatric classifications themselves, based on the Kraepelinian paradigm, make the diagnosis of schizophrenia dependent on its prognosis. For them, schizophrenia is the psychotic disorder that has an unfavorable outcome and poor prognosis. In addition to the biomedical ones, there are many other definitions of recovery, some based on personal narratives and some on scientific evidence, which show other more optimistic information regarding the prognosis of schizophrenia. In many cases recovery is replaced by overcoming, a concept in which the prognosis is based more on the alternatives of life than on the absence of symptoms. This article intends to make an unfolding of the existing concepts of recovery, emphasizing alternative evidences, namely that of the Intervoice.

Introdução: recuperação – uma variedade conceptual

O debate sobre os conceitos de recuperação / superação (*recovery*) anima-se desde os anos 90. A variedade de definições de recuperação / superação estende-se por definições focadas em sintomas, nas funções ou na pessoa (Snyder, Yound e Schactman 2016: 25), até definições operacionais (Lieberman e Kropelowicz 2005). Podemos distinguir entre recuperação clínica e recuperação pessoal (superação). O objetivo deste artigo é refletir sobre o debate que se tem desenvolvido e pensar a recuperação / superação em termos da teoria e prática desenvolvidas pela *Intervoice*.

Recuperação clínica e modelo baseado na evidência

Antropologicamente, há consenso sobre a psiquiatria clínica, parte da biomedicina contemporânea (ciência das doenças, Luz 2007), conduzir a uma desvalorização da perspectiva do doente (Kirmayer et al., 2004: 199), tratando da doença e não da experiência dela (Kleinman, 1980: 72). A noção clássica psiquiátrica de que a recuperação é a remissão dos sintomas é contestada por demasiado categórica, oferecendo apenas duas possibilidades: recuperação e não recuperação (Lieberman e Kropelowicz 2005: 738). Na base da orientação baseada na evidência, o debate psiquiátrico sobre a recuperação conduz a definições diferentes, que raramente correspondem ao sentir dos pacientes. Há uma diferença considerável entre medidas da recuperação clínica e avaliação da recuperação pelos pacientes (Andresen, Caputi e Oades 2010: 314).

Recuperação pessoal (superação)

Um dos pioneiros do conceito de recuperação foi William Anthony, defendendo uma definição mais abrangente: “a recuperação da doença mental implica mais que a recuperação da doença em si. As pessoas com doença mental têm de recuperar do estigma que incorporaram na sua vida, dos efeitos iatrogénicos dos diversos contextos terapêuticos, da falta de oportunidades de autodeterminação, das sequelas do desemprego e dos sonhos desfeitos” (Anthony, W., 1993: 527), implicando uma crítica às teorias psiquiátricas sobre doença mental: “o conceito emerge da percepção simples, mas profunda, de que as pessoas diagnosticadas com doença mental são seres humanos”, “algo mais que uma resultante da atividade eletroquímica do cérebro” (Deegan 1996: 92). Como no caso de Patricia Deegan, quando fala da sua terceira hospitalização, aos 18 anos de idade: “na essência, o psiquiatra estava a dizer-me que a minha vida, devido ao rótulo de esquizofrenia, era um livro fechado, que o meu futuro estava escrito” (Deegan 1996: 92).

Voltando ao conceito de recuperação de Anthony, a recuperação pessoal (superação) conceptualiza-se na esfera das pessoas com experiência própria de esquizofrenia e não no âmbito da profissão psiquiátrica: “a superação é aquilo que as pessoas fazem das suas incapacidades. Tratamento, gestão de caso e reabilitação é o que os facilitadores (*helpers*) fazem para ajudar à superação” (Anthony 1993: 527). No mesmo sentido, realça-se a atuação dos “profissionais de experiência”: “nós podemos tornar-nos peritos no nosso próprio caminho de superação” (Deegan 1996: 92).

Oferecendo uma alternativa, o conceito de recuperação pessoal (superação) questiona a definição de superação enquanto *outcome*. Há quem defenda a superação enquanto processo, mas em função de *outcome*: para o processo não perder o seu

significado, é preciso manter um laço com a perspectiva de *outcome*. Esta ligação faz com que a recuperação pessoal seja algo mais que um simples “viver com doença” ou uma “estratégia de *coping*” (Davidson, Tondora e Ridgway 2010: 2). Em contrapartida, há quem defenda que a superação deve entendida fora de *outcomes*, em termos da vida quotidiana. A vida não é um *outcome*: “neste sentido, estar em superação tem a ver com prossecução e participação ativa numa vida significativa e agradável, dentro das limitações impostas pela incapacidade” (ibid: 3). Ou então, se falarmos de algum *outcome*, o processo de superação é em si mesmo o *outcome* (Jacobson 2001: 254).

Finalmente, a ideia de superação põe em causa o pressuposto da investigação positivista, segundo a qual a saúde é algo mensurável, e dá-nos uma análise que realça o carácter social e cultural do tratamento: “o *outcome* do tratamento é muitas vezes avaliado como se fosse uma condição objetivamente determinável e mensurável, em vez do resultado de práticas sociais e culturais” (Hydén 1995: 73).

Evidência para a recuperação pessoal

Há duas maneiras principais de compreender a recuperação pessoal (superação) enquanto processo subjetivo. Tem-se usado a evidência narrativa e a evidência científica. A ‘viragem narrativa’ nas ciências sociais e humanas fez com que, teórica e praticamente, começássemos a valorizar as narrativas pessoais, entendidas como uma das mais importantes dimensões da recuperação e como uma ferramenta para facilitar o respetivo processo (Roe e Lysaker 2012: 10 – 2). Em primeiro lugar, analisando as histórias de recuperação, Ridgway encontrou alguns motivos recorrentes: “ressurgir da esperança depois do desespero; quebrar da negação e alcançar compreensão e aceitação; trabalho e participação ativa na vida, passando do ajustamento passivo ao *coping* ativo; recuperar um senso positivo de si mesmo; passar da alienação para a perceção de um significado e de um propósito” (Ridgway 2001: 337 – 40; Jacobson 2001: 253 – 4). Em segundo lugar, ao construir a sua própria narrativa, a pessoa envolve a sua intervenção e constrói a sua própria história (Lysaker et al. 2003: 154; Roe e Davidson 2005: 93). Isto significa uma mudança no campo das relações de poder, geralmente dominado pelo discurso psiquiátrico, separado da experiência.

A recuperação pessoal tem sido também defendida através da ‘evidência científica’ (Slade e Longden 2015). Entrando no discurso científico, a recuperação pessoal (superação) é avaliada melhor por uma pessoa com experiência psicótica do que por profissionais de saúde (ibid: 3). As metodologias da avaliação da recuperação têm sido questionadas, defendendo-se, ao contrário dos dados psiquiátricos mais recentes, que mais do que 1 em 7 pessoas recuperam (ibid: 4 – 6). Um estudo de Slade e Longden chama atenção para o facto de a recuperação ser possível sem tratamento psiquiátrico e que a prevalência das experiências psicóticas na população geral ultrapassa o número de pessoas em tratamento (Slade e Longden 2015: 8 – 9).

Repensar a recuperação

Estamos ante dois modelos nem sempre compatíveis teórica e praticamente. O modelo de recuperação pessoal (superação), valorizando a subjetividade, a fenomenologia da experiência pessoal e a autonomia no tratamento, implica que o paciente raramente siga as leis da prática baseada na evidência (Frese et al. 2001: 1463). Na literatura científica aparece uma dicotomia conceptual entre a recuperação pessoal

enquanto *outcome* e enquanto processo, que às vezes coincide com a dicotomia entre recuperação clínica e superação. Mas a verdade é mais rica. O modelo baseado na evidência e o modelo da recuperação pessoal entrecruzam-se. Os dois modelos podem coexistir, o modelo clínico pode funcionar melhor com pacientes em situação mais grave, enquanto o modelo da superação pode funcionar melhor noutros casos (Frese et al. 2001: 1464). Teoricamente, os modelos começaram a convergir. Em primeiro lugar, o modelo da superação começou a usar o modelo científico para comprovar a sua posição. Ao mesmo tempo tem-se mostrado a importância das experiências subjetivas de recuperação, como as de ligação, esperança e otimismo em relação ao futuro, identidade, significado de vida e empoderamento (Leamy et al. 2011: 449) e deviam ser (e cada vez mais vão sendo) incluídas na investigação científica e prática clínica, focada na superação, tal como entendida pelos pacientes (Andresen, Caputi e Oades 2010: 309).

Por outras palavras, o ponto de vista do paciente deve tomar-se em conta e tem sido tomado em conta até certo ponto. Ao mesmo tempo, os processos de recuperação não devem ser pré-ajustados como um livro de receitas a seguir por todos (Ridgway 2001: 339).

O eixo talvez mais importante é o epistemológico. Com base em que informações se constrói o conceito de recuperação / superação? A tónica está nos factos científicos, externos, da pessoa em recuperação ou na vivência desta pessoa? Estamos perante uma questão amplamente discutida na antropologia social e cultural, sendo formulada como “o ponto de vista do nativo”, da pessoa com uma experiência em estudo. No ponto de vista do nativo, há duas posições possíveis, a ética e a émica. A primeira significa uma imposição teórica / conceptual à realidade da pessoa em causa e pode ser considerada como uma implicação da natureza da produção do conhecimento psiquiátrico positivista. Tradicionalmente, todos os conceitos usados pela psiquiatria (como *insight*, alucinações e mesmo recuperação) são definições pouco partilhadas pelos pacientes, alienadas do mundo experiencial deles.

A segunda posição, a émica, significa um conhecimento produzido pelo olhar da pessoa em causa. Ou, se usarmos a linguagem da antropologia tradicional, um olhar “nativo”. Este olhar observa-se em algumas disciplinas científicas sociais e humanas e nos movimentos de utentes em saúde mental (“nada sobre nós sem nós”). Está presente também no conceito de “recuperação pessoal (superação)”. Perante o domínio da posição ética, parece produtivo e humano defender o ponto de vista dos pacientes. Ouvindo-os, os sintomas talvez não sejam a primeira preocupação no processo de recuperação-superação: “a recuperação não significa cura, é, antes, uma atitude, uma postura e uma maneira de abordar os desafios do quotidiano” (Deegan, 1996: 96).

Assim, podemos até chegar a um paradoxo: algumas pessoas, mesmo estando a experienciar mais ativamente sintomas positivos de esquizofrenia, podem considerar que estão em processo de recuperação, porque acham que a vida quotidiana que agora vivem faz mais sentido. Ao mesmo tempo, tem sido provado que alguns sintomas positivos podem estar mais presentes quando uma pessoa experiencia bons acontecimentos na vida (mudar para um apartamento próprio, começar um novo trabalho, estar apaixonado por alguém...) (Davidson, Tondora e Ridgway 2010: 4). Mais ainda, o que um psiquiatra consideraria como uma recaída, por exemplo uma

hospitalização, pode ser entendido pelo paciente como um passo em frente no seu processo de recuperação (ibid: 7).

Então, se alguém nos diz que está em processo de recuperação de uma perturbação mental grave, “em que me baseio para discordar dele?” (Davidson, Tondora e Ridgway 2010: 5).

Intervoice

Da colaboração entre um psiquiatra, uma paciente e uma jornalista de saúde nasceu a *Hearing Voices Network* (HVN ou Intervoice). A rede é gerida maioritariamente por “profissionais da experiência”. A perspetiva do “doente” toma o lugar central na prática, bem como na teoria subjacente à HVN. Desenvolveu-se o conceito de constructo, que ultrapassa em muito a terminologia psiquiátrica na procura dos significados de ouvir vozes.

A HVN adota a posição da psiquiatria social, que entende a esquizofrenia como uma forma especial de “estar no mundo”, um “processo”, uma “forma de vida” (Jenner, 1992: 181). Assim, as experiências psicóticas não são entendidas como patológicas e a procura dos significados de “delírios”, “alucinações” etc. faz-se no contexto da história de vida dos pacientes (Jenner, 1992: 50). Nesta perspetiva, as vozes são o reflexo das interações sociais em que a pessoa com experiência psicótica está integrada (Romme et al., 1997: 260 – 1).

A HVN rejeita o termo médico “alucinação auditiva”, “que pressupõe a existência de doença; seria talvez menos preconceituoso chamar às vozes “percepções extrassensoriais” (Romme, 1997: 106). Estabelecem-se assim os termos “ouvir vozes” e “ouvindo de vozes”, apesar de não existir consenso terminológico nem identitário. As vozes com que o indivíduo não consegue lidar é que são entendidas como “patológicas”, não a experiência em si (Cunha-Oliveira e Zagalo-Cardoso, 1997: 23). A HVN tem então como princípio “validar as experiências e as percepções dos ouvindo de vozes e implicá-los na conceção e na implementação de estratégias de interajuda” (Cunha-Oliveira e Zagalo-Cardoso, 1997: 21).

Nesta análise as referências citadas são maioritariamente escritas por investigadores e profissionais pertencentes à Intervoice. Uns têm experiência própria de ouvir vozes, outros não. Todas as obras citadas resultam da investigação com e não sobre sujeitos que ouvem vozes. Isto, no nosso ver, dá-lhes um certo peso científico que a investigação psiquiátrica não-colaborativa não tem: a voz dos ouvindo de vozes.

Romme e Morris (2013) defendem que a recuperação pessoal ou superação deve ser vista como um processo, com três fases, mais ou menos espelhadas nas 50 narrativas de recuperação individual (superação) recolhidas. Cada fase tem o seu quadro de suporte. A primeira é a fase de alarme (*the startling phase*), em que a pessoa se defronta com vozes esmagadoras. Aqui o objetivo é ganhar controlo sobre as vozes. Com o quadro de apoio suficiente, segue-se a fase organizacional, em que a pessoa desenvolve o conhecimento sobre as próprias vozes. Uma das ferramentas desenvolvidas pela Intervoice é a Entrevista de Maastricht. Na terceira fase, estabilização, a pessoa desloca o foco para a vida quotidiana e as suas relações estabelecem-se agora já não maioritariamente com as vozes, mas com as pessoas no seu contexto social (266–7). Para muitas pessoas, o processo de recuperação começa quando encontram alguém que as ouve, que acredita que as vozes são reais para quem as ouve e que lhes dá uma

esperança de uma possível resolução (Romme e Morris 2013: 263). Aquilo que permite o desenvolvimento do processo de recuperação é o reconhecimento de que as vozes têm um significado na história de vida da pessoa que as ouve. Só com a aceitação é possível perceber, dialogar e lidar com as vozes (ibid: 267).

Com base na prevalência de ouvir vozes na população geral, a Intervoice defende que elas são uma variação humana (como homossexualidade, canhotismo ou dislexia) e não necessariamente um sintoma psicótico. Então, é melhor falar sobre a superação das experiências traumáticas do que sobre a psicose (Dillon 2012). Em segundo lugar, é desnecessário eliminar as vozes – ao contrário, é preciso saber viver com elas (Romme e Morris 2013: 264 – 5). Portanto, por mais estranho que pareça, as estratégias de *coping* não são as mais fundamentais no processo de superação – o mais importante é o *coping* com os problemas subjacentes às vozes (ibid: 265).

Nesta perspectiva, veremos três ferramentas usadas pela Intervoice com o objetivo da superação da psicose: a entrevista de Maastricht, o diálogo com vozes e os grupos de pares.

Entrevista de Maastricht

A HVN criou uma ferramenta para explorar alguns aspetos fenomenológicos da experiência de ouvir vozes - a entrevista de Maastricht, com a qual se pretende chegar ao constructo, para que a pessoa com experiência obtenha um maior controlo e conhecimento sobre as próprias vozes.

As pessoas que constroem um sentido para os seus “sintomas” e encontram as suas raízes no contexto da sua história pessoal, mostram normalmente um nível de superação mais elevado. Isto significa que as intervenções que tentam facilitar a integração dessas experiências na vida quotidiana podem ser tão eficazes e importantes como as que tentam eliminar sintomas (Longden et al., 2012: 224 – 5).

Quando um indivíduo é esmagado pelas suas vozes, há um processo em que vai construindo os significados que as vozes e os seus conteúdos têm para si e, talvez mais importante, vai mudando a sua relação com as vozes, ganhando então controlo sobre elas. O ponto de partida é escutar:

“em 15 anos de intervenção psiquiátrica, só uma vez, aos 36 anos de idade, encontrei alguém disposto a ouvir-me. Isso viria a constituir para mim um ponto de viragem e, a partir daí, deixei de ser uma vítima e comecei a dominar a minha própria experiência. (contributo pessoal de um profissional da experiência, Romme et al., 1997: 211)

As vozes, entendidas como sinais de problemas e não como problemas, podem fazer sentido, sendo que uma forma de encontrar esse sentido é o constructo - “uma formulação dinâmica e psicossocial que explora interpretações possíveis da situação original ao aparecimento das vozes” (Longden et al., 2012: 226). Ao constructo chega-se com a entrevista de Maastricht. O uso sistemático da entrevista facilita a estruturação da experiência e uma reflexão sobre aspetos importantes: identidade das vozes, suas características e conteúdo, seus detonadores (*triggers*), história das vozes e história pessoal (ibid: 227). Para formular o constructo, devemos responder a duas questões

cruciais: quem e que problemas as vozes representam? (Corstens et al., 2008; Echer, 2012; Romme, 2012).

Diálogo com as Vozes

A Entrevista de Maastricht facilita o falar sobre as vozes e o “Diálogo com as Vozes” é uma técnica que serve para falar com elas. O Diálogo com as Vozes desenvolveu-se com base na técnica do mesmo nome, desenvolvida por Stone e Stone em 1989, e tem como objetivo facilitar o diálogo entre o *self* dominante e outros *selves* negados, ou seja, facilita um diálogo mais produtivo entre o ouvidor e as vozes (Corstens, May e Longden 2012: 166 – 9). O princípio básico da Entrevista de Maastricht, “não eliminar as vozes mas conhecê-las”, mantém-se, sendo possível dialogar também diretamente com elas (ibid: 168). O facilitador solicita às vozes autorização para falar; não as julga e não é inimigo delas; e no outro lado o ouvidor mantém o controlo sobre a situação, sendo possível interromper a sessão quando não se sentir à vontade. O ouvidor é neste caso um “tradutor” ou “mediador” entre o facilitador e as vozes (ibid: 172–4).

Grupos de Apoio de Pares (*Peer-support groups*)

A obra pioneira de Anthony (1993: 533) no âmbito da recuperação já sublinhava o apoio pessoal como uma das dimensões mais importantes, identificáveis na maioria das narrativas pessoais de recuperação. Remontando aos serviços psiquiátricos: será que eles conseguem oferecer o suporte social necessário?

No paradigma da Interoice, os grupos de pares defendem a integração das vozes na vida quotidiana das pessoas e oferecem suporte social. Politicamente falando, os grupos de pares significam auto-organização e emancipação (Dillon e Longden 2012: 131). Criar grupos de pares, criar espaços seguros de partilha da experiência, é essencial e não tem que ser necessariamente facilitado por profissionais de saúde mental (ibid: 131 – 2). Os grupos de pares não são espaços terapêuticos nem dependem dos serviços psiquiátricos. São espaços igualitários de escuta ativa, onde não há líderes mas apenas “facilitadores”. Defende-se a natureza colaborativa da dinâmica do grupo. Como diz um elemento de um grupo nos EUA: “Ninguém te diz o que fazer. Ninguém tem que pensar que te conhece melhor do que tu próprio” (Dillon e Hornstein 2013: 292).

Os grupos de pares podem facilitar o reconhecimento de padrões (exemplo: emoções negativas com as vozes negativas), o debate pode facilitar a aceitação das vozes; com a exploração dos significados, o ouvidor pode começar a mudar a relação com as vozes; os grupos de pares validam a experiência vivida e quebram o isolamento que ouvir vozes implica na vida quotidiana (Dillon e Longden 2012: 132). O que mais distingue os grupos de pares da Interoice dos outros é que não se baseiam nos diagnósticos mas sim nas experiências partilhadas (ibid: 134).

A validação da experiência vivida em muitas das histórias de recuperação /superação resume-se nesta narrativa:

“Anne Walton, ouvidora de vozes, perguntou-me, no meu primeiro grupo de ouvidores, se eu ouvia vozes. Respondi que sim e ela disse-me que as vozes eram reais. Parece pouca coisa, mas aquela frase tem sido uma bússola para mim,

mostrando-me a direção em que preciso de caminhar e apoiando a minha crença no processo de superação” (Ron Coleman, citado em Romme 2012: 158).

Conclusão

O que mais interessa às pessoas com dificuldades psicossociais é focarmo-nos na vida quotidiana e não nos diagnósticos. Apresentámos alguns modelos de um conceito emergente de superação. Prestámos uma especial atenção aos modelos que, ao contrário do modelo biomédico, definem os problemas e os objetivos de recuperação em conjunto com a pessoa em causa e não operacionaliza esta pessoa com as suas ideias pré-concebidas. Destacámos a rede Intervoice, que tem desenvolvido uma série das ferramentas próprias para facilitar a recuperação.

Will Hall, facilitador no movimento de Ouvir Vozes e um “profissional da experiência”, na sua comunicação no Congresso Mundial de Ouvir Vozes (Madrid, 2015), disse: “quando questiono pessoas sobre saúde mental, elas falam-me da vida”. Tendo em conta que a recuperação é algo que vai para além da prática clínica e dos serviços psiquiátricos, este tema abre muitas questões práticas e ideias para iniciativas.

Bibliografia

ANDERSEN, Retta, Caputi, Peter e Lindsay G. Oades – 'Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery?' *Psychiatry Research*, 2011, 177: 309–317.

ANTHONY, William A. – 'Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s.' *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4): 11–23. [paginação do PDF]

CORSTENS, Dirk, Escher, Sandra e Marius Romme – Accepting and working with voices: The Maastricht approach. <http://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>.

CORSTENS, Dirk, May, Rufus e Eleanor Longden – 'Talking with voices.' In *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*, London e New York: Routledge, 2012. Pp. 166–178.

CUNHA-OLIVEIRA, José, and José Zagalo Cardoso – 'Apresentação. Ouvir vozes: Aprender e ensinar a lidar com a experiência.' In *Na companhia das vozes: Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Lisboa: Editorial Estampa, 1993. Pp. 17–38.

DAVIDSON, Larry, Tondora, Janis e Priscilla Ridgway – 'Life Is Not an “Outcome”': Reflections on Recovery as an Outcome and as a Process.' *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2010, 13(1): 1–8.

DEEGAN, Patricia – 'Recovery as a journey of the heart.' *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1996, 19: 91–97.

DILLON, Jacqui – 'Recovery from »psychosis«.' In: *Experiencing Psychosis. Personal and professional perspectives*. London e New York: Routledge, 2012. Pp. 17–22.

DILLON, Jacqui e Eleanor Longden – 'Hearing voices groups: Creating safe places to share taboo experiences.' In *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London and New York: Routledge, 2012. Pp. 129–139.

DILLON, Jacqui e Gail A. Hornstein – 'Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress.' *Psychosis* 2013, 5(3): 286–295.

- ESCHER, Sandra – 'Useful instruments for exploring hearing voices and paranoia.' In *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London and New York: Routledge, 2012. Pp. 45–58.
- FRESE, Frederick J., Stanley, Jonathan, Kress, Ken e Suzanne Vogel-Scibilia – 'Integrating Evidence-Based Practices and the Recovery Model.' *Psychiatric Services*, 2001, 52(11): 1462–1468.
- HYDÉN, Lars Christer – 'The rhetoric of recovery and change.' *Culture, Medicine and Psychiatry* 1995, 19: 73–90.
- JACOBSON, Nora – 'Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives.' *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24(3): 248-256.
- JENNER, Frederick Alexander – "Esquizofrenia": uma doença ou alguns modos de se ser humano? Lisboa: Caminho, 1992.
- KIRMAYER, Laurence J., Corin, Ellen e Eric G. Jarvis – 'Inside Knowledge: cultural constructions of insight in psychosis.' In: *Insight and Psychosis. Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. New York: Oxford University Press, 2004. Pp. 197–230
- KLEINMAN, Arthur – *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press, 1980.
- LEAMY, Mary, Bird Victoria, Le Boutillier, Clair, Williams, Julie e Mike Slade – 'Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis.' *The British Journal of Psychiatry*, 2011, 199: 445–452.
- LIBERMAN, Robert Paul e Alex Kopelowicz – 'Recovery from Schizophrenia: A Concept in Search of Research.' *Psychiatric Services*, 2005, 56(6): 735–742.
- LONGDEN, Eleanor, Corstens, Dirk, Echer, Sandra e Marius Romme – 'Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history.' *Psychosis*, 2012, 4 (3): 224–234.
- LUZ, Madel Terezinha – *Natural, Racional, Social*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- RIDGWAY, Priscilla – 'Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives.' *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24(4): 335–343.
- ROMME, Marius – "Ouvir vozes: a experiência dos que nunca recorreram à psiquiatria." In *Na companhia das vozes. Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Lisboa: Editorial Estampa, 1997. Pp. 105–140.
- ROMME, Marius – 'A recovery-focused therapy plan.' In *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*. London and New York: Routledge, 2012. Pp. 153–165.
- ROMME, Marius, Escher, Sandra, Zagalo-Cardoso José António e José Cunha-Oliveira – *Na companhia das vozes. Para uma análise da experiência de ouvir vozes*. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.
- ROMME, Marius e Mervyn Morris – 'The recovery process with hearing voices: accepting as well as exploring their emotional background through a supported process.' *Psychosis*, 2013, 5(3): 259–269.
- ROE, David e Paul H. Lysaker – 'The importance of personal narratives in recovery from psychosis.' *Experiencing Psychosis. Personal and professional perspectives*. London in New York: Routledge, 2012. Pgs. 5–14.
- SLADE, Mike e Eleanor Longden – 'Empirical evidence about recovery and mental health.' *BMC Psychiatry*, 2015, 15: 285.

SNYDER, Matt, Young, Sharon e Lisa Schactman – 'Early dynamics of recovery from psychotic spectrum disorder within a therapeutic recovery community: patterns and dynamics.' *Psychosis*, 2016, 8(1): 23–36.

WOODS, Angela – 'The voice-hearer.' *Journal of Mental Health*, 2013, 22 (3): 263–270.

CONTENÇÃO FÍSICA EM MULHERES COM TRANSTORNO MENTAL: QUANDO O CUIDADO SE TRANSFORMA EM VIOLÊNCIA

Ludmila Cerqueira Correia

Universidade de Brasília / CAPES, Brasil
Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba
Email:ludcorreia@gmail.com

Palavras-chave: Direitos humanos; saúde mental; mulheres com transtorno mental; contenção física; violência contra a mulher.

Resumo

O cuidado em saúde mental, historicamente, tem sido prestado sem evidenciar a centralidade das relações de gênero nas práticas de tratamento às pessoas com transtorno mental. A presente comunicação visa contribuir para o campo de estudos sobre a violência contra a mulher, sua interface com a saúde mental e a atuação de profissionais de hospitais psiquiátricos como agentes dessa violência. Para tanto, aborda e analisa a prática da contenção física realizada em mulheres com transtorno mental em um caso paradigmático, caracterizado por tortura e violência institucional. Conclui-se que a contenção física em mulheres com transtorno mental não constitui medida terapêutica e pode ser configurada como tortura, e, portanto, violência contra a mulher.

Abstract

Historically, mental health care has been provided without highlighting the centrality of gender relations in the practice of treating people with mental disorders. This paper aims to contribute to the field of studies on violence against women, its interface with mental health and the performance of psychiatric hospital professionals as agents of this violence. Therefore, it addresses and analyzes the practice of physical restraint in women with mental disorders in a paradigmatic case characterized by torture and institutional violence. It is concluded that physical restraint in women with mental disorders is not a therapeutic measure and can be configured as torture, and therefore violence against women.

Introdução

O debate sobre violência contra a mulher abrange diversos aspectos e envolve várias dimensões e tipos de violência. Dentre as mulheres mais vulneráveis às práticas de violência, estão aquelas que têm transtorno mental. Trata-se de uma realidade pouco visibilizada e que tem suscitado questões que envolvem os campos da saúde mental e dos direitos humanos.

Este artigo tem como objetivo contribuir para o campo de estudos sobre violência de gênero, mais especificamente, a violência contra mulheres, sua interface com a saúde mental e a atuação de algumas instituições como agentes dessa violência. Na articulação desses dois campos de estudo, pretende-se analisar a prática da contenção física ou mecânica realizada em mulheres com transtorno mental em um caso paradigmático, caracterizado por tortura e violência institucional. Trata-se do caso de uma mulher presa, em sofrimento mental, que foi recolhida em instituições prisionais e um hospital psiquiátrico no Brasil, de 2011 a 2014.

Saúde mental e gênero: há lugar para a contenção física em mulheres com transtorno mental?

No contexto das internações de pessoas em hospitais psiquiátricos no Brasil, ainda hoje chama a atenção a forma quase universal de se referir a tais pessoas, com poucos estudos e pesquisas que destacam a categoria de gênero como diferencial no tratamento que lhes é dispensado. Sendo assim, como o mandato da “diferença sexual” se expressa nos modos de tratamento do transtorno mental? E, ainda, como tal “diferença sexual” incide sobre as práticas de violência no âmbito da saúde mental?

Um dos elementos que causam incômodo no campo da saúde mental é o incipiente debate sobre a categoria de gênero, que pode ser compreendida como um fator de risco nas formas de sofrimento mental (ZANELLO; ANDRADE, 2014). Como aponta Sônia Weidner Maluf (ZANELLO; ANDRADE, 2014, p. 7), alguns estudos já evidenciaram a centralidade das questões de gênero no contexto das políticas e das práticas em saúde mental no Brasil “principalmente no que diz respeito ao que poderíamos chamar de uma atualização contemporânea da relação entre mulher e loucura, nada ocasional no imaginário ocidental moderno.”

Conforme destacam Andrade, Viana e Silveira (2006, p. 44),

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose.

Estudos epidemiológicos apontam uma maior prevalência de depressão em mulheres do que em homens, o que tem sido observado em várias regiões do mundo, a partir da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação. “Fatores de risco associados à depressão têm sido identificados, incluindo história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes.” (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006, p. 46).

“Pensar a implicação das relações de gênero na saúde mental leva-nos a refletir como os valores e papéis de gênero participam da constituição subjetiva do sujeito, não apenas no modo como ele se expressa, mas também sofre.” (ZANELLO; ANDRADE, 2014, p. 45). No campo da saúde mental, a dimensão subjetiva merece destaque, uma vez que, na maioria das vezes, as necessidades de escuta, de inserção, de expressão das vontades e desejos da pessoa com transtorno mental são anuladas.

De acordo com Bandeira e Almeida (2008, p. 187), são poucas as abordagens sobre os projetos inovadores na discussão de gênero no campo da saúde “que se abram à possibilidade de rejeição da perspectiva a-histórica e despolitizada dos saberes biomédicos dominantes e se esforcem em realizar transformações ideológico-simbólicas significativas para a equidade de gênero.” Em estudos realizados por Zanello e Silva,

“foi observada uma medicalização e uma psiquiatrização de mazelas sociais, nas quais o gênero se mostrou ser um importante fator de risco.” (ZANELLO; ANDRADE, 2014, p. 52). Percebe-se, assim, a predominância, ainda, no campo da saúde mental, do saber médico psiquiátrico e a sua imposição como modelo de assistência, causando impactos nas relações de gênero.

De acordo com Basaglia (1985), algumas instituições da sociedade como a família, a escola, a universidade, a fábrica e o hospital, são caracterizadas por uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho, que classifica os que têm poder e os que não têm. Tais instituições podem ser definidas como *instituições da violência*, tendo em vista a relação de opressão e a situação de exclusão ali existentes. Ainda para esse autor, a psiquiatria constitui uma das instituições da violência, e como tal, deve ser negada (BASAGLIA, 1985). Nesse percurso, destaca-se a violência perpetrada no hospital psiquiátrico contra mulheres com transtorno mental, violência que, muitas vezes, fica ocultada naquele espaço asilar, o qual está integrado a outros serviços como instituição que deve promover o cuidado em saúde mental.

Vale destacar também que as mulheres com transtorno mental se encontram em situação de maior vulnerabilidade, constituindo um grupo em desvantagem, que merece atenção diferenciada. Daí a importância de se avançar na discussão a respeito da equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual assegura que cada pessoa receba atenção do SUS de acordo com as suas necessidades.

Como analisam Lourdes Bandeira e Tânia Almeida (2008, p. 194), “a concepção de cuidado está inserida em vínculos de poder, cujas expressões socioculturais são afirmadas pelo senso comum como compreendidas pela dita ‘natureza feminina’, o que também precisa ser desconstruído juntamente com a dinâmica bipolar de afeição e desafeição” inerente ao trabalho dos/as profissionais de saúde. Ainda, segundo essas autoras (BANDEIRA, ALMEIDA, 2008, p. 194-195), existe uma

grande força da representação de que há uma atitude devocional, uma missão de amor no cuidado dispensado a outrem e “que nega práticas de violência por meio dos gestos, atos e procedimentos de cuidados profissionais que são efetivados cotidianamente, cuja diversidade e especificidade são bem visíveis (...) observações *in loco*, assim como pelas narrativas (...) como determinadas práticas de violência estão presentes, não de maneira explicitamente racionalizadas, mas que estão encapsuladas nas práticas cotidianas do cuidado” (Bandeira, 2008 p. 11).

Aqui se insere a discussão em torno da contenção física de mulheres, no âmbito da saúde mental, como mecanismo de cuidado. Para tanto, tomou-se como ponto de partida o caso de uma mulher que passou por algumas internações num hospital psiquiátrico numa capital brasileira, nos anos de 2013 e 2014.

O Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba, em 2012 e 2013, realizou atividades de educação jurídica popular direcionadas às pessoas em sofrimento mental internadas num hospital psiquiátrico e aos profissionais que ali trabalham. Em 2013, tal grupo, formado por professores e

estudantes dos cursos de graduação em Direito, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem, conheceu Bárbara¹ no referido hospital e passou a acompanhar algumas questões relativas à sua situação processual em diálogo com a Defensora Pública que atuava nos casos de mulheres presas e em tratamento naquele hospital. Bárbara foi encaminhada das unidades prisionais em que estava presa por força de prisão preventiva para internação no referido hospital psiquiátrico, visando seu tratamento e acompanhamento psicoterápico.

No período em que ficou internada nesse hospital psiquiátrico, Bárbara participou de diversas atividades promovidas pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania, dentre elas, as oficinas temáticas em direitos humanos, realizadas quinzenalmente num espaço do hospital. Após uma das oficinas realizadas, ao acompanhar as mulheres que dela participaram à ala onde ficam internadas, me deparei com Bárbara amarrada à cama onde estava deitada. Ela pediu ajuda e disse que não deveria ter sido amarrada e que queria sair dali. Informou, ainda, que estava naquela situação há algumas horas e que foi deixada ali sozinha.

Logo em seguida, me dirigi à médica psiquiatra de plantão para obter informações sobre o ocorrido, tendo em vista o pedido de ajuda daquela mulher. Tal profissional me informou que a contenção foi aplicada após a seguinte situação: Bárbara e outro interno do hospital foram encontrados em situação de intimidade, trocando carícias através de um portão de ferro que separa os espaços onde os mesmos estavam; ao presenciar a cena, um funcionário separou os dois e informou à enfermaria plantonista o ocorrido; a orientação foi no sentido de mudar a interna de espaço na ala onde estava internada para evitar qualquer contato com outros internos do hospital; quando foi cientificada dessa decisão, Bárbara ficou agitada, pois não aceitava tal mudança e afirmou que não queria penalizar o outro interno, pois não estavam fazendo nada demais; como Bárbara continuou agitada, a psiquiatra determinou a contenção física da mesma. A diretora do hospital, por sua vez, afirmou que a contenção física é um procedimento médico que tem respaldo legal e pode ser aplicado em situações como aquela, e, ainda, que era uma prática usual naquela instituição.

A contenção física ou mecânica de pessoas com transtorno mental foi bastante utilizada de modo inadequado e abusivo no percurso da assistência psiquiátrica em vários países, muitas vezes como castigo ou punição e mera subjugação dessas pessoas de acordo com a vontade dos profissionais. Trata-se de procedimento utilizado em Psiquiatria nos casos em que há recusa do paciente ao tratamento. Assim, o que se tem é a imposição do tratamento realizada com a justificativa de que aquela pessoa, naquele momento, precisa da intervenção médica, “não obstante seu estado psíquico dificultar a aceitação livre da intervenção (SILVA, 2007, p. 8)

No Brasil, alguns conselhos de classe no âmbito da saúde passaram a normatizar a prática da contenção física ou mecânica no atendimento em saúde mental, como é o caso do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Enfermagem. Até 2012 não havia uma legislação específica que norteasse o uso da contenção física pelas/os profissionais de enfermagem, o que gerava muitas dúvidas entre estes, os quais seguiam algumas notas técnicas dos Conselhos Regionais de Enfermagem. Com a publicação da Resolução nº 427, de 07/05/2012, o Conselho Federal de Enfermagem

¹ Nome fictício utilizado neste artigo para preservar a verdadeira identidade dessa mulher.

normatizou os procedimentos da enfermagem na aplicação da contenção mecânica, descrevendo as responsabilidades da equipe de enfermagem no cuidado de pessoas que necessitem tal procedimento¹.

Registre-se também a Resolução nº 1.598/2000, do Conselho Federal de Medicina, que, embora não seja específica sobre a contenção física, normatiza o atendimento médico a pessoas com transtorno mental e orienta sobre a contenção física, indicando-a como procedimento sob prescrição médica². De acordo com o artigo 11 dessa Resolução, “Um paciente em tratamento em estabelecimento psiquiátrico só deve ser submetido à contenção física por prescrição médica, devendo ser diretamente acompanhado por um auxiliar do corpo de enfermagem durante todo o tempo que estiver contido.”

Além disso, alguns estados criaram protocolos de procedimentos para a contenção física, como é o caso de Minas Gerais, através da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais³, com o Protocolo sobre Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Motora, de 19 de janeiro de 2012, conforme mencionado acima.

Ressalte-se que, mesmo com tais normas, esse procedimento continua ocorrendo em hospitais psiquiátricos como castigo ou intimidação das pessoas ali internadas, com destaque para as mulheres. No caso delas, a situação se agrava, tendo em vista que as mesmas apresentam maiores vulnerabilidades, sobretudo pela perspectiva biologizante que predomina no tratamento dispensado a elas. Também se observa que a utilização da contenção física é uma forma de exercício das relações de poder no hospital psiquiátrico, sobretudo porque, em geral, é uma medida indicada pelo profissional da psiquiatria (ato médico) e aplicada por técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

Com a vigência da Lei nº 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil, interpretada em consonância com a Constituição Federal de 1988, as práticas clínicas invasivas como a contenção física ou química tornam-se procedimentos inconstitucionais, à luz do direito à singularidade da pessoa com transtorno mental (SILVA, 2007). Em muitos casos, a contenção física se configura como violação de direitos humanos.

Como afirma Silva (2007, p. 31), “A discussão técnica sobre a pertinência da contenção (mecânica ou física) em saúde mental, sob a regulação da Lei nº 10.216/01, ganha outra dimensão, tendo em vista a determinação legal de que o tratamento, obrigatoriamente, deve ser feito com humanidade e respeito, no interesse *exclusivo* do paciente.”. Tal autora alerta, portanto, que a utilização da contenção no tratamento em saúde mental não pode ser considerada um ato de cuidado em saúde.

A prática da contenção física em mulheres no âmbito da saúde mental apresenta duas dimensões: uma que diz respeito ao senso comum e é reproduzida por profissionais de saúde de que as mulheres são sempre “as pacientes mais agitadas” e outra que é a naturalização desse mecanismo, como primeira e única forma de lidar com situações de

¹ Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em: 30 ago. 2016.

² Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

³ Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/protocolos-clinicos>> e <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340503452033_Contencao_Fisica_dos_Pacientes_em_Quadro_de_Agitacao_Motora.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.

crise. Significa dizer que outras medidas poderiam ser adotadas antes de lançar mão do mecanismo da contenção, que se impõe como meio de controle e dominação, gerando dor e sofrimento.

No caso em tela, a contenção física realizada em Bárbara se insere no campo da violência institucional, uma vez que esta é praticada nas instituições que prestam serviços públicos, como hospitais, postos de saúde, escolas, universidades, delegacias, dentre outros espaços. Além disso, pode ser configurada como crime de tortura, conforme prevê a Lei n. 9.455/1997, uma vez que de acordo com o seu artigo 1º, constitui crime de tortura “submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo”. E ainda, no seu parágrafo 1º: “Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal.”. Nesse caso, a contenção física não está prevista em nenhum instrumento legal, e tendo sido usada da forma que foi no caso narrado, pode ser caracterizada como tortura.

Como adverte Silva (2007, p. 33),

É preciso, nesse sentido, desmistificar a figura do louco furioso, incontrolável e perigoso que não deixa alternativas à equipe terapêutica que não seja a de conter pela força, sem informar, sem dialogar, sem tentar alternativas, enfim, sem enfrentar aquela resistência.

O uso da linguagem, o diálogo, a interlocução ou o que se denomina “contenção pela palavra” é uma alternativa que não submete o outro, não se utiliza da força, além da enorme vantagem de se constituir como uma intervenção consentida. Não há violação da vontade e, portanto, da integridade do outro quando a equipe de saúde trabalha a intersubjetividade da relação e, a partir dela, consegue convencer o sujeito do tratamento. Esse é um processo que se desenvolve sem traumas, no qual a simbologia que permanece é a do cuidado e não a da dor.

É importante assinalar que a escuta e o acolhimento, bem como a continência pela palavra e por outros recursos, poderiam ter sido adotados no caso em análise, o que não ocorreu, evidenciando, também, a anulação da mulher internada na resolução daquele conflito. De acordo com a médica que indicou o procedimento de contenção física para Bárbara, o hospital não conta com número de profissionais suficiente para realizar essas outras práticas de cuidado. Porém, as mulheres devem ter a possibilidade de escolha acerca do seu tratamento de saúde, como por exemplo, escolher o sexo do seu cuidador de saúde e os mecanismos de restrição menos traumáticos. Ao optarem, desde o início, pela contenção física de Bárbara, os profissionais envolvidos naturalizaram tal mecanismo, como vem sendo feito há muitos anos nos hospitais psiquiátricos, quando se busca o caminho “mais fácil” para lidar com situações de

urgência envolvendo, sobretudo, as mulheres internadas, e sem implicá-las na resolução do conflito que as envolve.

Conclusões

Foi possível observar que determinadas práticas ditas terapêuticas são aplicadas a mulheres com transtorno mental reproduzindo uma lógica manicomial que se consolidou no Brasil desde a criação do hospital psiquiátrico como local de tratamento da loucura. Assim, busquei identificar imperativos socioculturais e éticos que outorgam sentido à contenção física de mulheres no âmbito da saúde mental.

A contenção física, ainda utilizada nos hospitais psiquiátricos brasileiros, é uma prática indevida e inconstitucional, que precisa ser extinta, pois, ainda hoje, observam-se muitos erros e consequências danosas na aplicação da mesma, seja pela falta de conhecimento dos profissionais ou pela inadequação das técnicas empregadas na prática institucional. Acrescente-se que certas técnicas de contenção física utilizadas nesses hospitais podem aprofundar um trauma nas mulheres que sofrem violência no passado, ocasionando a revitimização, como é o caso das mulheres que já sofreram abuso sexual ou maus-tratos físicos anteriormente.

Referências

ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães - "Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher". Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo: Universidade de São Paulo. ISSN 1806-938X. 33 (2), 2006. p. 43-54. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/pdf/43.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de - "Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres". SER Social. Brasília: Universidade de Brasília. ISSN 2178-8987. v. 10, n. 22, p. 183-212, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7285/1/ARTIGO_DesafiosPoliticAcoes.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BASAGLIA, Franco - A instituição negada. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

SILVA, Janaína Lima Penalva da. O direito fundamental à singularidade do portador de sofrimento mental: uma análise da Lei nº 10.216/01 à luz do princípio da Integridade do Direito. 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller de (Org.) - Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014.



Miguel Bombarda, 1851-1910
(figura inserida pelos editores)

PROCESSOS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Cláudia Adão^{1*}; Sara Repolho^{2}**

¹Psicoespaço; ²Faculdade Farmácia-UC, CEIS20-UC, Psicoespaço

*Psicóloga; **Doutoranda FacFarmácia-UC, Investigadora do CEIS20-UC, Psicóloga

Email:claudia.adao@psicoespaco.pt;sara.repolho@sapo.pt

Palavras-chave: Psicoespaço, quadro clínico, intervenção psicológica, tratamento farmacológico, equipa multidisciplinar

Key-words: Psicoespaço, diagnosis, psychological intervention, pharmacological treatment, multidisciplinary team

Resumo

Criada em 1999, a Psicoespaço é um gabinete multidisciplinar que presta serviços no âmbito da Psicologia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional. Pretendemos, com este trabalho, apresentar a tipologia de casos alvos de intervenção psicológica ao longo dos últimos cinco anos (2010-2015). Procuraremos, desta forma, caracterizar a população atendida, quais os quadros clínicos apresentados, a comorbilidade e as problemáticas associadas, as áreas e os objectivos da intervenção psicológica. Será feita referência a situações de intervenção concomitante de outros técnicos e co-tratamento medicamentoso. Serão ainda descritos os instrumentos de avaliação utilizados, modelos adoptados e estrutura geral de organização e condução dos processos de intervenção.

Abstract

Created in 1999, Psicoespaço is a multidisciplinary clinic which provides services in the specialties of Psychology, Speech Therapy and Occupational Therapy. It is our purpose, in this assignment, to introduce the psychological intervention practiced at the clinic the last five years (2010-2015). Thus, we seek to characterize the population attended, identify the main clinical diagnosis, the comorbidities and other associated problems as well as the goals of the psychological intervention. We shall also refer to cases in which intervention by more than one specialist was necessary concomitantly as well as cases that implied simultaneously pharmacological treatment. The psychological tests used shall be described, as well as the intervention models adopted and the general structure and organization of a psychological process at Psicoespaço.

Introdução

A Psicoespaço, com dezassete anos de existência, constitui-se como resposta multidisciplinar aos problemas no âmbito do desenvolvimento e saúde mental, apoiada numa equipa de técnicos especializados de distintas valências, nomeadamente Psicologia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional. O apoio prestado por esta equipa é individualizado e destina-se a crianças, jovens, adultos e respetivas famílias, numa perspetiva ecológica e sistémica. Todo o processo terapêutico, desde o momento de avaliação, passando pelo processo de intervenção com a definição de objectivos e estratégias, é ajustado às idiossincrasias de cada caso específico.

Com o presente trabalho, pretendemos analisar genericamente os processo de intervenção psicológica desenvolvidos na Psicoespaço entre os anos letivos 2010/2011 e

2014/2015. Para o efeito, foram considerados a faixa etária dos utentes, quadros clínicos e principais diagnósticos, a comorbilidade e problemáticas associadas, o tratamento psicofarmacológico concomitante, as problemáticas que justificam necessidade de acompanhamento simultâneo em outras valências, a par com a Psicologia.

População alvo

A população alvo aqui em análise constitui um total de 707 utentes apoiados pela Psicoespaço, no período de 5 anos, compreendidos entre Setembro de 2010 e Julho de 2015, nos concelhos de Amarante, Baião, Bragança, Felgueiras, Leiria, Marco de Canaveses e Marinha Grande.

É possível observar (*cf.* Gráfico 1) que o ano em que a Psicoespaço teve mais utentes foi o ano letivo de 2012/2013, apoiando um total de 231 utentes, seguido do ano letivo 2013/2014 (N= 208), 2014/2015 (N= 116), 2011/2012 (N= 88) e, por fim, 2010/2011 (N=64).

Considerando as faixas etárias, observa-se que, transversalmente a todos os anos letivos, exceto 2013/2014, os utentes apoiados situam-se predominantemente na faixa etária dos 7 aos 9 anos (N= 262), constituindo 37% do total de utentes. Seguem-se as faixas etárias dos 10 aos 12 anos (N=217), dos 13 aos 15 anos (N=100), dos 4 aos 6 anos (N=71), dos 16 aos 18 anos (N=42) e maiores de 18 anos (N=7). O menor número de utentes, e de forma transversal aos 5 anos lectivos, situa-se na faixa etária dos 0 aos 3 anos (N=8). Estes valores são facilmente explicáveis, tendo em consideração que são os professores do 1º ciclo de ensino básico que maioritariamente sinalizam os alunos com necessidades de acompanhamento. Por outro lado, alguns quadros clínicos são apenas diagnosticáveis a partir do segundo ano de escolaridade, nomeadamente as perturbações da aprendizagem. Refira-se ainda que as crianças até aos seis anos de idade, com alterações no desenvolvimento, estão abrangidas pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, que providencia as respostas de intervenção, ainda que, obviamente, atendendo aos recursos efetivamente disponíveis.

Segundo Maria do Carmo Santos (2013), os estudos epidemiológicos revelam que “*a prevalência de perturbações psiquiátricas na população infanto-juvenil é cerca de 20%*” (Santos, 2013, p. 13), havendo um claro problema de saúde mental, uma necessidade de resposta urgente e de criação de programas de prevenção eficazes.

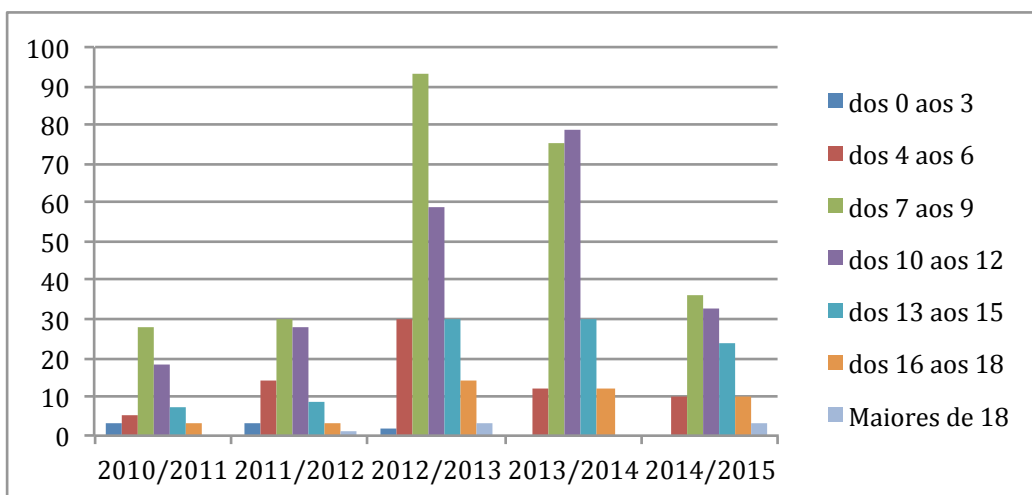


Gráfico 1: Número de utentes apoiados, por faixa etária e ano letivo

Principais quadros clínicos/diagnósticos

Na análise dos principais quadros clínicos, recorremos a seis categorias: Perturbações Emocionais, Perturbações da Aprendizagem, Défice Cognitivo, Perturbações do Desenvolvimento, Perturbações de Comportamento e Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção.

Considerámos integradas nas Perturbações Emocionais, tanto as Perturbações de Ansiedade como as Perturbações do Humor. A opção de agrupar estas perturbações, deve-se ao fato de ser frequente “*as crianças apresentarem sintomas mistos. Um quadro de ansiedade pode acompanhar-se de sintomatologia depressiva (...). Um estado depressivo pode, por sua vez, também incluir sintomas ansiosos*” (Santos, 2013, p. 93). A Perturbação de Ansiedade genericamente traduz a presença de ansiedade e a preocupação exageradas acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades, com dificuldade da criança em controlar a preocupação, o medo, sendo acompanhada de alguns sintomas adicionais como a agitação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, sono perturbado, queixas somáticas, problemas de apetite. Já a Perturbação do Humor, sendo mais frequente na infância e adolescência o quadro depressivo, este constitui um distúrbio de cariz afetivo associado a sintomas de tristeza, angústia, pessimismo, melancolia, irritabilidade com crises de cólera, perda de interesse e prazer generalizado e baixa autoestima. Em síntese, pode-se dizer que “*a ansiedade é um estado afetivo ligado à ameaça de perda, e a depressão como um estado de resposta à própria perda*” (cit in Santos, 2013, p. 93), percebida ou real.

Dentro das Perturbações de Aprendizagem, incluímos as Perturbações Específicas da Aprendizagem, a Perturbação Global de Aprendizagem e Perturbações da Aprendizagem SOE - Sem Outra Explicitação. Será importante distinguir entre problemas de aprendizagem, em sentido lato, e perturbações da aprendizagem. Segundo as autoras Diane Papalia, Sally Olds e Ruth Feldman (2001), os problemas de aprendizagem estão mais frequentemente associados a défice cognitivo, perturbações de

atenção, perturbações de aprendizagem. Quanto às Perturbações de Aprendizagem, estas *“interferem com aspetos específicos da realização escolar, resultando numa realização substancialmente inferior da que seria de esperar dada a idade, inteligência e duração da escolaridade da criança”* (Papalia, Olds & Feldman, 2001, p. 452). A dislexia constitui a perturbação mais frequente, embora o quadro das Perturbações de Aprendizagem inclua também a disgrafia, disortografia e discalculia.

Por Défice Cognitivo entende-se um funcionamento intelectual significativamente inferior ao normal ($QI < 70$) acompanhado por limitações no comportamento adaptativo esperado para a idade (comunicação, socialização e autonomia), antes dos 18 anos. Na nossa análise, incluímos na categoria Défice Cognitivo diferentes níveis de gravidade, englobando défices ligeiros, moderados e graves.

A categoria de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção inclui os três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e misto. As principais características da perturbação são a desatenção persistente e generalizada a todos os contextos, impulsividade, baixa tolerância à frustração e elevada agitação psicomotora, sendo geralmente tratada com fármacos.

Quanto às Perturbações do Comportamento, estas compreendem genericamente as perturbações de oposição-desafio e as perturbações da conduta. No primeiro quadro, *“a criança tem dificuldade em seguir instruções e cumprir ordens, argumenta frequentemente, encoleriza-se facilmente e tem tendência a atribuir aos outros a origem dos problemas”* (Santos, 2013, p. 110), sendo um quadro que surge em crianças mais pequenas e que está frequentemente associado com PHDA. Já o quadro de Perturbação de conduta, é mais frequente nos jovens/adolescentes e regra geral apresenta um mau prognóstico, sendo caracterizado por comportamento mais graves (recorrência de comportamentos antissociais como mentir, furtar, agredir, destruir propriedade, violar normas) do que os verificados na Perturbação de oposição e que *“colocam a criança e jovem em sério risco de comprometimento do seu desenvolvimento psicossocial”* (Santos, 2013, p. 111).

As Perturbações do Desenvolvimento aqui englobam Atrasos Globais do Desenvolvimento e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Os primeiros referem-se a crianças em idades precoces e pré-escolares que apresentam um atraso significativo ao nível das competências esperadas para idade em mais de uma área (cognitivo, linguagem, psicomotor, social). Já as PEA, apontadas na literatura como tendo uma prevalência de 1%, englobam um conjunto de quadros do neurodesenvolvimento: perturbação autística, perturbação global do desenvolvimento SOE e Perturbação de Asperger. As características predominantes destes quadros são anomalias qualitativas na comunicação, anomalias qualitativas na interação social, atividades, comportamentos e interesses restritos, intensos e repetitivos.

Analisando os quadros clínicos na nossa população, ao longo dos cinco anos, verificamos que os mais recorrentes (*cf.* Gráfico 2) são referentes a Perturbações Emocionais, num total de 383. Constituem, assim 35% dos quadros clínicos analisados e diagnósticos atribuídos. Seguem-se as Perturbações da Aprendizagem (N= 264), Défices Cognitivos (N=192) e Perturbações do Comportamento (N=142). Os quadros clínicos menos expressivos no computo geral são as Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção (N=57) e ainda as Perturbações do Desenvolvimento (N=34).

Santos refere que “os problemas emocionais e comportamentais são já considerados a mais frequente das doenças crônicas nos cuidados de saúde primários” (Santos, 2013, p. 13) e que “os quadros de ansiedade em crianças são os mais frequentes de todas as perturbações psiquiátricas, com uma prevalência de 8%”(Santos, 2013, p. 93). Na nossa população, as problemáticas emocionais ocupam um lugar de destaque, com uma prevalência francamente superior à indicada por Santos, devendo ter-se em conta, no entanto, que na mesma categoria incluímos também as perturbações do humor.

Apesar da PHDA ter sido dos quadros clínicos menos expressivos na população em análise, curiosamente, é, segundo alguns autores, “a condição psiquiátrica mais frequentemente diagnosticada em crianças” (Papalia, Olds & Feldman, 2001, p. 452). A prevalência na nossa população coincide exactamente com a apontada por Santos, que a situa nos 5% (Santos, 2013, p. 108).



Gráfico 2: Principais diagnósticos, por ano letivo

As principais comorbilidades e problemáticas associadas encontradas são genericamente as seguintes: a) Perturbação Hiperatividade e Défice Atenção e Perturbações da Aprendizagem; b) Défice Cognitivo e Perturbações do Humor; c) Perturbações da Aprendizagem e Perturbações do Humor; d) Perturbação Hiperatividade e Défice Atenção e Perturbações de Comportamento; e) Perturbações de Aprendizagem e Perturbações do Comportamento; f) Perturbações de Aprendizagem e Perturbação de Ansiedade; g) Défices cognitivos associados a diversos síndromes.

O Processo de Avaliação e Intervenção Psicológica

O processo de avaliação é por defeito objetivo com recurso a metodologia formal (testes psicológicos) e informal (observações, entrevistas). Na valência de psicologia, os testes mais utilizados são os seguintes: Escalas de Inteligência de Wechsler (WPPSI-R, WISC-III, WAIS-III), Matrizes Progressivas de Raven, Figura Complexa de Rey, Robert's Apperception Test for Children, Escalas de Achenbach, entre outros.

Em função da situação específica, poderão ser administrados adicionalmente outros instrumentos de avaliação. Os resultados da avaliação são sintetizados num Relatório inicial constituído pelas seguintes secções: elementos de identificação, motivo do encaminhamento, contextualização, testes / instrumentos de avaliação administrados, resultados da avaliação, formulações e conclusões, recomendações. Este relatório contempla também informação relativamente aos códigos e quantificadores da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão para Crianças e Jovens (CIF-CJ).

Concluído o processo de avaliação, pretende-se não só diagnosticar, mas acima de tudo, esclarecer a criança/jovem/adulto bem como pais/família e outros intervenientes no processo (por exemplo, professores) qual a natureza do problema bem como o prognóstico. É então elaborado um Plano de intervenção, traçado a partir dos dados da avaliação, que contempla as áreas e os objetivos de intervenção. É necessário saber exactamente onde se vai intervir e qual o resultado esperado. O objetivo geral, de forma transversal à maioria dos casos, independentemente do diagnóstico, é a promoção do desenvolvimento.

Segue-se então o processo de intervenção que se pretende o mais eficiente e célere possível com recurso a estratégias e metodologias diversificadas, sempre em função de cada caso específico, mas tendo por base e respeitando um paradigma de intervenção que se sustenta habitualmente no Modelo Cognitivo-Comportamental e concomitantemente no Modelo Ecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Sistémico.

Bronfenbrenner estudou o desenvolvimento do individuo em contexto e operacionalizou cinco ecossistemas de complexidade crescente: a) Microsistema (pais, turma, sala de jardim de infância) – atividades e relações que o utente alvo experiencia num dado contexto espaço-temporal; b) Mesosistema (família, escola) – relação entre dois ou mais microsistemas; c) Exosistema - contexto onde o utente alvo não participa ativamente mas cuja dinâmica afeta o seu quotidiano; d) Macrosistema – sistema geral de crenças e ideologias vigente numa dada sociedade, em determinado momento histórico; e) Cronosistema – efeitos da passagem do tempo (Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R., 2001). Este modelo, faz todo o sentido se tivermos em consideração a perspetiva de Santos (2013) de que

“a saúde mental de crianças e jovens está intimamente interdependente do funcionamento familiar que, por sua vez, também está dependente de dimensões mais vastas, como a ocorrência de acontecimentos de crise a nível individual (uma doença física grave, uma depressão), relacional (a separação, divórcio), ou social (o desemprego, a recessão económica)” (Santos, 2013, p. 15).

À luz desta perspetiva ecológica e sistémica, procuramos o envolvimento dos diferentes contextos em que o utente se integra, numa articulação de interdisciplinaridade entre diversos profissionais e instituições que interagem com o utente destacando-se os estabelecimentos de ensino e o trabalho desenvolvido com os professores titulares de turma, diretores de turma, professores de apoio educativo, professores de educação especial e psicólogos escolares. Há contacto frequente e articulação na condução dos processos de acompanhamento com os serviços de saúde, principalmente com centros de saúde, departamento de psiquiatria e saúde mental e a pediatria do desenvolvimento. É ainda de referir a articulação com serviços sociais, nomeadamente as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), as Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais (EMAT), Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) e as Equipas do Rendimento Social de Inserção (RSI).

Assim, assume-se que, em termos de estratégias (como é que se processa a intervenção? como atingir os objetivos?), podemos recorrer a estratégias diretas (há contacto face a face entre psicólogo e utente) e indiretas (o psicólogo intervém junto do meio em que o utente se insere), assumindo aqui um papel de *consultor*, numa lógica de *consultadoria*.

Numa perspetiva de consulta psicológica, com intervenção individual e portanto num âmbito mais intrapsíquico, surge-nos como mais ajustado e eficiente para a intervenção junto da população observada e atendido às problemáticas apresentadas, o Modelo Cognitivo-Comportamental. Este modelo preconiza essencialmente e de forma muito genérica que as nossas crenças e atribuições desempenham um papel importante no nosso comportamento, centrando-se assim, não só no comportamento observável mas também no não-observável (pensamentos) adquiridos através da aprendizagem e do condicionamento social. Subjaz a este modelo os seguintes pressupostos: a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento é parte integrante do funcionamento psicológico normativo; portanto, determinado acontecimento de vida não gera, por si mesmo, emoções e comportamentos, mas sim o que nós pensamos sobre esse acontecimento; as distorções cognitivas são frequentes em diferentes problemáticas/perturbações, normalmente sustentadas em crenças irracionais.

Não obstante, recorremos também frequentemente a abordagens construtivistas, narrativas e a terapias expressivas, numa perspetiva eclética, respeitando a visão do utente como um todo. Assim, não adotamos modelos teóricos de forma rígida, mas como linhas orientadoras, que permitem o enquadramento do problema e que apontam caminhos possíveis para uma intervenção, que queremos eficaz.

Ao longo da intervenção, monitorizamos o cumprimento dos objetivos inicialmente delineados, avaliamos o grau de eficácia das estratégias utilizadas e introduzimos novas estratégias, sempre que necessário.

É habitual, conforme a necessidade avaliada, os utentes usufruírem de intervenção concomitante em mais do que uma especialidade terapêutica conforme identificado na tabela que se segue:

Quadro Clínico	Valências de Intervenção
Perturbações Emocionais	Psicologia
Perturbações da Aprendizagem	Psicologia Terapia da Fala
Défices Cognitivos	Psicologia Terapia da Fala Terapia Ocupacional
Perturbações do Comportamento	Psicologia
Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção	Psicologia Terapia Ocupacional
Perturbações do Desenvolvimento	Psicologia Terapia da Fala Terapia Ocupacional

Tabela 1: Quadros clínicos e principais valências de intervenção

Por fim, é elaborado um Relatório final onde constam, genericamente, as atividades realizadas para cada objetivo de intervenção e a sua eficácia, a indicação das problemáticas superadas e das áreas ainda com necessidade de continuidade da intervenção.

Intervenção Psicofarmacológica

A par da intervenção psicológica descrita anteriormente, é muito frequente o tratamento psicofarmacológico sendo que os fármacos mais comumente prescritos nos 5 anos em análise foram os metilfenidatos Rubifen e Ritalina e a Risperidona (antipsicótico). Embora com menor expressão, também são frequentemente prescritos estabilizadores de humor e ansiolíticos (*cf.* Gráfico 3).

É interessante notar que, apesar das Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção constituírem apenas 5% dos quadros clínicos, a medicação habitualmente utilizada nestas situações (metilfenidato) é a que ocupa maior destaque. Isto conduz-nos à reflexão da (excessiva?) prescrição medicamentosa na PHDA. Note-se também que o metilfenidato é utilizado para supressão de sintomas semelhantes mas também características noutros quadros como é o caso das Perturbações do Comportamento e Perturbações Emocionais mesmo quando ausente a comorbilidade com PHDA.

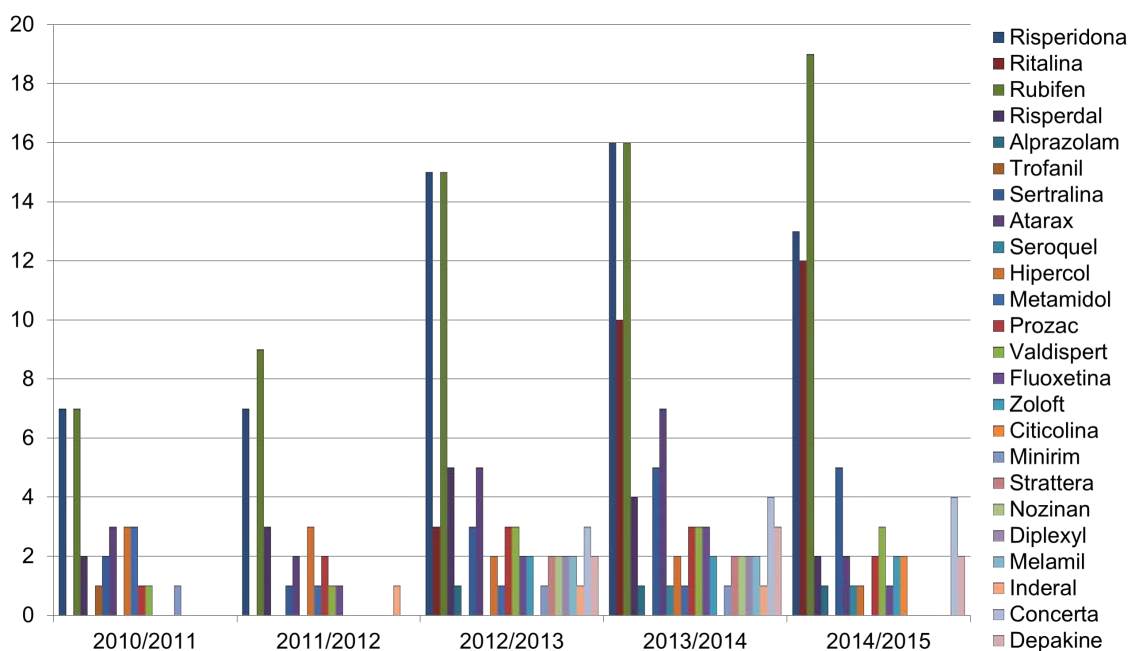


Gráfico 3: Tipos de tratamento medicamentoso concomitante à intervenção psicológica, por ano letivo

Conclusões

Ao longo dos cinco anos letivos analisados, verificamos que os utentes apoiados se situam maioritariamente nas faixas etárias entre os 7 e os 9 anos e entre os 10 e os 12 anos. Esta sinalização tardia, apesar de explicada na discussão do presente artigo, poderá significar também que persiste uma lógica remediativa e não preventiva na intervenção psicológica atual.

Os quadros clínicos mais recorrentes são referentes a Perturbações Emocionais (aqui incluídas as Perturbações de Ansiedade e as Perturbações do Humor), as Perturbações da Aprendizagem (englobando Perturbações Específicas da Aprendizagem, Perturbação Global de Aprendizagem e Perturbações da Aprendizagem SOE) e Défices Cognitivos.

Relativamente ao tratamento medicamentoso, o maior número de prescrições é relativo ao Rubifen, Risperidona e Ritalina.

Bibliografia

PAPALIA, Diane E., OLDS, Sally Wenkos & FELDMAN, Ruth Duskin – O Mundo da Criança. Lisboa: McGraw-Hill, 2001.

SANTOS, Maria do Carmo - Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2013.

Prof. JULIO DE MATTOS
DIRECTOR DO MANICOMIO DO CONDE DE FERREIRA

ELEMENTOS
DE
PSYCHIATRIA



PORTO
LIVRARIA CHARDRON, DE LELLO & IRMÃO,
EDITORES
RUA DAS CARMELITAS, 144
1911

Obra de Julio de Mattos, *Elementos de Psychiatria*
(figura inserida pelos editores)

PSYCHOPHARMACOLOGICAL DRUGS USE IN A POLYMEDICATED POPULATION: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Diana Martins^{1*}; Rui Cruz^{1}**

¹Polytechnic Institute of Coimbra, ESTESC-Coimbra Health School, Pharmacy, Portugal

*MScPharm; ** Lecturer, PhD

Email:dianamafaldamartins@gmail.com;ruic@estescoimbra.pt

Keywords: health promotion, mental health, mental illness, polypharmacy, psychopharmacological drugs

Resumo

Introdução: A polimedicação é cada vez mais frequente, especialmente em idosos. O envelhecimento populacional acarreta o aumento da prevalência de doenças mentais. Assim, o consumo de psicofármacos está a aumentar.

Objetivo: Determinar a prevalência de uso de psicofármacos numa população polimedificada, no concelho de Coimbra (Portugal).

Métodos: Estudo observacional que envolveu utentes de 11 farmácias. A recolha de dados foi obtida através do preenchimento de um questionário e ocorreu entre 08-2015 e 02-2016. O principal critério de inclusão dos inquiridos foi a toma de 3 ou mais medicamentos diferentes. A análise estatística foi realizada no SPSS.

Resultados: Dos 385 pacientes, 60.5% toma pelo menos um psicofármaco. Foi registado a ingestão diária de 385 psicofármacos. As benzodiazepinas são as mais consumidas (48,6%), seguidas dos ISRS (21,3%).

Conclusão: O uso de psicofármacos nesta população é motivo de preocupação, já que mais de metade dos indivíduos consome pelo menos um desses medicamentos.

Abstract

Introduction: The polypharmacy is an increasingly frequent occurrence, especially in the elderly. Aging causes the increased prevalence of mental illness. Thus, the consumption of psychopharmacological drugs has increased.

Aim: To determine the prevalence of use of psychopharmacological drugs in a polymedicated population, in the municipality of Coimbra (Portugal).

Methods: An observational study involving users from 11 pharmacies. Data collection was obtained by completing a questionnaire and took place between 08-2015 and 02-2016. The major users inclusion criteria was the take 3 or more different drugs. Statistical analysis was performed with SPSS.

Results: Of the 385 patients, 60.5% take at least one psychopharmacological drug. In total it was recorded daily intake of 385 psychopharmacological drugs. Benzodiazepines are the most commonly consumed (48.6%), followed by the SSRI (21.3%).

Conclusion: The psychopharmacological drugs use in this population is of concern, since more than half this consume at least one of these drugs.

Introduction

In Portugal, as a worldwide level, the elderly population has been increasing (1).

The co-morbidities associated with population aging inevitably leads to the consumption of drugs. Thus, the concept of polypharmacy arises, defined by the World Health Organization (WHO) as "the administration of various drugs or concomitant administration of an excessive number of drugs" (WHO, 2004).

The presence of depressive symptoms and anxiety is a problem checked in chronically ill polymedicated.

The proportion of registered anxiety and depressive disorders in primary health care institutions has increased considerably, causing the increase the consumption of psychopharmacological drugs (2).

Recent epidemiological studies show that mental health problems have become the leading cause of incapacity for productive activity and a major cause of morbidity and premature death worldwide (2).

The aim of this study is to determine the prevalence of use of psychopharmacological drugs in a polymedicated population, in the municipality of Coimbra (Portugal).

Material and Methods

Design and Study Type

We performed an observational study with cross-sectional nature.

This study was part of a research project carried out under the Master of Pharmacy - Specialization in Applied Pharmacotherapy in Coimbra Health School.

Study Location

This study was conducted in 11 community pharmacies located in the municipality of Coimbra (Portugal).

Population Study

The study population comprised all patients polymedicated who went to pharmacies selected, in the case of a sample by convenience.

Given the impossibility of ascertaining the number of polymedicated patients, sample size calculation was based on the total number of inhabitants, according to 2014 data, the PORDATA (3).

It was defined for inclusion in this study, the following criteria:

- Having more than 18 years;
- Consume 3 or more different drugs daily;
- Manage their own medication;
- Knowing how to read and write.

It was defined that would be excluded from all users that:

- Had some form of dementia, malignancy or some acute pathology;
- Had less than 18 years;
- Consume less than 3 different drugs;
- Do not do the management of their own medication (living in nursing homes, with caretakers, etc.);
- Do not know how to read or write.

Definition of Study Variables

The sociodemographic characterization of the individuals that integrate this study is based on the following variables: gender, age and age group.

The clinical and therapeutic profile is defined based on the variables: psychiatric and mental disorders, number of drugs consumed, number of psychopharmacological drugs consumed, polypharmacy status, consumption of psychopharmacological drugs and pharmacotherapeutic class of psychopharmacological drugs consumed.

The WHO (WHO, 2002) defines the elderly from the chronological age, therefore, the elderly is the person aged 65 and over in developed countries. Therefore, to define the age groups, we follow the following classification: from 18 to 35 years old, «Young Adult»; from 36 to 55 years old, «Adult»; from 56 to 64 years old, «Senior Adult»; and aged 65 and over, «Elderly».

The definition of the most consensual polypharmacy, and therefore the one used in this study, corresponds to the use of five or more drugs per day (4). However, in order to guarantee a representative sample of the population under study and to reduce the possibility of difficulty in recruiting, it was stipulated to include in the study also the users in the initial phase of polypharmacy, that is, that they consume 3 to 4 different drugs. Thus, in order to facilitate the analysis of the data, three statutes of polypharmacy were established: «Pre-Polypharmacy», daily intake of 3 to 4 different drugs, «Polypharmacy», daily consumption of 5 to 9 drugs, and «Hyper- Polypharmacy», daily intake of 10 or more different drugs, following the terminology of Guthrie *et al.* (2015) (4).

In the definition of the polypharmacy statutes, all the drugs under presentation of solid oral forms, liquid oral, transdermal systems, insulins, aerosols or other formulations for inhalation use were considered. Formulations for ophthalmic, nasal, vaginal, rectal, topical and parenteral application (except for insulins) not included in the definition of the polypharmacy statutes.

Data collection

Data collection took place between October 2015 and February 2016.

Most respondents made their questionnaires in pharmacies, while others preferred to fill their questionnaires on their homes and carry out the subsequent delivery of these.

15 questionnaires were eliminated in 400, or by filling failure, by inconsistent filling or by taking medication for the treatment of acute.

Processing and Data Analysis Statistics

The data were processed and analyzed by the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 23.0 for *Windows*. All variables underwent descriptive analysis and numerical variables were analyzed according to the measures of central tendency (mean and median) and dispersion (range and standard deviation).

Pilot test

The pilot test took place during the months of August and September 2015, in one of the selected community pharmacies, and has been tested in 39 subjects.

At this stage, the filling time was tested, understanding, relevance, uniqueness and the receptivity of the issues, to evaluate and confirm that this process fits within the objectives defined by this research.

The results obtained were: 64.1% of the participants belonged to the female sex, with a mean age of 62.64 years (SD=±15.1289). 56.4% of the individuals consume at least one psychopharmacological drug.

Results

Our final sample consisted of 385 individuals, being 61.8% (n=238) are women and 38.2% men (n=147), with an average age of 65.18 years (SD=±14.29). It is distributed from 22 to 97 years of age. Thus, the majority of the individuals under study are included in the «Elderly» (60.5%).

Clinical Profile: Psychiatric and Mental Disorders

Psychiatric and mental disorders are the second leading cause of morbidity in this population, since the depression is the most prevalent mental disorder in 33.5% (n=129) of the subjects, followed by sleep disorders, with 16.9% (n=65) (Table 1).

Chronic Psychiatric and Mental Disorders	No. of individuals (n)
Depression	129
Sleep Disorders	65
Anxiety	41
Other Neurological Disorders	25

Table 1. No. of individuals per chronic psychiatric and mental disorders

Therapeutic Profile

The subjects in the sample consume a total of 2299 daily drugs, with an average of 5.97 (SD=±2.919) ranging between 3 and 18 number of drugs consumed per day per user. Thus, it appears that 47.8% (n=184) are polymedicated, 39.2% (n=151) are pre-polymedicated and 13.0% (n=50) are hyper-polymedicated.

The pharmacotherapeutic profile analysis showed that 780 drugs (33.93%) belonged to the pharmacotherapeutic group «Cardiovascular System» and 530 (23.05%) to «Central Nervous System (CNS)», which are the pharmacotherapeutic groups most used by users in the study.

In the pharmacotherapeutic group «CNS», a total of 530 drugs are consumed daily, ranging from 1 to 6 per user. The psychopharmacological drugs (n = 385) are the class pharmacotherapeutic with the highest number of drugs ingested (Table 2).

Pharmacotherapeutic Class	No. of drugs consumed (n)
Psychopharmacological Drugs	385
Antiepileptics and Anticonvulsants	34
Narcotic Analgesics	23
Antiparkinson Drugs	10
Muscle Relaxers	10
Antiemetics and Anti-vertigo Drugs	35
Other drugs with CNS action	8
Analgesics and Antipyretics	25

Table 2. No. of drugs consumed belonging to the «CNS» by pharmacotherapeutic class

In the pharmacotherapeutic analysis of the mental health of the participants, we verified that 385 psychopharmacological drugs are consumed daily, ranging from 1 to 5 per user. Therefore, 60.5% (n = 233) of the participants take at least one psychopharmacological drugs per day, with Benzodiazepines being the most consumed class (48.6%), followed by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) (21.3%), as shown in Figure 1.

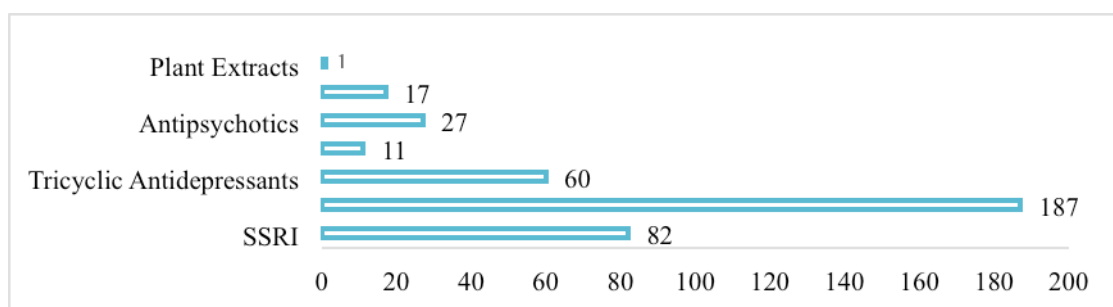


Figure 1. No. of drugs consumed per class of psychopharmacological drugs.
SSNRI - Selective Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors; SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor.

When performing a analysis by psychopharmacological drug class, we found that in the case of benzodiazepines, the intake per user ranges from 1 to 4 drugs, whereas in the case of SSRIs it varies between 1 and 2 (Table 3).

Class of psychopharmacological drugs	No. of users/No. of drugs consumed in each class of psychopharmacological drugs			
	1	2	3	4
SSRI	81	1	-	-
Benzodiazepines	160	23	3	1
Tricyclic Antidepressants	59	1	-	-
Zolpidem/Azopirones	11	-	-	-
Antipsychotics	23	3	1	-
SSNRI	17	-	-	-
Plants Extracts	1	-	-	-

SSNRI - Selective Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors;
 SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

Table 3. No. of users per no. of drugs consumed in each class of psychopharmacological drugs

Discussion

In socio-demographic characterization of the study population, the average age of 65.18 years, proves, as was expectable, that this is a population, mostly, elderly (60.5%). In fact, in Portugal, like the rest of the world, population aging is a serious social problem, where the role of the health professional may be predominant in the promotion of health self-care. In addition to the social problem, aging is associated with an economic dimension which undermines the health systems.

A cross-sectional study conducted in the city of Oporto (Portugal), with a sample of 747 patients over 64 years attended an institution of primary care, and determined a percentage of polypharmacy value equivalent to our research: 59.2% vs 60.8%, respectively (5).

The profile of chronic disease and the predominant class pharmacotherapeutic demonstrate that polypharmacy may be related to long term treatment, which therefore requires continuous attention and monitoring of health professionals.

The most commonly used drugs were those acting on the «Cardiovascular System», followed by acting in the «CNS». These data show consistencies with results found in previous studies (5).

Psychiatric disorders and mental health problems are the main cause of incapacity for productive activity and a major cause of morbidity and premature death worldwide (2), which is the probable cause of significant consumption of drugs with

action in the CNS. In fact, the individuals in the study sample reported complaints of insomnia (16.89%), anxiety (10.65%) and depression (33.5%).

According to the report «Mental Health in Numbers – 2015», the proportion of registered anxiety and depressive disorders in primary health care institutions has increased considerably in Portugal, as the national average, in 2011, was 4.89% and in 2014 it was 7.98%. Thus, the consumption of psychopharmacological drugs has been increasing (2).

In Continental Portugal, between 2010 and 2014, 662.694.173 psychopharmacological drugs were dispensed in an outpatient clinic covered by the National Health Service (2).

Contrary to the report «Mental Health in Numbers – 2015» of the General Direction of Health, where antidepressants are the most consumed psychopharmacological drugs, in this study are anxiolytics, sedatives and hypnotics (51.70%), followed by antidepressants (41.3%) and antipsychotics (7.00 %). However, it should be noted that this study was done in a restricted population.

In short, given the results obtained, it is essential to share responsibilities between the various stakeholders in drug administration - patients, caregivers, health professionals - to this is appropriate, safe and effective. It is important, equally, for the control of chronic diseases, in consumers of psychopharmacological drugs, non-pharmacological treatment, such as changes in lifestyle.

Conclusion

This study contributes to an increased understanding of the problems of mental disorders, polypharmacy and the use of psychopharmacological drugs, in the population of Coimbra over 18 years.

The consumers of psychopharmacological drugs are a vulnerable group, which gives them the target audience of title in terms of public policies in the areas of promoting health and disease prevention.

Studies like this are important because it signal reflections on the need for reorientation of pharmaceutical care and the adoption of non-pharmacological treatments between polimedicated population. Also, guide the actions of all health professionals to promote adherence to treatment and health education.

It is recommended the development and repetition of studies on the consumption of psychopharmacological drugs, in different areas of the country, or even, at national level, to evaluate, over time, its evolution.

Study limitations

Some limitations of the study need to be declared.

First, a limitation of our study refers to the sample, which includes mandatory minimum consumption of 3 drugs. This inclusion criterion may limit the representativeness of the results because it does not completely and correctly differentiate polymedicated patients or not. Another limitation related to the sample is that in the ideal plan, one should consider the selection of a representative sample in national terms of the different characteristics of the Portuguese population. However, given the limitations, such as financial conditions and available time, inherent to this research and starting from the bibliographic review, this zone of the country was chosen.

Secondly, with regard to the type of sample, accidental or convenience, with non-probability sampling technique, there was no way to estimate the probability that each element had to belong to the sample, so it got a very large discrepancy the number of elements belonging to the male and the female. This difference may compromise the comparative results between the sexes.

Another possible limitation is that the formula for finite populations, the number of calculated pharmacies, where the present study should be conducted, was 19 and the study was performed in only 11 community pharmacies. However, the research team was able to easily overcome this limitation, to collect the number of respondents needed in the 11 pharmacies strategically located in various parts of the municipality (São Martinho do Bispo, Santa Clara, Eiras, Celas, Sólum, Lower City of Coimbra) in order to make the collected sample as representative as possible.

Abbreviations

CNS - Central Nervous System; ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina; SPSS – Statistical Package for Social Sciences; SSNRI - Selective Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors; SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; WHO – World Health Organization.

Source of Funding/Conflicts of Interest

This research did not possess any source of funding and/or conflicts of interest.

Ethical implications

In order to ensure maximum confidentiality in the preparatory stages of collection and processing of information, all those who participated in this investigation were informed of the details that particularize.

The request for data collection authorization was made in writing to all the Technical Directors of the pharmacies selected for the study.

Respondents were asked to respond to the questionnaire submitted by guaranteeing them confidentiality of the data collected by signing an informed consent form.

Thanks

To all users, who accepted to participate in this study. Without them, nothing was possible. That's why we are committed to doing more and better, by the progress of science and health.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística, Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia - Dia Mundial da População - 11 de julho, Destaque - informação à comunicação social (Lisboa, 2015).
2. CARVALHO, Álvaro Andrade, MATEUS, Pedro, XAVIER, Miguel - Portugal: Saúde mental em números - 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: (2016).
3. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA.
<http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
4. GUTHRIE, Bruce, MAKUBATE, Boikanyo, HERNANDEZ-SANTIAGO, Virginia, DREISCHULTE, Tobias - The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. BMC Med. Vol. 13, n.o 1 (2015), pp.74.
5. EIRAS, Andreia, TEIXEIRA, M^a Antonieta, GONZÁLEZ-MONTALVO, Juan I., CASTELL, Maria-Victoria, QUEIPO, Rocio, OTERO, ÁNGEL - Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. Atención Primaria. (2015).

RELATIONSHIP BETWEEN SENSE OF COHERENCE AND THE USE OF PSYCHOPHARMACOLOGICAL DRUGS: DESCRIPTIVE-CORRELATIONAL STUDY IN A POPULATION POLYMEDICATED

Diana Martins^{1*}; Rui Cruz^{1}**

¹Polytechnic Institute of Coimbra, ESTESC-Coimbra Health School, Pharmacy, Portugal

*MScPharm; ** Lecturer, PhD

Email:dianamafaldamartins@gmail.com;ruic@estescoimbra.pt

Keywords: health promotion, polypharmacy, psychopharmacological drugs, sense of coherence.

Resumo

Introdução: A presença de sintomas depressivos e ansiedade é comum em doentes polimedicados. Assim, o consumo de psicofármacos está a aumentar. O Senso de Coerência avalia o grau de importância que cada um atribui à preservação da saúde e vida.

Objectivo: Analisar a relação entre o Senso de Coerência e o consumo de psicofármacos.

Métodos: Estudo descritivo-correlacional que envolveu utentes de 11 farmácias de Coimbra (Portugal). A recolha de dados foi obtida através de um instrumento que incluiu o SOC-13 e ocorreu entre 08-2015 e 02-2016. Na análise estatística recorreu-se aos testes de correlação *Rho-Spearman* e *U-Mann Whitney*.

Resultados: Dos 385 utentes (238 mulheres, 147 homens), 60.5% toma pelo menos um psicofármaco. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas entre o Senso de Coerência e o consumo de psicofármacos (intervalo de confiança: 95%).

Conclusão: O uso de psicofármacos afeta o score de Senso de Coerência em doentes polimedicados.

Abstract

Introduction: The presence of depressive and anxiety symptoms is common in polymedicated patients. Thus the consumption of psychopharmacological drugs has increased. The Sense of Coherence assesses the degree of importance each attaches to the preservation of health and life.

Aim: Verify to what extent the Sense of Coherence and psychopharmacological drugs use relate to each other.

Methods: An descriptive-correlational study involving users from 11 pharmacies, in the municipality of Coimbra (Portugal). Data collection was obtained through an instrument which included the SOC-13 and took place between 08-2015 and 02-2016. Statistical analysis was performed using the *Spearman's Rho* correlation tests and *U-Mann Whitney*.

Results: Of the 385 patients (238 women, 147 men), 60.5% take at least one psychopharmacological drug. Statistically significant differences were found between the Sense of Coherence and psychopharmacological drugs use (confidence interval: 95%).

Conclusion: The psychopharmacological drugs use affect the score of Sense of Coherence in polymedicated patients.

Introduction

One of the problems checked in chronically ill polymedicated is the presence of depressive symptoms and anxiety, which affects the psychological well-being, quality of life and self-esteem. Thus, the psychopharmacological drugs use has been increasing (1).

Aaron Antonovsky developed the salutogenic model, proposing the understanding of health as a *continuum* of health-illness. Thus, it isn't possible to achieve the perfect health or the disease state total (2).

A person has own resources available to meet the challenges of life and building experiences consistent. Thus, the fundamental concept of theory was created, the Sense of Coherence (SOC) (2).

The SOC would consist of three main components: comprehensibility, manageability and meaning (2, 3).

It's important that health professionals support and offer options that allow people to make informed and conscious decisions about their health (3).

The aim of this study is to verify what extent the Sense of Coherence and psychopharmacological drugs use relate to each other.

Material and Methods

Design and Study Type

We performed an observational study with cross-sectional nature.

This study was part of a research project carried out under the Master of Pharmacy - Specialization in Applied Pharmacotherapy in Coimbra Health School.

Study Location

This study was conducted in 11 community pharmacies located in the municipality of Coimbra (Portugal).

Population Study

The study population comprised all patients polymedicated who went to pharmacies selected, in the case of a sample by convenience.

Given the impossibility of ascertaining the number of polymedicated patients, sample size calculation was based on the total number of inhabitants, according to 2014 data, the PORDATA (4).

It was defined for inclusion in this study, the following criteria:

- Having more than 18 years;
- Consume 3 or more different drugs daily;
- Manage their own medication;
- Knowing how to read and write.

It was defined that would be excluded from all users that:

- Had some form of dementia, malignancy or some acute pathology;
- Had less than 18 years;
- Consume less than 3 different drugs;
- Do not do the management of their own medication (living in nursing homes, with caretakers, etc.);

- Do not know how to read or write.

Definition of Study Variables

The sociodemographic characterization of the individuals that integrate this study is based on the following variables: gender, age and age group.

The clinical and therapeutic profile is defined based on the variables: number of drugs consumed, polypharmacy status and consumption of psychopharmacological drugs.

The World Health Organization (WHO) (WHO, 2002) defines the elderly from the chronological age, therefore, the elderly is the person aged 65 and over in developed countries. Therefore, to define the age groups, we follow the following classification: from 18 to 35 years old, «Young Adult»; from 36 to 55 years old, «Adult»; from 56 to 64 years old, «Senior Adult»; and aged 65 and over, «Elderly».

The WHO defines polypharmacy as «the administration of various drugs or concomitant administration of an excessive number of drugs» (WHO, 2004). Given the need to impose a number of drugs, the definition of the most consensual polypharmacy, and therefore the one used in this study, corresponds to the use of five or more drugs per day (5). However, in order to guarantee a representative sample of the population under study and to reduce the possibility of difficulty in recruiting, it was stipulated to include in the study also the users in the initial phase of polypharmacy, that is, that they consume 3 to 4 different drugs. Thus, in order to facilitate the analysis of the data, three statutes of polypharmacy were established: «Pre-Polypharmacy», daily intake of 3 to 4 different drugs, «Polypharmacy», daily consumption of 5 to 9 drugs, and «Hyper-Polypharmacy», daily intake of 10 or more different drugs, following the terminology of Guthrie *et al.* (2015) (5).

In the definition of the polypharmacy statutes, all the drugs under presentation of solid oral forms, liquid oral, transdermal systems, insulins, aerosols or other formulations for inhalation use were considered. Formulations for ophthalmic, nasal, vaginal, rectal, topical and parenteral application (except for insulins) not included in the definition of the polypharmacy statutes.

Data Collection Instrument

The SOC is a deliberation instrument that comes into account with various aspects of the human person (affectivity, social support networks, cognitive and informational aspects), revealing promising for their helper capability in completing a diagnostic framework to guide health professionals in the care (3).

Thus, subjects with a high SOC may be less affected behavioral/emotional/psychologically by the effects of stress to which they are subject (3).

The evaluation of the SOC is performed using an instrument called Orientation to Life Questionnaire referred to in the literature as Sense of Coherence Antonovsky Questionnaire (SCAQ) (3).

The SCAQ is a closed and systematic instrument containing 29 items in the original version (SOC-29) or 13 items, a shorter version (SOC-13). According Antonovsky, in the composition of the SOC there is the presence of components: comprehensibility (11 items or 5 items), manageability (10 items or 4 items) and meaningfulness (8 items or 4 items, if using the SOC-29 or SOC-13, respectively). According to his orientation, these components should not be assessed separately as

subscales, since the instrument is unidimensional and evaluates a single construct, Sense of Coherence - SOC. Responses to items are obtained by a seven-point scale, with values varying from one to seven, in which the value seven represents the highest SOC and one, the weakest. Prior to the calculation for the total score of the scale, 13 items are written in reverse, it has to be re-encoded, namely, the value seven [7] transformed into a [1], the six [6] into a two [2], and so on, according to the orientation of the questionnaire. The possible range for the scale ranges 29-203, the SOC-29, and 13-91, the SOC-13, with higher values mean greater individual Sense of Coherence (3).

The SCAQ already adapted and validated for the Portuguese language, in a study carried out in Portugal with 643 individuals (3).

In our study we used the short version of the questionnaire: SOC-13.

Data collection

Data collection took place between October 2015 and February 2016.

Most respondents made their questionnaires in pharmacies, while others preferred to fill their questionnaires on their homes and carry out the subsequent delivery of these.

15 questionnaires were eliminated in 400, or by filling failure, by inconsistent filling, by taking medication for the treatment of acute pathology or by answers only on the extremes of semantic differential.

Filling out the questionnaire took about ten to fifteen minutes.

Processing and Data Analysis Statistics

The data were processed and analyzed by the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 23.0 for *Windows*. All variables underwent descriptive analysis and numerical variables were analyzed according to the measures of central tendency (mean and median) and dispersion (range and standard deviation).

For the evaluation of the construct validity of the SOC-13 version of SCAQ, *Spearman's Rho* correlation tests were performed between Sense of Coherence measures and «mental health» crossing indicator, number of drugs used and number of psychopharmacological drugs used. For the classification of the correlation strength between variables were considered that to less than or equal to 0.2, there is a very weak correlation and/or no significance, between 0.2 and 0.39, a weak correlation, between 0.4 and 0.69, a correlation moderate between 0.7 and 0.89, a high correlation, and values above 0.9, we find a very high correlation ¹ (6). The *U-Mann Whitney* test allowed to establish an association between SOC measures and the consumption of psychopharmacological drugs.

For the analysis of the reliability of the SOC-13 version of SCAQ with regard to the internal consistency of the items, the Alfa-Cronbach (α C) was calculated, because despite having already been adapted and validated in the Portuguese population, in a study of 643 individuals, the demographics application is different and the population comes down exclusively to polymedicated individuals.

Pilot test

The pilot test took place during the months of August and September 2015, in one of the selected community pharmacies and has been tested in 39 subjects.

¹ The choice of such classification differs among several authors, since this is commonly used to treat correlations between measures of subjective constructs that cannot be directly observed by the researcher.

At this stage, the filling time was tested, understanding, relevance, uniqueness and the receptivity of the issues, to evaluate and confirm that this process fits within the objectives defined by this research.

The results obtained were: 64.1% belonged to the female sex, with a mean age of 62.64 years (SD= \pm 15.1289). 56.4% of the individuals consume at least one psychopharmacological drug.

The internal consistency of the instrument was verified by α C, obtaining a value of 0.864.

Results

Our final sample consisted of 385 individuals, being 61.8% (n=238) are women and 38.2% men (n=147), with an average age of 65.18 years (SD= \pm 14.29). It is distributed from 22 to 97 years of age. Thus, the majority of the individuals under study are included in the «Elderly» (60.5%).

Therapeutic Profile

The subjects in the sample consume a total of 2299 daily drugs, with an average of 5.97 (SD= \pm 2.919) ranging between 3 and 18 number of drugs consumed per day per user.

47.8% (n=184) are polymedicated, 39.2% (n=151) are pre-polymedicated and 13.0% (n=50) are hyper-polymedicated.

The pharmacotherapeutic profile analysis showed that «Central Nervous System (CNS)» are the second pharmacotherapeutic group most used by users in the study (23.05%).

In the pharmacotherapeutic group «CNS», a total of 530 drugs are consumed daily, ranging from 1 to 6 per user.

The psychopharmacological drugs (n = 385) are the class pharmacotherapeutic with the highest number of drugs ingested. 60.5% (n = 233) of the participants take at least one psychopharmacological drugs per day.

Sense of Coherence – SOC-13

The comprehensibility of the questionnaire was confirmed by the number of questionnaires completed in total, 347 questionnaires (90.13%).

The average SOC-13 for 385 participants who answered the questionnaire was 56.05 (SD= \pm 13,088) and median of 57 (Table 1). The obtained interval ranged from 16 to 81, revealing that there are 69 users with a low sense of coherence, 253 with medium and 63 users with a high Sense of Coherence.

The «mental health» crossing indicator obtained an average of 15.87 (\pm 4.235) and a median of 17.

	Mean (SD)	Median	Possible range	Range obtained
SOC	56.05 (\pm 13.088)	57	13-91	16-81
Mental health	15.87 (\pm 4.235)	17	3-21	3-21

Table 1. Descriptive analysis of the general SOC and its crossing indicator

Relationship between psychopharmacological drugs use and Sense of Coherence

Noteworthy are the correlational values recorded between the SOC with the number of consumed drugs, number of psychopharmacological drugs consumed and consumption of psychopharmacological drugs.

Regarding the number of drugs and number of psychopharmacological drugs consumed there were weak negative correlation with the total SOC, comprehensibility's score, manageability's score and meaningfulness's score, but statistically significant (Table 2).

	Total SOC	Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness
No. drugs	-0.340*	-0.378*	-0.248*	-0.220*
No. psychopharmacological drugs	-0.340*	-0.318*	-0.271*	-0.277*

According to the multiple regression analysis, SOC total, comprehensibility's score, manageability's score and meaningfulness's score as dependent variables (*Spearman's Rho*).

* $p < 0.01$

Table 2. Correlational analysis with the SOC and its components

There was also a statistically significant difference, for a confidence interval of 95% ($p < 0.05$), between the total SOC and the use of psychopharmacological drugs (Table 3).

Variable Qualitative Nominal		SOC Mean (SD)	SOC Minimum	SOC Maximum
Psychopharmacological Drugs Use	Yes	53.09 (SD= \pm 13.722)	16	81
	No	60.59 (SD= \pm 10.583)	31	81

U-Mann Whitney ($p < 0.05$)

Table 3. Descriptive analysis SOC - psychopharmacological drugs use

The internal consistency of the questionnaire Sense of Coherence – SOC-13 was verified by α C, obtaining a value of 0.820.

Discussion

In socio-demographic characterization of the study population, the average age of 65.18 years, proves, as was expectable, that this is a population, mostly, elderly (60.5%). In fact, in Portugal, like the rest of the world, population aging is a social problem, large, where the role of the health professional may be predominant in the promotion of health self-care. In addition to the social problem, aging is associated with an economic dimension which undermines the health systems.

Psychiatric disorders and mental health disorders are the main cause of incapacity for productive activity and a major cause of morbidity and premature death worldwide (1), which is the probable cause of significant consumption of drugs with action in the CNS.

In evaluating the SOC of the participants we found the value of 56.05 (\pm SD = 13,088), which it can conclude that the study population has an average score of SOC. However, it was verified the existence of 69 users with a low SOC, demonstrating the need for intervention, together with these individuals, multidisciplinary teams in health, in order to work the ability to handle stress experienced by taking multiple drugs, including psychopharmacological drugs. The comparison with other studies is not possible, since there are no studies in which the SOC has been evaluated in polymedicated patients.

In the evaluation of «mental health» crossing indicator were obtained an average of 15.87 (SD = \pm 4.235; possible range of three to twenty-one), which results in a score of upper middle-nature, that is, individuals of study population consider presenting a good mental health. This score is quite favorable, given the percentage of polypharmacy obtained (60.8%) and the use of psychopharmacological drugs (60.5%).

In assessing the validity of the construct, the correlational values recorded stand out among the variables, the SOC with the number of drugs consumed, number of psychopharmacological drugs consumed and the use of psychopharmacological drugs. As was expected, there were negative correlations between total SOC and the scores of all components (comprehensibility, manageability and meaning) and the number of drugs and number of consumed psychopharmacological drugs. Thus, we can conclude that the greater the number of psychopharmacological drugs consumed, minor is the SOC.

There was also a statistically significant difference, to a range of 95% confidence level ($p < 0.05$) between the total SOC and the use of psychopharmacological drugs. In fact, consumers of psychopharmacological drugs have a lower score of SOC. It should be noted that although correlations of weak, which will probably be the reduced number of sample elements, these are statistically significant ($p < 0.01$). The component «comprehensibility» was the component with negative correlations of greater magnitude, possibly, should be the most worked together to polymedicated individuals.

It was also possible to conclude, by analyzing the filling time, understanding, relevance, uniqueness and the receptivity of the issues, the methodology and the process used fulfilled the objectives set by this research.

The internal consistency of the instrument was verified by α_C , obtaining a value of 0.820, which demonstrates the existence of this instrument reliability measure in the study population.

There is also to be noted that was tested in the pilot test, SOC-29 version of the questionnaire SCAQ in 39 subjects, where there was a α_C of 0.916. So, as the target population be mostly elderly and the average time of answer was 20 minutes, the authors decided to continue the study with the SOC-13 version.

In short, and responding to the main objective of this research, the use of psychopharmacological drugs and the SOC influence each other negatively. It is essential to share responsibilities between the various stakeholders in drug administration - patients, caregivers, health professionals - to this is appropriate, safe and effective. It is important, equally, for the control of chronic diseases, in consumers of psychopharmacological drugs, non-pharmacological treatment, such as changes in lifestyle.

Conclusion

This study contributes to an increased understanding of the SOC and the use of psychopharmacological drugs, in the population of Coimbra over 18 years. It was found that the SOC and the use of psychopharmacological drugs influence each other negatively. So, the consumers of psychopharmacological drugs are a vulnerable group, which gives them the target audience of title in terms of public policies in the areas of promoting health and disease prevention.

Studies like this are important because it signal reflections on the need for reorientation of pharmaceutical care and the adoption of non-pharmacological treatments in polimedicated population. Also, guide the actions of all health professionals to promote adherence to treatment and health education. It is recommended that further studies on the relationship between the SOC and the use of psychopharmacological drugs are developed in different areas of the country or even at national level, to evaluate over time its evolution.

It is recommended also that longitudinal studies are designed to examine the influence and the causal relationship of different factors on the SOC.

Study limitations

Some limitations of the study need to be declared.

First, a limitation of our study refers to the sample, which includes mandatory minimum consumption of 3 drugs. This inclusion criterion may limit the representativeness of the results because it doesn't completely and correctly differentiate polymedicated patients or not. Another limitation is that in the ideal plan one should consider the selection of a representative sample in national terms of the different characteristics of the portuguese population. However, given the limitations, such as financial conditions and available time, inherent to this research and starting from the bibliographic review, Coimbra was the zone of the country was chosen.

Secondly, with regard to the type of sample, accidental or convenience, with non-probability sampling technique, there was no way to estimate the probability that each element had to belong to the sample, so it got a very large discrepancy in the

number of elements belonging to the sex male and female. This difference may compromise the comparative results between the sexes.

Another possible limitation is that the formula for finite populations, the number of calculated pharmacies, where the present study should be conducted was 19, but the study was performed in only 11 community pharmacies. However, the research team was able to easily overcome this limitation, to collect the number of respondents needed in the 11 pharmacies strategically located in various parts of the municipality (São Martinho do Bispo, Santa Clara, Eiras, Celas, Sólum, Lower City of Coimbra) in order to make the collected sample as representative as possible.

Regarding to the interpretation of SOC scores observed, another limitation was found, because literature does not specify to what extent the *continuum* health-disease, the SOC loses its protective effect on health and begins to play a leading role in developing health problems. This fact may complicate interpretation of the groups identified regarding to their risk of developing future health problems.

Furthermore, comparisons with other studies it was not possible, since there are no studies that the SOC has been evaluated in polymedicated patients.

Finally, this study is transversal and therefore no causal relationship can truly be proven.

Abbreviations

α C – Alfa-Cronbach; CNS - Central Nervous System; SCAQ – Sense of Coherence Antonovsky Questionnaire; SOC – Sense of Coherence; SOC-13 – SCAQ, version with 13 items; SOC-29 – SCAQ, version with 29 items; SPSS – Statistical Package for Social Sciences; WHO – World Health Organization.

Source of Funding/Conflicts of Interest

This research did not possess any source of funding and/or conflicts of interest.

Ethical implications

In order to ensure maximum confidentiality in the preparatory stages of collection and processing of information, all those who participated in this investigation were informed of the details that particularize.

The request for data collection authorization was made in writing to all the Technical Directors of the pharmacies selected for the study.

Respondents were asked to respond to the questionnaire submitted by guaranteeing them confidentiality of the data collected by signing an informed consent form.

Thanks

To all users, who accepted to participate in this study. Without them, nothing was possible. That's why we are committed to doing more and better, by the progress of science and health.

Referências Bibliográficas

1. CARVALHO, Álvaro Andrade, MATEUS, Pedro, XAVIER, Miguel - Portugal: Saúde mental em números - 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: (2016).
2. RIVERA DE LOS SANTOS, Francisco, VALVERDE, Pilar, RODRÍGUEZ, Carmen, GARCÍA, Mariano - Análisis Del Modelo Salutogénico En España: Aplicación En Salud Pública E Implicaciones Para El Modelo De Activos En Salud. Rev Española Salud Pública. Vol. 85 (2011), pp.129–39.
3. NUNES, Luis Saboga- O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Universidade Nova de Lisboa, 1999.
4. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA.
<http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

5.GUTHRIE, Bruce, MAKUBATE, Boikanyo, HERNANDEZ-SANTIAGO, Virginia, DREISCHULTE, Tobias - The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. BMC Med. Vol. 13, n.o 1 (2015), pp.74.

6. Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. LIDEL - Edições Técnicas, Lda. Lisboa: 2012, pp.67-91.

**VII JORNADAS INTERNACIONAIS
DE HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL**

**VII INTERNATIONAL MEETING
HISTORY OF MADNESS, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH**

**9 e 10 de Maio de 2016, Universidade de Coimbra, Portugal
9 – 10 may 2016, University of Coimbra, Portugal**

**Local de realização / Venue
Auditório da Secção Regional de Coimbra
Ordem dos Farmacêuticos
Rua Castro Matoso, Coimbra, Portugal**

Programa / Program

9 de Maio de 2016 / 9 may 2016

10h00 — Receção aos participantes / Reception and Welcome

10H15 — Sessão de abertura / Welcome session

10h30 — 1ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 1

Isilda Rodrigues — O contributo de Amato Lusitano para a história da depressão

Joana Mestre Costa — Montalto e a construção da *Archipathologia*: do médico-filólogo ao filólogo-médico

11h15 — Intervalo / Coffee
Visita aos posters / poster presentation

11h30 — 2ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 2

Celia García Díaz — Eugenesia, feminismo y locura en la segunda república española: el caso Hildegart Rodriguez

Francisco Molina Artaloytia — Herramientas epistemológicas y fuentes para hacer la historia de la categoría de “homosexualidad” en la medicina portuguesa en el siglo xx y sus simetrías/asimetrías con su homóloga española

12h15 — Visita ao Centro de Documentação Farmacêutica / Visit to the Centro de Documentação Farmacêutica
Visita à Exposição Documental / Visit to the exhibition

13h00 — Almoço livre / Lunch

14h30 — Conferência plenária / Plenary lecture

Maria do Rosário Neto Mariano - Perturbações comportamentais e psicopatologias em personagens do Naturalismo francês : a Escola de Charcot e suas influências na Literatura

15h00 — 3ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 3

Porfírio Pereira da Silva — O génio de Camilo Castelo Branco (1825-1890) e a sua atribulada relação com os médicos do seu tempo

Luís Timóteo Ferreira — Higienismo e alienismo na obra de Júlio Dinis

Adrián Gramary — Origem e controversas forenses do conceito de “loucura lúcida” em Júlio de Matos: a propósito do caso Maria Adelaide Coelho da Cunha

16h00 — Intervalo / Coffee
Visita aos posters / Poster presentation

16h30 — 4ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 4

MJ Louzao Martinez; M Piñeiro Fraga; MA Miguelez Silva; T. Angosto Saura — Viagem á loucura popular da Galiza

Xaqueline Estévez Gil; David Simón Lorda; Jessica Otilia Pérez Triveño; María Victoria Rodríguez Noguera; Manuel Fernández de Aspe— Hipnotismo, medicina y psiquiatria en Galicia a finales del siglo XIX y primeros años del XX (del Dr. Sánchez Freire al ilusionista hipnotizador Onofroff)

Carlos Branco; João Pinheiro; Maria Cristina de Mendonça — As emoções no peri-suicídio vertidas numa coleção centenária restaurada de máscaras do cadaver

17h30 — Perguntas aos autores dos posters / Poster presentation

18h00 — Encerramento dos trabalhos do 1º dia / Final 1st day

10 de Maio de 2016 / 10 may 2016

09h45 — 5ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 5

María Victoria Rodríguez Noguera; David Simón Lorda; Elisabet Balseiro Mazaira; Mónica Minoshka Moreira Martínez; Luis Rodríguez Carmona — Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (psiquiatria en Galicia-España, 1916-1972)

Pedro Macedo; Susana Nunes — História do uso de placebos na psiquiatria

Manuel Correia (CEIS20 – Universidade de Coimbra) — As tentativas operatórias de Egas Moniz 80 anos depois

María del Carmen Francés Causapé; Dra. María López González — The regulation of the right to access to medication for psychiatric patients in the nineteenth and twentieth centuries in Spain

11h15 — Intervalo / Coffee.
Visita aos posters / poster presentation

11h45 — 6ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 6

M. Bairrão; S. Charro; F. Vieira; M. Cruz — Homicídio de Miguel Bombarda crime ou “acto de loucura”?

João Feliz; Pedro Sales; Guilherme Bastos Martins; João Cardoso — Em busca do gene marxista: vallejo-nagera e a psicopatologia da Guerra Civil Espanhola

12h30 — Lançamento da obra VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental

14h30 — 7ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 7

Sara Castro; Nuno Borja-Santos — Monomania

Andreia Lopes; Pedro Sales Crespo; Jacqueline Ribeiro — Psicopatía – evolução conceptual

Sara Repolho — Woyzeck e a *aberratio mentalis partialis*

Gustavo França — A Sinestesia na obra de Luís Miguel Nava (1957-1995)

16h00 — Perguntas aos autores dos posters / poster presentation

16h15 — 8ª Sessão de apresentação de comunicações / Session 8

Rui Xavier Vieira — O pensamento de Klaus Conrad revisitado

Juž Škraban; José Cunha-Oliveira — Esquizofrenias e recuperação: mundos múltiplos

Ludmila Cerqueira Correia (Universidade de Brasília / CAPES, Brasil) — Contenção física em mulheres com transtorno mental: quando o cuidado se transforma em violência

17h30 Encerramento / Closure

COMUNICAÇÕES EM POSTER / POSTERS

1.Carlos Branco; João Pinheiro; Maria Cristina de Mendonça — Perturbações psiquiátricas e tatuagem no limiar do séc. XX: casuística do Instituto de Medicina Legal de Lisboa

2.Célia Cabral; Margarida Miranda; João Rui Pita — Absinto ou “fada verde”: o seu efeito alucinogénico como fonte de criatividade nos artistas do final do séc. XIX e início do séc. XX

3.Cláudia Adão; Sara Repolho — Processos de intervenção psicológica

4.Diana Martins; Rui Cruz — Psychopharmacological drug use in a polymedicated population: observational study

5.Diana Martins; Rui Cruz — Relationship between sense of coherence and the use of psychopharmacological drugs: descriptive and correlational study in a polymedicated population

6.Guilherme Bastos Martins; João Feliz; Pedro Sales; João Henriques Cardoso — Visitar Pinheiro dos Santos

7.Marisia Lins Mendes; Bertrulino José de Souza — Cortes na alma: notas sobre sofrimento infantil e atuação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial no Nordeste do Brasil

8.Mónica Minoshka Moreira Martínez; David Simón Lorda; Elisabeth Balseiro Mazaira; Jessica Otilia Pérez Triveño; Manuel Fernández de Aspe — El cataléptico de la Habana (1885): viejas y nuevas noticias

9.Pedro Sales Crespo; Andreia Lopes; Guilherme Bastos Martins; João Feliz; João Cardoso — Leal de Zêzere - no mundo do delírio e da alucinação

10.Victoria Bell; João Rui Pita — *Farmacopeia Portuguesa IV* (1ª ed. 1935): Psicotrópicos e Estupefacientes

Agradecimentos: a organização agradece o apoio concedido por diversas instituições que tornaram possível as *Jornadas*: desde logo a Fundação para a Ciência e a Tecnologia-FCT, a Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos e o Turismo do Centro Portugal

SHIS

Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde-SHIS



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UID/HIS00460/2013



Fundação para a Ciência e a Tecnologia

APOIOS



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 13**Título**

História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII

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 — VII* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas portugueses e estrangeiros apresentados nas *VII Jornadas Internacionais de História da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental* que serviram de base a comunicações apresentadas nas referidas *Jornadas* realizadas em Coimbra, nos dias 9 e 10 de Maio de 2016.

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 lugar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2011. 86 p. ISBN: 978-972-8627-32-4

6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2012. 120 p. ISBN: 978-972-8627-41-6

7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2012. 132 p. ISBN: 978-972-8627-34-8

8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 203 p. ISBN: 978-972-8627-40-9

9. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, 2013. 107 p. ISBN: 978-972-8627-42-3

10. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — IV Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2014. 226 p. ISBN: 978-972-8627-51-5

11. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — V Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2015. 124 p. ISBN: 978-972-8627-63-8

12. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia) / Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde, 2016. 123 p. ISBN: 978-972-8627-64-5

13. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — História Interdisciplinar da Loucura, Psiquiatria e Saúde Mental — VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia), 2017. 217 p. ISBN: 978-989-99637-3-3